

PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

2|2019

23. Jahrgang

Schwerpunktheft TRAUER und TRAUMA

Herausgegeben von Christian Metz und Silke Birgitta Gahleitner

FACHBEITRÄGE

- Ulrike Backhaus:* **Leben in der Trauer entdecken – Personzentrierte Begleitung von Menschen nach Verlusten** 103
- Sylvia Keil:* **Das personzentrierte Verständnis von Psychotrauma – Zur Integration psychotraumatologischer Erkenntnisse in das Personzentrierte Konzept** 110
- Chris Paul:* **Trauer-Fluss und Trauma-Eisberg** 122
- René Reichel, Silke Birgitta Gahleitner:* **Trauer ist nicht nur Trauer, und Trauma ist nicht nur Trauma – zum Umgang mit ‚gemischten Gefühlen‘** 130
- Beatrix Teichmann-Wirth:* **Traumaisensible Begleitung rund um die Diagnose Krebs. Ein integrativer Ansatz** 139
- Monika Tuczai:* **(Erschwerte) Trauer nach Suizid – Personzentriertes Verstehen und Trauerbegleitung von Hinterbliebenen nach Suizid** 151

REZENSIONEN

162

PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

Die Herausgeber sind dem von Carl Rogers und seinen Mitarbeitern begründeten Personzentrierten Ansatz verpflichtet. Dieser Ansatz wurde im deutschen Sprachraum im Rahmen der Psychotherapie unter den Bezeichnungen „Gesprächspsychotherapie“, „Klientenzentrierte Psychotherapie“ und „Personzentrierte Psychotherapie“ bekannt. Seit Beginn hat der Ansatz unterschiedliche Differenzierungen und Weiterentwicklungen erfahren.

Die Begriffe „personzentriert“ und „experienziell“ und die mit ihnen verbundenen Konzepte und Prozesse beruhen auf einer umfassenden und reichhaltigen Geschichte und sind ständig in Entwicklung begriffen. Die Bezeichnung „personzentriert und experienziell“ wurde gewählt, um fortgesetzten Dialog und beständige Entwicklung zu fördern; es ist nicht beabsichtigt, ein bestimmtes Verständnis dieser Ansätze und ihrer Beziehung zueinander zu bevorzugen.

Die Zeitschrift dient als Forum der Diskussion dieser Entwicklungen und ihrer Umsetzung innerhalb und außerhalb der Psychotherapie in den Bereichen der Human- und Sozialwissenschaften, der Ausbildung, Kultur und Wirtschaft. Dies gilt sowohl für die wissenschaftliche Forschung und Theoriebildung als auch für Lehre und Praxis. Die Zeitschrift bietet außerdem einen Rahmen für Auseinandersetzung und Zusammenarbeit mit anderen kulturellen, wissenschaftlichen, philosophischen und künstlerischen Strömungen.

Herausgeber

ÄGG – Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie

c/o Prof. Dr. L. Teusch, D-45133 Essen, Freiherr-vom-Stein-Straße 135,
Tel.: +49 201 430 93 25; Fax: +49 201 430 93 24;
E-Mail: ludwig.teusch@uni-due.de

APG • IPS - Akademie für Beratung und Psychotherapie

A-1150 Wien, Diefenbachgasse 5/2
Tel.: +43 677 62 55 80 00; E-Mail: office@apg-ips.at

DPPG – Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie e.V.

c/o Dr. Dorothee Wienand-Kranz, D-20148 Hamburg, Rothenbaumchaussee 101, Telefon: +49 40 45 91 59, E-Mail: wienand-kranz@gmx.de

Forum – Forum Personzentrierte Psychotherapie, Ausbildung und Praxis

A-1150 Wien, Schanzstraße 14/Top 3.3
Tel./Fax: +43 1 966 79 44; E-Mail: buero@forum-personzentriert.at

GwG – Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V.

D-50825 Köln, Melatengürtel 125a
Tel.: +49 221 92 59 08-0; Fax: +49 221 25 12 76; E-Mail: gwg@gwg-ev.org

IGB – Institut für Gesprächspsychotherapie und personzentrierte Beratung Stuttgart

D-70374 Stuttgart, Wörishoferstraße 54
Tel.: +49 711 580182; Fax: +49 711 58 01 92
E-Mail: Kontaktformular auf website: www.igb-stuttgart.de

ÖGwG – Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung

A-4020 Linz, Altstadt 13
Tel./Fax: +43 732 78 46 30; E-Mail: office@oegwg.at

pca.acp – Schweizerische Gesellschaft für den Personzentrierten Ansatz. Weiterbildung. Psychotherapie. Beratung.

CH-8005 Zürich, Josefstrasse 79
Tel.: +41 44 271 71 70; E-Mail: info@pca-acp.ch

VRP – Vereinigung Rogerianische Psychotherapie

A-1030 Wien, Schützengasse 25/5
Tel.: +43 664 165 43 03; E-Mail: office@vrp.at

Herausgeber dieses Hefts

Christian Metz und Silke Birgitta Gahleitner

Erscheinungshinweise und Bezugspreise

Heftpreis: € 15,- / SFr 16,60- zzgl. Versandkosten
Abonnement: € 26,- / SFr 28,80,- zzgl. Versandkosten
Es erscheinen jeweils 2 Nummern pro Jahr.

Bestellungen sind über jede Fachbuchhandlung oder direkt beim Verlag möglich. Ein Abonnement verlängert sich automatisch, wenn es nicht sechs Wochen vor Jahresende schriftlich gekündigt wurde. Mitglieder der herausgebenden Vereinigungen haben jeweils spezifische Bezugsbedingungen. Für den Bezug im Rahmen von Verbandsmitgliedschaften gelten weiterhin die verbandsspezifischen Regelungen.

Verleger und Druck

Facultas – Verlags- und Buchhandels AG, A-1050 Wien, Stolberggasse 26
Tel.: +43 1 310 53 56; Fax: +43 1 319 70 50; E-Mail: office@facultas.at

Satz und Layout

Gerhard Krill, 1060 Wien; E-Mail: grafik@krill.at

Redaktion

Christiane Bahr, Michael Behr, Ulrike Diethardt, Silke Birgitta Gahleitner, Mark Galliker, Christian Korunka, Jana Lammers, Hans-Jürgen Luderer, Christine le Coutre, Gerhard Lukits, Elisabeth Maaß, Christian Metz, Aglaja Przyborski, Markus Steffen, Monika Tuczai, Christine Wakolbinger

Redaktionssekretariat

Magdalena Kriesche, 1030 Wien, Rechte Bahngasse 14/18
E-Mail: magdalena.kriesche@teletronic.at

Fachbeirat von PERSON

Beatrice Amstutz, Anna Auckenthaler, Matthias Barth, Eva-Maria Biermann-Ratjen, Johannes Binder, Jeanette Bischof, Jochen Ebert-Wittich, Sybille Eckert, Reinhold Fartacek, Andrea Felnemeti, Jobst Finke, Peter Frenzel, Ernst Hemmert, Ruth Hobi, Beate Hofmeister, Gabriele Isele, Elisabeth Jandl-Jäger, Annette Jessinghaus, Dietlinde Kanolzer, Sylvia Keil, Sonja Kinigadner, Lore Korbei, Dorothea Kunze-Pletat, Margarethe Letzel, Brigitte Macke-Bruck, Doris Monden-Engelhardt, Christiane Müller, Sybille Neidhart, David Oberreiter, Brigitte Pelinka, Ulrike Rams, Klaus Renn, Eckart Ruschmann, Joachim Sauer, Peter F. Schmid, Tobias Steiger, Gerhard Stumm, Ludwig Teusch, Helena Maria Topaloglou, Johannes Wiltshcko, Andreas Wittrahm (Stand Oktober 2019)

Richtlinien und Hinweise zur Manuskriptabgabe finden Sie auf der hinteren Umschlagseite.

PERSON

23. Jg. 2019, Heft 2

Schwerpunktheft TRAUER und TRAUMA

Herausgegeben von
Christian Metz und Silke Birgitta Gahleitner

Inhalt

Editorial 101

FACHBEITRÄGE

Ulrike Backhaus

Leben in der Trauer entdecken – Personzentrierte Begleitung von Menschen nach Verlusten 103

Sylvia Keil

Das personzentrierte Verständnis von Psychotrauma – Zur Integration psychotraumatologischer Erkenntnisse in das Personzentrierte Konzept 110

Chris Paul

Trauer-Fluss und Trauma-Eisberg 122

René Reichel, Silke Birgitta Gahleitner

Trauer ist nicht nur Trauer, und Trauma ist nicht nur Trauma – zum Umgang mit ‚gemischten Gefühlen‘ .. 130

Beatrix Teichmann-Wirth

Traum sensible Begleitung rund um die Diagnose Krebs. Ein integrativer Ansatz 139

Monika Tuczai

(Erschwerte) Trauer nach Suizid – Personzentriertes Verstehen und Trauerbegleitung von Hinterbliebenen nach Suizid 151

REZENSIONEN

Monika Tuczai

Ulrike Backhaus: Personenzentrierte Beratung und Therapie bei Verlust und Trauer 162

Mark Galliker

Josef Giger-Bütler: Wenn Menschen sterben wollen. Mehr Verständnis für einen selbstbestimmten Weg aus dem Leben 163

Veranstaltungskalender 2019/20 166

Editorial

Traumatisierung und Trauerprozesse können gemeinsam auftreten: Trauer kann traumatische Auswirkungen haben, eine Reihe traumatischer Erfahrungen führt zu anhaltenden Trauergefühlen und komplizierten Trauerreaktionen. Manchmal brechen beispielsweise Unglück und Schrecken mit Macht über die Betroffenen herein, ohne dass Zeit zur Vorbereitung bleibt. Manchmal ist es eine lebensbedrohliche Erkrankung, die zwar Zeit lässt, um den Umgang damit zu lernen, aber das Selbst – wie auch das Weltbild – so erschüttert, dass die Betroffenen nicht allein damit fertig werden können. Traumatische Trauer lässt sich als Trauer verstehen, die im Kontext von und nach Traumatisierungen auftritt, aber auch als eine besondere Art von Trauerprozessen, die bei Verlusten mit traumatischer Qualität auftreten können. Zudem gibt es traumatisierende Todesursachen wie Unfall, Mord, Suizid, Sterben im Rahmen einer Naturkatastrophe oder eines Terroranschlags, aber auch bestimmte Umstände und Belastungen im (miterlebten oder vorgestellten) Sterbeprozess, die für die Hinterbliebenen traumatisierend wirken können.

Trauererleben beschränkt sich zudem keineswegs nur auf Todesfälle. Es existiert eine Vielfalt von Trauerphänomenen durch Verluste und Sekundärverluste angesichts von Trennung, unerfülltem Kinderwunsch, körperlicher Behinderung, chronischer Krankheit, Arbeits- oder Heimatverlust. Eine Reihe von Fragen stellt sich: Unterscheiden sich Trauerprozesse, die mit einem traumatisierenden Ereignis verbunden sind, von „normalen“ Verlust-Erlebnissen? Können Traumfolgestörungen Trauerprozesse „einfärben“ und Auswirkungen auf alle Trauerfacetten haben? (Wie) kann die Trauer um den Verlust vom traumatisierenden Ereignis entkoppelt werden, und ist dies überhaupt sinnvoll? Und vor allem: Was ist für Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in der Begleitung von traumatisierten Menschen vor allem zu beachten und zu berücksichtigen? Wie z. B. können in einer Trauertherapie oder -beratung Retraumatisierungen durch unkontrolliertes Wiedererzählen und auch Mitanhören in einer Trauergruppe verhindert werden?

Im Sinne der betroffenen Klienten und Klientinnen ist es wünschenswert und notwendig, in beiden Feldern zu Hause zu sein und das jeweilige Fachwissen von der je anderen Kompetenz her zu erweitern. Dies bedeutet: Trauertherapeuten und Traumatherapeutinnen benötigen ein fundiertes Grundwissen

über Psychotraumatologie, um etwa potenzielle Trigger zu bemerken und so eine retraumatisierende Gesprächsführung zu vermeiden. Und sie brauchen ein fundiertes Grundwissen über Trauerprozesse, da diese sich zwar von einer Traumatisierung unterscheiden, aber damit eng verwoben sein können. Die Themen im Trauerprozess sind zudem vielfältig. Trauerwege gleichen oftmals einer Mäanderbewegung und sind nicht linear aufzuarbeiten. Die Wahrnehmung und Anerkennung von traumatisierenden Situationen ist dabei nur eines von verschiedenen Themen, die in einer Trauertherapie bedeutsam sind. Hilfreich erscheint die Unterscheidung zwischen dem Verlusterleben, dem traumatischen Geschehen sowie der Art und Weise des Umgangs mit diesem Ereignis. Eine solche Differenzierung ist insbesondere für eine dem Leben (wieder) zugewandte „fortdauernde Verbundenheit“ mit dem Verstorbenen wichtig.

Zur Einführung in das Thema werden zunächst beide Bereiche – aus konsequent personenzentrierter Perspektive – vorgestellt. **Ulrike Backhaus** beschäftigt sich unter dem Titel „Leben in der Trauer entdecken – Personenzentrierte Begleitung von Menschen nach Verlusten“ mit dem Phänomen „Trauer“ als einem natürlichen Prozess, mit dem auf Verluste verschiedenster Art reagiert werden kann. Trauer wird in Deutschland nach Ansicht der Autorin in Therapie und Beratung jedoch noch zu wenig thematisiert, um hier hilfreich zu unterstützen. Gerade der Personenzentrierte Ansatz in seiner Bezogenheit und Prozessorientierung kann Menschen in Krisensituationen nach einem Verlust besonders hilfreich beistehen. Ebenfalls konsequent aus personenzentrierter Perspektive reflektiert **Sylvia Keil** „das personenzentrierte Verständnis von Psychotrauma“. Ausführlich diskutiert sie die Passung psychotraumatologischer Erkenntnisse aus dem Komplextraumabereich mit dem Personenzentrierten Therapiekonzept. Menschen mit Entwicklungs-trauma haben demnach in der therapeutischen Beziehung überhaupt erst die Chance, adäquate Selbststrukturen aufzubauen. Der therapeutische Prozess muss diesem Umstand Rechnung tragen. Therapietheoretische Implikationen als Konsequenz dieser Persönlichkeitstheoretischen Position werden diskutiert.

In einer Verknüpfung beider Themen thematisiert **Chris Paul** in ihrem Beitrag „Trauer-Fluss und Trauma-Eisberg“ sehr praxisorientiert die Zusammenhänge und Unterschiede im Durchleben eines Trauerprozesses und traumatischer Prozesse.

Als Grundlage dient der Autorin das von ihr entwickelte „Kaleidoskop des Trauerns“, ein integratives Modell, in dem verschiedene Trauertheorien Raum finden. Ebenfalls eine Integration beider Ausgangsthemen unternehmen **René Reichel** und **Silke Birgitta Gahleitner** mit ihrem Artikel „Trauer ist nicht nur Trauer, und Trauma ist nicht nur Trauma – zum Umgang mit ‚gemischten Gefühlen‘“. Der Autor und die Autorin thematisieren dabei die Gleichzeitigkeit mehrerer – häufig auch sich widersprechender – Gefühle in der Psychotherapie und Beratung. Bereits Trauer allein kann ein Spektrum von Empfindungen und Gefühlen umfassen, für traumatische Erfahrungen und Belastungen gilt dies ebenso. Das Phänomen Trauer wird jedoch in Therapie und Beratung häufig relativ eng umrissen, ebenso wie das Phänomen Trauma. Der Personzentrierte Ansatz kann nach Ansicht des Autors und der Autorin jedoch in seiner Bezogenheit den Umgang mit diesen „gemischten Gefühlen“ fruchtbar explorieren und auf dieser Basis konstruktive Bewältigungswege unterstützen.

Die beiden abschließenden Artikel widmen sich jeweils spezifischen Feldern bzw. Zielgruppen. **Beatrix Teichmann-Wirth** widmet sich unter dem Titel „Traumasensible Begleitung rund um die Diagnose Krebs. Ein integrativer Ansatz“ spezifischen Facetten einer personzentrierten Beziehung und therapeutischen Begleitung in der Psychoonkologie. Die Autorin geht auf das Traumatisierungspotenzial und die Traumaspezifika bei einer Krebsdiagnose ein und schildert ein Vorgehen in Diagnostik wie Therapie, das einer potenziellen Traumatisierung

entgegenwirken kann. **Monika Tucza** wendet sich dem Thema „(Erschwerte) Trauer nach Suizid – Personzentriertes Verstehen und Trauerbegleitung von Hinterbliebenen nach Suizid“ zu. Der Artikel thematisiert die Besonderheiten der Trauer von Hinterbliebenen nach Suizid. Die Autorin vertritt die These, dass sich zwar eine Trauerreaktion nach Suizid nicht grundsätzlich von der Trauer nach anderen Todesursachen unterscheidet, der Trauerprozess nach Suizid im nahen Umfeld jedoch mit deutlich größeren Belastungen einhergeht. Das personzentrierte Beziehungsangebot wird ebenso wie die personzentrierte Trauerbegleitung gerade durch deren Behutsamkeit als ein hilfreicher Weg in der Trauer der Betroffenen beschrieben.

Das vorliegende PERSON-Heft verfolgt entlang dieser Überlegungen die doppelte Perspektive: Anregungen zu geben zu einer „trauma-informierten Trauertherapie“ sowie einer „trauer-informierten Traumatherapie“ – im Sinne eines Plädoyers für eine traumasensible Trauertherapie sowie trauer-sensible Traumatherapie. Wir hoffen, dass wir mit dem vorliegenden Heft zu einer lebendigen Diskussion über die beiden miteinander verbundenen, aber zur besseren Einsicht auch spezifisch zu betrachtenden Phänomene anregen und so fruchtbare Diskussionen ermöglichen können.

Das nächste PERSON-Heft (1/2020) wird als offenes Heft von Michael Behr, Christine le Coutre und Christine Wakolbinger herausgegeben und behandelt praxisbezogen verschiedene Themen der Personzentrierten Therapie.

Christian Metz und Silke Birgitta Gahleitner

Leben in der Trauer entdecken

Personzentrierte Begleitung von Menschen nach Verlusten

Ulrike Backhaus
Siegburg, Deutschland

Trauer ist ein natürlicher Prozess, mit dem wir Menschen auf Verluste verschiedener Art reagieren. In den deutschsprachigen Ländern wird Trauer in Therapie und Beratung noch wenig thematisiert. Der Personzentrierte Ansatz mit seinen Grundhaltungen der Echtheit, der Akzeptanz und Wertschätzung sowie der Empathie ist bestens geeignet, Menschen in Krisensituationen nach einem Verlust zu unterstützen. Das Ziel des folgenden Textes ist es, Therapeuten und Beratern das Thema Trauer theoretisch und praktisch näherzubringen und ihnen personzentrierte Arbeit in diesem Bereich vorzustellen. Außerdem wird auf komplizierte Trauerverläufe eingegangen, die als Diagnose „anhaltende Trauerstörung“ in die ICD 11, die Neuauflage des Diagnoseschlüssels der Weltgesundheitsorganisation, aufgenommen werden und sich auf eine Minderheit der trauernden Menschen beziehen.

Schlüsselwörter: Trauerprozess, Traueraufgaben, existenzielle Perspektive im Personzentrierten Ansatz, fortgesetzte Bindung, anhaltende Trauerstörung

Discover life in grief — person centered company of persons after loss. Grief is a natural process that humans use to cope with different types of loss. In Germanic countries there is still little discussion about grief in the field of counselling and psychotherapy. The person-centered approach with its focus on therapist congruence, acceptance (unconditional positive regard), and empathic understanding is very appropriate to support human beings in crisis situations. It is the goal of this text to introduce mental practitioners and counsellors to the theme of grief, both on a theoretical and practical level, and to present person-centric work in the field. Also it will be discussed complicated grief processes, which will be included as a diagnosis into the ICD 11, the new International Classification of Diseases of the World Health Organization. This affects a minority of people experiences grief.

Keywords: Grieving Process, Tasks of Mourning, Existential Perspective in Person-Centered Approach, Continuing Bonds, Prolonged Grief Disorder

Trauer und Verlust in der psychologischen Theoriebildung

„Trauer ist keine Krankheit. Verlusterfahrungen gehören zu unserem Leben, ebenso wie die Tatsache, dass wir eines Tages sterben und alles zurücklassen werden, was uns in unserer physischen Existenz umgeben hat. Abschiede erleben wir durch den Tod von geliebten Menschen, durch Trennung von Liebespartnern oder erwachsen gewordenen Kindern und durch

Verluste von Heimat, Arbeitsplatz, Gesundheit, Lebensbildern oder gewohnten Rollen. Vergänglichkeit ist ein Prinzip, das unser Leben durchzieht. Trauer ist die natürliche, vorwiegend menschliche Reaktion auf den Abschied von Menschen und Dingen, an die wir eine emotionale Bindung haben und erfasst die psychische wie die physische, soziale und spirituelle Dimension unseres Seins“ (Backhaus, 2017, S. 28).

Trauer ist nicht nur mit Traurigkeit verbunden, sie kann Gefühle wie Schmerz, Wut, Erleichterung, Sehnsucht, Angst, Hilflosigkeit, Scham, Dankbarkeit und Liebe enthalten. Ebenso erfasst sie in der Regel unseren Körper und kann zu Symptomen wie Schlaflosigkeit, Herz-/Kreislaufproblemen oder Störungen im Verdauungssystem führen, sie kann sich in körperlichen Schmerzen oder chronischen Erschöpfungszuständen zeigen.

Sigmund Freud (1917/1982) beschäftigt sich in seinem Aufsatz „Trauer und Melancholie“ als erster Theoretiker mit dem psychologischen Trauerprozess. Er stellt Trauer und „Melancholie“

Ulrike Backhaus, geb. 1957, Dipl. Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin, Abschluss in Personenzentrierter Psychotherapie (GWG), seit 1987 Begleitung schwerkranker, sterbender und trauernder Menschen in Krankenhäusern und Hospizen, seit 2004 in eigener Praxis, Fort- und Weiterbildungen für ehrenamtliche Trauerbegleitende, Beratende und Therapeutinnen, Autorin des Buches „Personzentrierte Beratung und Therapie bei Trauer und Verlusten“ (2017) im Reinhardt-Verlag, München. Kontakt: hallo@ulrike-backhaus.de

(die wir heute als Depression bezeichnen würden) einander gegenüber. Seine wesentliche Grundannahme ist hierbei, dass es im Trauerprozess darum geht, jegliche Bindung („Libido“) an die verlorene Person (Freud spricht hier von „Objekt“) nach und nach abzulösen, um frei für neue Beziehungen zu werden. Diese Annahme gilt heute als überholt, wie ich später zeigen werde, hat aber jahrzehntelang die Trauerforschung geprägt.

Der Psychiater Erich Lindemann (1944) legt nach der sogenannten „Cocoanut-Grove-Feuerkatastrophe“ seinen Bericht über die Behandlung Hinterbliebener und Überlebender eines Brandes vor, bei dem in einer Diskothek 1942 in Boston 492 Menschen ums Leben gekommen sind. Er schildert darin viele der Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen trauernder Menschen, die auch heute noch bei der Beschreibung des Trauerprozesses herangezogen werden (s. o.).

Seit den 1960er-Jahren veröffentlichen verschiedene Theoretiker Modelle, in denen sie den Trauerprozess in Phasen unterteilen (Spiegel, 1973; Bowlby, 1980/1983; Kast, 1982). Diese Phasenmodelle geben den Wissensstand ihrer Zeit wieder und haben wertvolle Beiträge zum heutigen Verständnis des Trauerprozesses geleistet, auch wenn heute international kaum noch mit ihnen gearbeitet wird.

Zeitgemäßer und mit der personenzentrierten Praxis gut vereinbar ist der Ansatz von William J. Worden (1982/1986), ein auf der Entwicklungspsychologie basierendes Modell von Traueraufgaben. Diese versteht er nicht als in chronologischer Reihenfolge ablaufend, sondern als Themen, bei denen mal das eine, mal das andere im Laufe des Abschiedsprozesses im Vordergrund steht. Die aktuelle Formulierung seiner Traueraufgaben in der vierten veränderten Auflage seines Buches (Worden, 2009/2011) hat der amerikanische Forscher wie folgt formuliert:

1. Den Verlust als Realität akzeptieren.
2. Den Schmerz verarbeiten.
3. Sich an eine Welt ohne die verstorbene Person anpassen:
 - externe Anpassung – die Auswirkungen des Verlustes auf die Bewältigung des Alltags,
 - interne Anpassung – die Auswirkungen des Verlustes auf das Gefühl für das eigene Selbst,
 - spirituelle Anpassung – die Auswirkungen des Verlustes auf die eigenen Überzeugungen, Wertvorstellungen und Annahmen über die Welt.
4. Eine dauerhafte Verbindung zu der verstorbenen Person inmitten des Aufbruchs in ein neues Leben finden.

Worden (2009/2011) integriert in die Neuauflagen seines Buches immer wieder neue Theoriebildungen wie z. B. von Robert A. Neimeyer (2009/2013, 1998), der als konstruktivistischer Therapeut davon ausgeht, „dass wir Menschen unser Leben in Geschichten leben, ordnen und erzählen“ (Backhaus, 2017, S. 55). Er untersucht mit seinen Klientinnen die Auswirkungen eines Verlustes auf ihr eigenes Selbst- und Weltbild und

arbeitet mit ihnen daran, ihren Verlust in die eigene Lebenserzählung zu integrieren.

Ebenfalls greift Worden (2009/2011) den Ansatz der fortgesetzten Bindung von Klass, Silverman und Nickman (1996) auf, in dem das Freud'sche Ziel des Loslassens der Bindung an den Verstorbenen revidiert wird. Im Gegensatz zu Freud glaubt man heute, dass es gerade die gefühlte innere Präsenz des Verstorbenen und die fortgesetzte, wenn auch andersartige, Bindung an ihn sein kann, die Menschen hilft, mit einem schwerwiegenden Verlust weiterzuleben.

Die deutsche Trauerbegleiterin Chris Paul (2017) hat die Konzeption von Worden (2009/2011) u. a. um den Aspekt des Überlebens ergänzt, das zunächst die wichtigste und erste Aufgabe in der Konfrontation mit einem Verlust ist. Jeder Mensch wird diese Krise zunächst mit den ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen und den von ihm erlernten und bei vorherigen Krisen bewährten Verhaltensweisen zu beantworten versuchen.

Ich persönlich arbeite sehr gerne mit dem von Paul (2017) erweiterten Konzept von Worden (1982/1986). Das Wissen um mögliche Themen im individuellen Trauerprozess meines Gegenübers hilft mir, mich besser in meine Gesprächspartnerin einzufühlen (s. u.).

Der Personzentrierte Ansatz in der Arbeit mit trauernden Menschen

„Carl Rogers selbst befasste sich kaum mit Trauer und Verlust. Ihm war das Leben als Wachstums- und Entwicklungsprozess bis ins hohe Alter wichtig. Er verstand das Leben als Prozess ständiger Wandlung und Veränderung, betonte aber mehr die Wachstumschancen und Lernmöglichkeiten darin als das schmerzhaft erlebte des Verlustes und der Begrenzung [...]. Durch den Tod seiner Frau Helen im Jahr 1979 nahm sein Interesse an Grenzfragen menschlichen Lebens zwar zu, bestimmte aber keinesfalls seine umfangreichen Aktivitäten“ (Backhaus, 2017, S. 28).

Annemarie und Reinhart Tausch, die ab den 1960er-Jahren den Personzentrierten Ansatz im deutschsprachigen Raum unter der Bezeichnung „Gesprächspsychotherapie“ einführen und weit verbreiten, setzen sich seit den frühen 1980er-Jahren intensiv mit schwer kranken und sterbenden Menschen in hunderten von Einzel- und Gruppengesprächen auseinander. Unter anderem inspiriert durch die 1983 zum Tode führende Krebserkrankung Annemarie Tauschs praktizieren sie schon früh einen offenen und tabureien Umgang mit Sterben und Tod (Tausch, 1981; Tausch & Tausch, 1985). Ihre Tochter Daniela Tausch baut ab 1987 einen Hospizdienst in Stuttgart auf, den sie langjährig leitet. Sie verfasst zahlreiche Publikationen zum verständnisvollen, einfühlsamen und liebevollen Umgang

mit sterbenden Menschen, immer inspiriert von personenzentrierten Grundhaltungen (z. B. Tausch, 2010).

1987 bis 1991 wird an der Universität Essen im Rahmen eines Forschungsprojektes eine Trauerberatungsstelle aufgebaut. Die Forscher befinden den damals als klientenzentriert bezeichneten Ansatz als besonders geeignet für die Arbeit mit Trauernden (Jerneizig, Langenmayr & Schubert, 1991/1994). Ausgehend von Rogers' Selbstaktualisierungstendenz, die in allem Lebendigen eine Tendenz zur Weiterentwicklung, Reifung und Erweiterung sieht (Rogers, 1961a/1988, S. 49), sind trauernde Personen aus ihrer Sicht in der Regel selbst in der Lage, den für sie konstruktiven, auf Wachstum und Entwicklung ausgerichteten Weg zu finden. Dabei bieten sie ihnen eine Begleitung an, die von den personenzentrierten Grundhaltungen der Echtheit, der Akzeptanz und der Empathie (z. B. Rogers, 1977b) getragen ist. Diese Grundhaltungen sind auch heute eine wichtige Basis für eine personenzentriert geprägte Unterstützung von Menschen nach einem Verlust (z. B. Metz, 2002). Freilich können wir als Beraterinnen und Therapeutinnen uns diesen idealen Grundhaltungen immer nur anzunähern versuchen, so wie wir gezwungen sind, unsere menschlichen und therapeutischen Begrenzungen zur Kenntnis zu nehmen und an ihnen zu arbeiten.

Die Echtheit, wenn eine Beraterin sich wirklich auf einen Menschen und sein Schicksal einlässt, nicht ausweicht, ist dabei wohl die erste und wichtigste Haltung der Unterstützung. Trauernde Personen werden von ihrem Umfeld aus Angst und Hilflosigkeit nicht selten gemieden, sodass die Erfahrung einer Begleiterin, die einfach nur da ist und den schmerzhaften Verlust mit aushält, oft ausgesprochen wohltuend ist. Dies wird von Trauernden immer wieder berichtet.

Die Grundhaltung der Wertschätzung oder bedingungslosen Akzeptanz ermöglicht, die Individualität eines jeden Menschen in seinem Trauerprozess wahrzunehmen und zu schätzen. Ein und derselbe Mensch kann nach verschiedenen Verlusten völlig unterschiedlich trauern. Durch den Respekt und die Wertschätzung in der Begleitung fällt es vielen trauernden Personen leichter, sich selbst zu schätzen, sind sie doch oft durch die Grenzsituation des Verlustes und die erfahrene Ohnmacht in ihrem Selbstwertgefühl erschüttert.

Die Empathie oder das einführende Verstehen unterstützt trauernde Personen darin, sich selbst in ihren widersprüchlichen und oft schnell wechselnden Gefühlen besser zu verstehen. Dies bringt häufig etwas Ruhe und Entlastung. Trauernde werden dabei unterstützt, auch verdrängte Gefühle, die ihrem Selbstbild nicht unbedingt entsprechen, ihrem Bewusstsein zugänglich zu machen und für bewusste Handlungsentscheidungen zu nutzen. „Wo Trauer ins Fließen gerät, wo die Veränderung des Lebens geschehen darf, bricht neues Leben aus dem Leid auf“ (Metz, 2002, S. 589).

Die Essener Forscher beschreiben die Ergebnisse ihrer Arbeit in einer Weise, die auch heute noch die Ziele personenzentrierter Unterstützung in der Trauer treffend benennt. „Die Klienten der Trauerberatungsstelle waren nach der Therapie nicht weniger traurig als andere Trauernde, die keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen hatten. Sie fühlten sich aber durch die Therapie in die Lage versetzt, angemessen und kompetent mit ihrer neuen Lebenssituation umzugehen, sie hatten ein vertieftes Verständnis ihrer eigenen Trauerprozesse erreicht, was ihnen die meist starke Angst vor befremdlichen Erlebnissen während der Trauer genommen hatte, und sie sahen wieder neue Lebensperspektiven, was ihrer Trauer viel von dem zuvor vorherrschenden Schrecken der Ausweglosigkeit nahm. [...] Trauertherapie soll nicht die Trauer nehmen, sondern sie versucht, die Lebenskrise und den Übergang in ein anderes Leben [...] während der Trauer zu begleiten und zu erleichtern sowie zu verhindern, dass sie zu ernsthaften Erkrankungen führen“ (Jerneizig et al., 1991/1994, S. 70).

Die personenzentrierten Grundhaltungen sind implizit seit den 1960er-Jahren – im deutschsprachigen Raum seit den 1980er-Jahren – die grundlegenden Prinzipien der Hospiz- und Selbsthilfegruppenbewegungen, die zuerst die Themen Krankheit, Sterben und Trauer gesellschaftlich aufgreifen und von einem breiten bürgerschaftlichen Engagement getragen werden. Heute sind es gerade die Hospizdienste, die in großer Zahl Trauercafés, Trauergruppen, Trauerwanderungen und Einzeltrauerbegleitungen anbieten und damit sehr vielen trauernden Menschen wertvolle Hilfe und Begegnung anbieten. Diese niederschweligen Angebote unterstützen Personen nach Verlusten, die häufig keine weitergehende Beratung oder Therapie benötigen.

Personenzentrierte, die Grundvariablen ergänzende, Arbeit mit Menschen nach Verlust

Die Frage nach der persönlichen Bedeutung des Verlorenen

Herr A. sucht meine Hilfe, nachdem er seinen Arbeitsplatz als Führungskraft im Einzelhandel mit Ende 50 verloren hat. In einem Konflikt mit der Geschäftsleitung hatte er sich gegen die Einschränkung seiner Gestaltungsspielräume gewehrt. Nun ist er ein Jahr nach seiner Entlassung niedergedrückt, antriebslos und traurig. Ich versuche, neben den Gefühlen, die er verbalisiert, mit ihm zusammen vertieft zu verstehen, welche Bedeutung die berufliche Tätigkeit für ihn hatte, in anderen Worten, was er verloren hat und was er betrauert.

Dieselbe Sache oder derselbe Mensch können für verschiedene Personen völlig unterschiedliche Bedeutungen haben.

Menschen können z. B. mit ihrem Arbeitsplatz finanzielle Absicherung verbinden, das Erfahren von Wertschätzung, Sinn und Kontakt, das Einbringen von eigenen Fähigkeiten, die Möglichkeit zu Gestaltung und Kreativität, die Struktur durch einen festen Tagesablauf und vieles mehr.

Herr A. hat sich mit den Werten „seines“ Unternehmens identifiziert, mit einem respektvollen Umgang mit Mitarbeitern und Kunden, ihm hat es Freude bereitet, seine kaufmännische Erfahrung einzubringen, den Mitarbeitern sein Verständnis von Verkauf zu vermitteln und so die Wirksamkeit seiner Bemühungen zu erfahren. Er hat nun neben seiner Arbeit auch sein Bild von dem Unternehmen verloren, dessen Werte er den seinen verbunden gesehen hatte.

Worden (2009/2011) betont in der Formulierung seiner zweiten Traueraufgabe (s. o.) die Wichtigkeit des bewussten Spürens der verschiedenen Trauergefühle. Die „Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte“ (Tausch & Tausch, 1990) ist eine ureigene Vorgehensweise der Personzentrierten Therapie (vgl. aktuell Elliott, Greenberg, Watson, Timulak & Freire, 2013). Genau zu verstehen, mit welchen „Beobachtungen“ und „Bedürfnissen“ diese Gefühle verbunden sind, wie es der Rogers-Schüler Marshall Rosenberg (1999/2001) vorschlägt, hilft, die vertiefte Bedeutung des Verlorenen für den zurückbleibenden Menschen zu erschließen. Es wird ihm dadurch möglich, das Verlorene noch einmal mit Dankbarkeit zu würdigen, es als Erfahrung in sich zu bewahren und zu schauen, ob sich mit der Zeit Räume eröffnen, die verlorenen Qualitäten in neuen Zusammenhängen zu erleben.

Auch bei ambivalenten Gefühlen in der Trauer kann die Frage nach der persönlichen Bedeutung des Verlorenen sehr klärend sein. Hier geht es darum, dem Belastenden, von dem die Hinterbliebene sich abgrenzen will, Raum zu geben. Ergänzend dazu ist es oft hilfreich, sich auch mit den (u. U. wenigen) positiven Erfahrungen zu verbinden, um einen Frieden oder sogar eine Versöhnung zu ermöglichen. Die eigenen Bedürfnisse, Vorstellungen und Hoffnungen, die sich nicht oder nur teilweise erfüllt haben, sollten ebenfalls in der nachträglichen Bearbeitung entfaltet werden. Nicht selten betrifft die tiefste Trauer etwas, das nicht möglich oder nicht gelungen war, z. B. nach dem Tod eines geschiedenen Ehepartners oder eines vernachlässigenden oder gewalttätigen Elternteils. Sie zu spüren, kann die innere Unabhängigkeit unterstützen.

Die Frage nach dem ureigenen Umgangsweg

Der junge Herr B. hat sich nach dem Tod seines Onkels vorwiegend abzulenken versucht. Nachdem er gemerkt hat, dass das seine Trauer eher verstärkt, nimmt er sich nun jeden Abend vor dem Schlafen einige Minuten Zeit, um an seinen Onkel zu denken und für ihn zu beten. So geht es ihm besser.

Mithilfe der Beraterin die eigenen Bedürfnisse zu verstehen und den ureigenen Umgangsweg mit der Verlustsituation zu entfalten (der sich im Laufe des Trauerprozesses natürlich immer wieder ändern kann), lässt trauernde Menschen ihre eigene Handlungskompetenz erfahren und stärkt sie dadurch. Es kann ihnen helfen, ein Bild davon zu entwickeln, wie es weitergehen kann und was sie dafür tun können. Hier wird die dritte Traueraufgabe von Worden (2009/2011; s. o.) berührt.

Das Arbeiten mit den beiden genannten Fragestellungen hat sich als erster Zugang im Kontakt mit Menschen nach einem Verlusterlebnis sehr bewährt und nützt auch bei lange zurückliegenden Trauerfällen in der Kindheit oder im Erwachsenenalter.

Die Bedeutung der fortgesetzten inneren Bindung zum Verlorenen

Wenn ein Hinterbliebener zu mir kommt, bitte ich ihn in der Regel, mir von der Verstorbenen zu erzählen. Mir geht es darum, dass die Individualität der verlorenen Person und ihre Bedeutung für den trauernden Menschen im Beratungszimmer lebendig werden und nicht nur die Umstände ihres Versterbens.

Wie Worden (2009/2011) im Zusammenhang mit seiner vierten Traueraufgabe formuliert (s. o.), suchen Menschen nach einem Verlust meist nach einer inneren Verbindung zur Verstorbenen, sei es durch das Pflegen der Erinnerungen, durch besondere Gegenstände, Gedenkort oder -zeiten oder dadurch, dass sie die verlorene Person als innere Begleiterin erleben und mit ihr im inneren Dialog sind. Andere Hinterbliebene versuchen, das Vermächtnis der Verstorbenen weiterzuführen oder fühlen sich ihr durch die Verbindung in einer anderen Dimension nahe.

Viele trauernde Menschen sind eher zurückhaltend, von diesen Erfahrungen zu berichten, sie denken oft, ihre Umgangsweisen seien nicht „richtig“ oder ein bisschen verrückt. Ich frage sie deshalb meist, ob sie z. B. mit der Verstorbenen sprechen, und würdige das als ihren eigenen, für sie tröstlichen und deshalb vollkommen angemessenen Weg. Ich versuche, bewusst mit ihnen einen für sie passenden Weg zur inneren Verbindung mit der Verstorbenen zu entwickeln, wie das folgende Beispiel illustrieren mag.

Die junge Frau C., Mitte 20, hat nach längerer Krankheit ihre Mutter verloren. Diese hat ihr vor allem ein Gefühl von Schutz, Wärme und bedingungsloser Akzeptanz vermittelt, das ihr jetzt schmerzlich fehlt. Auf meine Frage nach einem Symbol für diese von ihr so vermisste Qualität fällt ihr eine warme Wolljacke ihrer Mutter ein, die sie fortan anzieht, wenn sie sich besonders schutzlos fühlt, und die ihr Trost spendet.

Die inzwischen von vielen Trauerberatern (Kachler, 2010; Neimeyer, 2012; Köster & Schmucker, 2016) vorgeschlagene

Methode, mit dem Verstorbenen auf einer inneren Bühne oder auf einem leeren Stuhl in den Dialog zu gehen, kann gut eingesetzt werden, um Unerledigtes, Unausgesprochenes oder Konflikthafes zu klären und zu befrieden. In der Regel verlaufen diese Begegnungen sehr versöhnlich und tragen zu einer anhaltenden positiven Entwicklung des trauernden Menschen bei. Wichtig ist dabei, sehr achtsam mit den Möglichkeiten und Grenzen der trauernden Person umzugehen und sie keinesfalls zu etwas zu nötigen. Es ist sinnvoll, immer wieder innezuhalten, nach den Gefühlen beider Gesprächspartner zu fragen und evtl. Stabilisierungen zum Verbinden mit den Ressourcen der Hinterbliebenen einzubauen. Auch „sanftere“ Formen wie das Schreiben eines Briefes an den Verstorbenen oder ein vorgestellter Dialog im Konjunktiv („was würden Sie ihm gerne noch sagen, wenn Sie könnten?“) sind angemessene Vorgehensweisen.

Existenzielle Fragestellungen in der Trauerberatung

Der niederländische Arzt und Gesprächstherapeut Hans Swildens entwickelt 1991 in seinem Ansatz der „Prozessorientierten Gesprächspsychotherapie“ eine existenzielle Gesprächspsychotherapie. Wie der österreichische Psychologe und Psychotherapeut Gerhard Stumm (2011) ergänzt er die klassische Personenzentrierte Therapie um die Auseinandersetzung mit Themen, die die menschliche Existenz in ihren Möglichkeiten, aber auch in ihren Begrenzungen grundlegend betreffen. „Dazu zählen vor allem der Tod und andere Begrenzungen unseres Seins, Freiheit, Wahl und Verantwortung, Sinn und Zukunftsorientierung sowie die Verwobenheit mit anderen Menschen“ (Stumm, 2011, S. 145). Es geht hier also um die Art und Weise, wie Menschen sich ihrem Schicksal stellen und welche Wahl sie treffen, mit den Gegebenheiten ihres Lebens umzugehen. Nach einem Verlust sind trauernde Menschen mit existenziellen Erfahrungen wie Ohnmacht, vergeblichem Suchen nach Erklärungen, Wut und Hadern konfrontiert. Es ist wichtig, sie in ihren existenziellen Fragestellungen zu verstehen und zu begleiten, immer in dem Wissen, dass auch wir als Therapeuten und Berater potenziell betroffen sein können und uns diesen Fragen zu stellen haben.

Frau D., Ende 30, hat ihren Vater nach einer längeren Krankheit verloren, nachdem in den letzten zehn Jahren schon ihre Mutter und ein Bruder gestorben waren. Sie rennt innerlich gegen diesen Verlust an, sucht nach Gründen und nach Schuldigen, ist von Wut und Aggression getrieben und findet keine Ruhe.

Es gilt hier, nicht nur die Wut, die sich gegen wechselnde Personen und Umstände richtet, zu verstehen, sondern das darunterliegende momentane Unvermögen, die Tatsache des Todes und ihr Schicksal hinzunehmen. Dies in einer akzeptierenden Weise auszusprechen und zu benennen, kann eine

Öffnung hin zu einer bewussteren Auseinandersetzung mit ihrer Situation begünstigen.

Herr E., Anfang 60, hat seine Frau auf ihrem Weg mit dem Krebs jahrelang begleitet, bis sie schließlich vor wenigen Wochen gestorben ist. Über den bevorstehenden Abschied konnte er mit ihr nicht sprechen, er hätte es sich so gewünscht und hat mehrere Versuche unternommen, die sie jeweils abgeblockt hat. Er leidet unter dem nicht erfolgten Abschied und fragt sich, wie sie ihre letzten Tage erlebt hat. Hatte sie Angst? Wusste sie, dass ihr Leben zu Ende gehen würde?

Herr E. kann sich Informationen bei den Ärzten holen, um die letzte Lebensphase seiner Frau besser zu verstehen, auch kann er sich über seine Fragen in einem imaginären Dialog mit ihr austauschen. Dennoch wird vielleicht etwas bleiben, was er nicht weiß, nicht erfahren wird, was unseren Horizont als Menschen überschreitet. Er wird mit seinen und unser aller Begrenzungen konfrontiert sein und mit den Lücken leben lernen müssen. Diese Leerstelle zu benennen und ihn in der Auseinandersetzung damit zu begleiten, kann ihm eine neue Freiheit und neue Handlungsoptionen eröffnen.

Der Sohn von Frau F. hat sich mit 17 Jahren das Leben genommen. Frau F. überlegt hin und her, wann sie welche Fehler gemacht hat, was sie hätte tun können, um ihn im Leben zu halten. Die Ohnmacht auszuhalten, die Tatsache, dass sie als Mutter ihr Kind nicht schützen konnte, ist für sie kaum zu ertragen.

Das Benennen des unter den Grübeleien liegenden momentanen Unvermögens, ihre Ohnmacht als Mutter zu ertragen und die Tatsache, dass wir wie fast alle Eltern alles tun würden, um unsere Kinder zu schützen und es trotzdem nur begrenzt können, das Aussprechen dieser Erfahrungen kann Entlastung bringen und die Grübeleien beruhigen. Viele Schuldthematiken in Trauerprozessen haben mit den existenziellen Themen des Nicht-Akzeptieren-Könnens, Nicht-Verstehens und der Ohnmacht zu tun (Paul, 2010). Durch die Gesprächsbegleitung in diesen existenziellen Fragen wird die Konstruktion eines neuen Selbst- und Weltbildes, wie sie Worden (2009/2011) in seiner dritten Traueraufgabe beschreibt (s. o.), erleichtert.

Die Offenheit für existenzielle Themen stellt meines Erachtens eine wichtige Komponente in der personenzentrierten Trauerbegleitung dar und bereichert den Personenzentrierten Ansatz.

Die Arbeit mit Menschen in komplizierten Trauerprozessen

Etwa 10 bis 15% der trauernden Menschen erleben einen problematischen Trauerprozess, in dem sie letztendlich keine, auch noch so kleine, Bewegungen vorwärts mehr machen können (Maercker et al., 2008). Seit mehr als 20 Jahren wird diskutiert, ob eine entsprechende Diagnose in die gängigen

Diagnoseschlüssel DSM und ICD aufgenommen werden soll (Stroebe, Schut & Bout, 2013). 2013 ist die Diagnose „Prolonged Grief Disorder“ nicht als eigenständige Diagnose im amerikanischen Diagnoseschlüssel DSM-5 aufgeführt, sondern nur für eine weitere Erforschung empfohlen worden. In der neuen ICD 11 aber wird die Diagnose „anhaltende Trauerstörung“ enthalten sein. Die Kriterien hierfür beschreiben Trauerreaktionen, die sechs Monate nach Verlust ausgeprägter sind, als gesellschaftliche und kulturelle Normen dies erwarten lassen. Dabei handelt es sich um schwere und anhaltende Sehnsucht nach dem Verstorbenen, ausgeprägtes gedankliches Verhaftetsein mit dem Verstorbenen oder seinen Todesumständen, Verbitterung über den Verlust, ein beeinträchtigtes Selbst- oder Identitätsgefühl und Vermeidung von Erinnerungsanlässen, die den Verlust betreffen (Maercker, 2015). Unter Fachleuten in Deutschland wird die neue Diagnose durchaus kritisch diskutiert (Dietl et al., 2018; Bundesverband Trauerbegleitung, 2017). Es wird befürchtet, dass Trauer allgemein als Reaktion auf einschneidende Verluste pathologisiert werden könnte. Außerdem würden die meisten Fachleute in Deutschland als frühestmöglichsten Zeitpunkt für die Diagnose ein ganzes Jahr nach Verlust bevorzugen.

Schon Bowlby (1980/1983) hatte Hinweise darauf, dass „gestörte Trauer“, wie er es nannte, mit ungünstigen Bindungserfahrungen im Kindesalter zusammenhängt. Inzwischen sprechen verschiedene Forschungsergebnisse dafür, dass neben besonders belastenden Risikofaktoren, wie dramatischen Todesumständen, Verwundbarkeiten in der Person der Hinterbliebenen, einer ambivalenten Beziehung zum Verstorbenen oder ungenügendem sozialen Umfeld des Trauernden, auch frühere unsichere Bindungserfahrungen bei komplizierten Trauerverläufen eine Rolle spielen (Mikulincer & Shaver, 2013).

In der Arbeit mit Menschen in problematischen Trauerprozessen habe ich gute Erfahrungen damit gemacht, auch hier zunächst genau zu verstehen, welche Bedeutung der Verlust für die trauernde Person hat.

Frau G. trauert lang anhaltend und intensiv, nachdem ihr Mann sich von ihr getrennt hat. Im Laufe der Arbeit zeigt sich, dass ihr Mann der erste Mensch in ihrem Leben war, bei dem sie sich wirklich sicher gefühlt hat. Sie ist in einem höchst problematischen Elternhaus mit Gewalt und Alkoholmissbrauch aufgewachsen.

In der Psychotherapie mit kompliziert trauernden Menschen wie im oben beschriebenen Beispiel geht es darum, die Bedeutung des Verlorenen in ihrer Verknüpfung mit biografischen Vorerfahrungen zu verstehen und dadurch allmählich neue Handlungsspielräume zu erschließen. Hierbei ist meiner Erfahrung nach viel Geduld gefragt. Häufig können Menschen mit unsicheren Bindungserfahrungen die innere Bindung an die verstorbene Person schlecht in sich bewahren und verfügen

nur selten über ein Glaubenssystem, das ihnen Hoffnung auf ein gutes Weitersein des Verstorbenen nach dem Tod macht. Bei diesen „bindungerschütterten Menschen“ (Gahleitner) ist die sichere Bindung in der Psychotherapie von hoher Bedeutung. Nicht immer ist es mir gelungen, zu anhaltend trauernden Menschen eine belastbare Bindung aufzubauen, sodass ich gelegentlich mit Therapieabbrüchen in diesem Kontext zu tun hatte.

Die Forschung zur sinnvollen Unterstützung von Menschen in anhaltenden Trauerprozessen steht noch am Anfang und konzentriert sich im deutschen Sprachraum vorwiegend auf verhaltenstherapeutische Interventionen (Rosner et al., 2015; Wagner, 2013).

Schlusswort

Das Thema Trauer hat eine hohe Relevanz für viele Beratungs- und Therapieprozesse. „Schätzungen zufolge steht hinter jeder dritten psychischen Störung eine komplizierte Trauerreaktion“ (Znoj, 2012, S. 78). Gemessen daran wird Trauerprozessen gerade in deutschsprachigen Beratungen und Psychotherapien noch viel zu wenig Beachtung geschenkt.

Trauer ist ein lebendiger Prozess, in dem eine Entwicklung hin zu bewusster Lebensgestaltung, zu Dankbarkeit, Verbundenheit und Freude möglich ist, ohne Schmerz und Sehnsucht auszuklammern. In der Arbeit mit Menschen nach Verlusten gilt es, das Leben in der Trauer und die Ressourcen in Person und Beziehung zum Verlorenen freizulegen.

Ich will nicht leugnen, dass die Arbeit mit trauernden Personen schwierig ist, berührt sie doch existenzielle Gegebenheiten, die uns alle betreffen, schon einmal betroffen haben oder jederzeit betreffen können. Dennoch kann es etwas sehr Bereicherndes sein, an der Entwicklung von Menschen teilzuhaben, die ungeahnte Kräfte im Umgang mit ihrem Schicksal entfalten. Ich hoffe, Ihr Interesse für die Arbeit mit trauernden Menschen geweckt zu haben, und wünsche Ihnen dabei eine glückliche Hand.

Literatur

- Backhaus, U. (2017). *Personzentrierte Beratung und Therapie bei Trauer und Verlust*. München: Reinhardt.
- Bowlby, J. (1983). *Verlust – Trauer und Depression*. Frankfurt: Fischer (englisches Original erschienen 1980: Attachment and loss. Vol.3: Loss, Sadness and Depression. New York: Basic Books).
- Bundesverband Trauerbegleitung e.V. (2017). Stellungnahme des Bundesverbandes Trauerbegleitung zur derzeit vorgeschlagenen Diagnosesziffer („Anhaltende Trauerstörung“) für die ICD-11 2018. *Leidfa-den*, 6 (4), 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, 306–313. Verfügbar unter: <https://www.researchgate.net/publication/322230235> [30.1.2019].
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J. C., Timulak, L. & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (6., überarb. Aufl.; S. 495–538). New York: Wiley.
- Freud, S. (1982). *Trauer und Melancholie. Essays* (Reihe: Volk-und-Welt-Spektrum, Bd. 171). Berlin: Volk und Welt (Original erschienen 1917).
- Jerneizig, R., Langenmayr, A. & Schubert, U. (1994). *Leitfaden zur Trauertherapie und Trauerberatung* (2., unveränd. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Erstauf. erschienen 1991).
- Kachler, R. (2010). *Hypnosystemische Trauerbegleitung. Ein Leitfaden für die Praxis* (Reihe: Hypnose und Hypnotherapie). Heidelberg: Carl Auer Systeme.
- Kast, V. (1982). *Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses*. Stuttgart: Kreuz.
- Klass, D., Silverman, P. R. & Nickman, S. L. (Hrsg.). (1996). *Continuing Bonds. New understandings of grief* (Reihe: Series in death education, aging, and health care). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Köster, R. & Schmucker, M. (2016). *IRRT zur Behandlung anhaltender Trauer. Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy in der Praxis* (Reihe: Leben lernen, Bd. 286). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101 (2), 141–149.
- Maercker, A. (2015). *Die neuen Trauma- und Belastungsdiagnosen des ICD-11: Konsequenzen für das Diagnostizieren und Therapieren*. Vortrag bei der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Trauma & Dissoziation (DGTD) „Trauma, Dissoziation und Täterschaft“, 4.9.2015 in Dresden. Verfügbar unter: http://www.dgtd.de/fileadmin/user_upload/issd/tagung_2015/nachlese/dgtd_dresden-2015_workshop_maercker.pdf [30.1.2019].
- 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 (2), 113–120. Verfügbar unter: <https://www.researchgate.net/publication/5608069> [30.1.2019].
- Metz, C. (2002). Personenzentrierte Trauertherapie und Palliative Care. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der personenzentrierten Psychotherapie* (S. 585–607). Wien: Springer.
- Mikulincer, M. & Shaver, P. R. (2013). Attachment insecurities and disordered patterns of grief. In M. Stroebe, H. Schut & J. v. d. Bout (Hrsg.), *Complicated grief. Scientific foundations for health care professionals* (S. 190–203). New York: Routledge.
- Neimeyer, R. A. (1998). *Lessons of loss. A guide to coping*. Memphis, TN: Mercury.
- Neimeyer, R. A. (2012). Chair Work. In R. A. Neimeyer (Hrsg.), *Techniques of grief therapy. Creative practices for counseling the bereaved* (S. 266–273). New York: Routledge.
- Neimeyer, R. A. (2013). *Konstruktivistische Psychotherapie* (Reihe: Therapeutische Skills kompakt, Bd. 2). Paderborn: Junfermann (englisches Original erschienen 2009: Constructivist psychotherapy. London: Routledge).
- Paul, C. (2010). *Schuld – Macht – Sinn. Arbeitsbuch für die Begleitung von Schuldfragen im Trauerprozess*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Paul, C. (2017). *Ich lebe mit meiner Trauer*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Rogers, C. R. (1977b). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (Reihe: Arbeiten zur nicht-direktiven Beratung). München: Kindler.
- Rogers, C. R. (1988). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten* (Reihe: Konzepte der Humanwissenschaften; 4., unveränd. Aufl.). Stuttgart: Klett (englisches Original erschienen 1961a: On becoming a person. Boston: Houghton Mifflin).
- Rosenberg, M. B. (2001). *Gewaltfreie Kommunikation. Eine Sprache des Lebens*. Paderborn: Junfermann (englisches Original erschienen 1999: Nonviolent communication. Del Car, CA: PuddleDancer).
- Rosner, R., Pfoh, G., Rojas, R., Brandstätter, M., Rossi, R., Lumbeck, G., Kotoucová, M., Hagl, M. & Geissner, E. (2015). *Anhaltende Trauerstörung. Manuale für die Einzel- und Gruppentherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Spiegel, Y. (1973). *Der Prozess des Trauerns. Analyse und Beratung*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus (Original erschienen 1972).
- Stroebe, M., Schut, H. & Bout, J. v. d. (2013). *Complicated grief. Scientific foundations for health care professionals*. New York: Routledge.
- Stumm, G. (2011). Der Personenzentrierte Ansatz aus einer existenziellen Perspektive. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 42(3), 145–155. Verfügbar unter: <http://www.gerhardstumm.at/Stumm%20Existenzielle%20Aspekte%20PZA%202011.pdf> [30.1.2019].
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*. Köln: GwG-Verlag.
- Tausch, A.-M. (1981). *Gespräche gegen die Angst. Krankheit – ein Weg zum Leben*. Reinbek: Rowohlt.
- Tausch, A.-M. & Tausch, R. (1985). *Sanftes Sterben. Was der Tod für das Leben bedeutet*. Reinbek: Rowohlt.
- Tausch, D. (2010). *Sterbenden nahe sein: Hilfreich begleiten*. Bielefeld: Kamphausen.
- Tausch, R. & Tausch, A.-M. (1990). *Gesprächspsychotherapie. Hilfreiche Gruppen- und Einzelgespräche in Psychotherapie und alltäglichem Leben* (9., erg. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Wagner, B. (2013). *Komplizierte Trauer. Grundlagen, Diagnostik und Therapie*. Berlin: Springer.
- Worden, W. J. (1986). *Beratung und Therapie in Trauerfällen* (Reihe: Huber-Psychologie-Praxis). Bern: Huber (englisches Original erschienen 1982: Grief counselling and grief therapy. New York: Springer).
- 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).
- Znoj, H. (2012). *Trauer und Trauerbewältigung. Psychologische Konzepte im Wandel*. Stuttgart: Kohlhammer.

Das personzentrierte Verständnis von Psychotrauma

Zur Integration psychotraumatologischer Erkenntnisse in das Personzentrierte Konzept

Sylvia Keil

Wien

Dieser Artikel beschäftigt sich mit der Frage, wie psychotraumatologische Erkenntnisse in das Personzentrierte Therapiekonzept integriert werden können. Es wird vorgeschlagen, traumatische und posttraumatische Erfahrungen nicht als Inkongruenz, sondern als extrem strukturgebundene somato-psychische Symptome zu begreifen, die erst in der Folge organismisch erlebt werden können. In diesem Zusammenhang wird die These vertreten, dass Traumabewältigung nicht etwa bedeutet, traumatische Erfahrungen ins Selbstkonzept aufzunehmen. Die Reorganisation der Selbststruktur bzw. die Verringerung der Inkongruenz geschieht vielmehr durch die bessere Bewältigung der posttraumatischen Folgestörungen mithilfe der vorhandenen Selbststruktur. Menschen mit Entwicklungs-trauma haben in der therapeutischen Beziehung die Chance, überhaupt erst adäquate Selbststrukturen aufzubauen. Es werden die therapietheoretischen Implikationen als Konsequenz dieser Persönlichkeitstheoretischen Positionen diskutiert.

Schlüsselwörter: Psychotrauma, traumatischer Stress, Reorganisation der Selbststruktur, strukturgebundenes Erleben, Personzentrierte Trauma-Psychotherapie

A Person-centered Understanding of Psychotrauma — a concept for integrating psychotraumatological knowledge into person-centered approach. This article deals with the question of how psychotraumatological findings can be integrated into the person-centered therapy concept. It is suggested that traumatic experiences should not be understood as incongruence, but as extreme structure-bound somato-psychic symptoms, which can only be organismically experienced afterwards. This also supports the hypothesis that successful overcoming of traumatic stress does not about mean to integrate traumatic experiences into concept of self. The re-organization of self-structure resp. reducing incongruence is related to better coping with symptoms of post-traumatic stress diseases with the help of existing self-structure. Patients suffering from complex post-traumatic stress disorder have the chance to develop new self-structures in the therapeutic relationship in the first place. Therapy-theoretical implications as consequences of these personality theoretical assumptions will be presented and discussed.

Keywords: psycho-trauma, traumatic stress, re-organization of self-structure, structure-bound experience, Person-centered Trauma Psychotherapy

Die ICD-10, F43.1, definiert ein Psychotrauma als „ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“. Im Lehrbuch der Psychotraumatologie beschreiben es Fischer und Riedesser (1998) differenzierter. Ein Psychotrauma sei demnach „ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und

schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (ebd., S. 79).

Diese allgemein anerkannte Definition fokussiert auf das Erleben in der akuten traumatischen Situation und auf die dauerhaften Traumafolgen, die nicht nur in Form der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) auftreten, sondern auch mit anderen psychischen und somatischen Störungen einhergehen können. Angst- und Panikstörungen, Affektive Störungen, Essstörungen, Substanzabhängigkeit, des Weiteren auch sämtliche Persönlichkeitsstörungen und eine Reihe von körperlichen Krankheiten werden inzwischen als trauma-assoziierte Störungen anerkannt (zur Differenzialdiagnostik vgl. Flatten et al., 2004; Maercker, 2013; Sachsse, 2004, Hecker & Maercker, 2015).

Sylvia Keil, MSc. Psychotherapeutin in freier Praxis, Ausbilderin und Lehrtherapeutin der ÖGWG
Kontakt: 1080 Wien, Albertgasse 39/6. sylvia@keil.or.at

Dieses zunehmende Verständnis der Trauma-Genese vieler somato-psychischer Störungen verlangt ein Umdenken, nicht nur in der (Personzentrierten) Psychotherapie, sondern auch in sämtlichen Bereichen des Gesundheits- und Sozialsystems. Kolk und McFarlane (2000) beziehen sich auf dieses revolutionäre Potenzial, wenn sie schreiben: „Die Diagnose PTBS hat die Auffassung wieder eingeführt, daß viele ‚neurotische‘ Symptome nicht das Ergebnis einiger mysteriösen, beinahe unerklärlicher, genetisch fundierter Irrationalitäten sind, sondern der Unfähigkeit des Menschen, reale Erfahrungen bewältigen zu können, die ihre Bewältigungsmöglichkeiten übersteigen“ (ebd., S. 28).

Traumakompetenz ist daher in jeder Psychotherapie gefragt. Psychosoziale Belastungen oder Traumata kommen im Vorfeld vieler, wenn auch nicht aller psychischer Störungen vor und sollten dann auch Bestandteil der Therapie sein. Es ist also damit zu rechnen, dass Patienten und Patientinnen, gleichgültig mit welchen Anlassdiagnosen die Therapie begonnen wurde, mehr oder weniger bewusst – auch – an einer Traumafolgestörung leiden könnten. Dies stellt eine psychotherapeutisch-diagnostische Herausforderung dar, denn abhängig von

- Intensität, Qualität, Dauer und Häufigkeit der traumatischen Erfahrungen,
- der individuellen Reaktion darauf und dem Alter der Betroffenen in der Akutsituation,
- den mehr oder weniger sequenziell traumatisierenden sozialen Rahmenbedingungen und
- den (entwickelten oder noch nicht entwickelten) Selbststrukturen sowie den individuellen Ressourcen

kann der Schweregrad und die qualitative Ausprägung der Traumafolgesymptome erheblich differieren bzw. deren Erkennen erschwert werden.

Dieser Artikel beschäftigt sich mit der Frage, wie psychotraumatologische Erkenntnisse, die im Wesentlichen als bekannt vorausgesetzt werden (zur Einführung vgl. Herman, 2003; Rothschild, 2002; Sachsse, 2004; Reddemann, 2001; Hart, Nijenhuis & Steele, 2008; Sack, 2013), in das Personzentrierte Therapiekonzept integriert werden können.

Probleme bei der Integration psychotraumatologischen Wissens und meine Thesen

Personzentrierte Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen arbeiten seit jeher mit Menschen, die an schweren psychischen Störungen leiden. Sie lassen sich intensiv, d. h. sehr einfühlsam und geduldig auf die oft sehr schwierigen Beziehungsangebote ein. Störungsspezifisches Wissen wird dabei als hilfreich betrachtet, um in solchen Therapieprozessen die personzentrierte Haltung zu realisieren (Binder & Binder,

1991, 1994). Die Berücksichtigung von kompatiblen „fremden Theorien“ gehört ebenfalls zum State of the Art, wie z. B. die Integration der Bindungstheorie, der Ergebnisse der Säuglingsforschung, der neurowissenschaftlichen Theorien (z. B. Spiegelneurone) oder der Systemtheorie. Diese Theorien bestätigen das Personzentrierte Konzept in hohem Maße und erhöhen durch diese Untermauerung die therapeutische Sicherheit. Dies gilt auch für die Psychotraumatologie. Biermann-Ratjen (2003, S. 133) meint, dass in den traumatherapeutischen „Überlegungen über eine angemessene Behandlung traumatisierter Menschen die wesentlichen Aussagen des Klientenzentrierten Konzepts [...] eine Renaissance erleben“.

Dennoch erfahren Personzentrierte Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen bei der Integration von psychotraumatologischen Wissensbeständen eine fachliche Verunsicherung. Diese geht nicht nur vom aktuellen Trauma-Hype aus, wird aber von diesem verstärkt. Die Frage „Machen Sie auch Traumatherapie?“ wird inzwischen immer häufiger von Patienten und Patientinnen gestellt und lässt sich oft gar nicht leicht mit personzentrierter Haltung beantworten, d. h., ohne dabei unter Rechtfertigungsdruck zu kommen (vgl. Rechenmacher, 2018).

Diese Verunsicherung der personzentrierten Identität in der Praxis hängt zum Teil damit zusammen, dass psychotraumatologische Wissensbestände noch zu wenig mit dem Personzentrierten Konzept in Verbindung gebracht wurden. Auch wenn viele der Kollegen und Kolleginnen inzwischen eine schulübergreifende Fort- und Weiterbildung in Traumatherapie absolviert haben, bleiben sie mit dieser Integrationsaufgabe alleine. Fachliche Fragen treten vor allem auf bzgl.

- der Kompatibilität einer personzentrierten Beziehungsgestaltung mit traumatherapeutischen Techniken, die oftmals zu direktiv erscheinen, und
- dem Risiko einer möglichen Retraumatisierung durch personzentriertes Arbeiten, in dem es generell wichtig ist, ‚zum Erleben und zum Spüren zu kommen‘.

Bisherige Publikationen (z. B. Biermann-Ratjen, 2003; GWG-Akademie, 2007; Barth, 2009; Biermann-Ratjen & Eckert, 2015a, 2015b; Gahleitner, 2018) beziehen sich noch wenig auf diese Schwierigkeiten der Integration traumaspezifischen Wissens in die personzentrierte therapeutische Praxis. Die Beiträge scheinen eher von der Motivation bestimmt zu sein zu demonstrieren, dass Personzentrierte Therapie für traumatisierte Personen geeignet ist. Sie beschreiben, wie Personzentrierte Therapie mit schwer traumatisierten Personen durchgeführt wird. Daher findet sich dort eine beeindruckende Fülle von wertvollen, praktischen Hinweisen für die Arbeit mit traumatisierten Personen.

Mit Ausnahme von Barth (2009) habe ich beim Lesen der meisten Publikationen den Eindruck, dass neben dem personzentrierten Beziehungsangebot die schonende Aufarbeitung der traumatischen Erfahrung ein zentrales Element

Personenzentrierter Traumapsychotherapie ist und die Integration der traumatischen Erfahrung ins Selbstkonzept also das Ziel einer Personenzentrierten Therapie. Hinsichtlich der konzeptuellen Integration psychotraumatologischer Erkenntnisse in das Personenzentrierte Konzept gehen alle Autorinnen und Autoren im Wesentlichen von derselben Argumentationslinie aus, die Biermann-Ratjen schon 2003 pointiert formuliert.

Wir gehen bei allen Klienten von einer traumatogenen Pathologie insofern aus, als wir annehmen, dass sie auf dem Grunde ihrer Symptomatik [sic] an Inkongruenz leiden, mit Erfahrungen zu tun haben, die sie als bedrohlich erleben, die sie nicht in ihr Selbstkonzept integrieren können bzw. die ihr Selbstkonzept bedrohen. (ebd., S. 134)

„Bedrohliche Erfahrungen“ im Kontext von Psychotrauma sei vor allem die „schreckliche und unerträgliche Erfahrung der Ohnmacht und Hilflosigkeit“ (ebd.). Diese Ohnmachtsgefühle könnten ihrer Meinung nach im Rahmen einer Personenzentrierten Psychotherapie ins Selbstkonzept integriert werden. In der folgenden Beschreibung finde ich meine therapeutischen Schwierigkeiten mit solchen Therapieprozessen nur wenig abgebildet.

Es geht in der gesprächspsychotherapeutischen Behandlung von Psychotrauma letztlich darum, diese Erfahrungen der Ohnmacht und Hilflosigkeit im Erleben des Patienten aufzuspüren, um mit dem Patienten zusammen zu verstehen, dass sie der Erfahrung einer Situation entsprechen und nicht ihrer Person, dass sie sich für diese Erfahrung weder rechtfertigen noch gar entschuldigen müssen. Das einzig Positive am Wiederauftauchen dieser schrecklichen und unerträglichen Erfahrung von Ohnmacht und Hilflosigkeit ist, dass auch mit ihr die Möglichkeit verbunden ist, von einem anderen Menschen positiv beachtet zu werden. (ebd.)

In der Traumatheorie und dem Behandlungskonzept der Gesprächspsychotherapie beschreiben Biermann-Ratjen und Eckert (2015a, 2015b) die therapeutischen Probleme bereits viel dramatischer. Sie differenzieren die Möglichkeit der Integration traumatischer Erfahrungen bei unterschiedlichen Traumaformen. Nach einer akuten Traumatisierung und bei der posttraumatischen Belastungsstörung scheinen sie die Ansicht jedoch aufrecht zu halten, dass durch Selbstexploration traumatische Erfahrungen ins Selbstkonzept integriert werden können.

Eine weitere ganz wichtige und eine gemeinsame Aufgabe für Therapeut und Klient besteht darin, den Gefühlen nachzugehen, sie zu verstehen und anzunehmen, die mit selbstschädigendem Verhalten einhergehen. Das führt in der Regel auf die Spur von früheren Traumatisierungen, von Erlebnissen, die an frühere traumatische Erfahrungen und die Selbsterfahrungen in ihnen erinnert haben, die nicht in das Selbstbild und daher oft auch nicht in das bewusste Erleben integriert werden können. Die Selbstexploration in diesen Erlebnissen ruft oft auch die Selbstwahrnehmung als beschädigt, verrückt oder böse ins Bewusstsein und damit die Spaltungen auch im Selbsterleben, die unüberbrückbar sein können, als müsste der eine Teil der Person den anderen auslöschen. Eine Selbsterfahrung, in der sich eine Person verstehen und annehmen kann, führt nicht zu einer Reparatur

in einem beschädigten Selbstkonzept, sondern bedeutet eine neue Entwicklung, aus deren Erleben Kraft geschöpft wird. (Biermann-Ratjen & Eckert, 2015a, S. 692)

Bei komplex traumatisierten Personen sei das Selbstkonzept jedoch so instabil und zerbrechlich, dass die Integration von traumatischer Erfahrung ins Selbstkonzept therapeutisch nicht mehr angestrebt werden sollte. Sie betonen,

dass es dann, wenn sich die Posttraumatische Belastungsstörung zu einer Persönlichkeitsstörung entwickelt hat, nicht mehr vorrangig um die Integration des einzelnen Traumas in das Selbstbild gehen kann. Vielmehr geht es dann darum, den Erfahrungskontext, das Welt- und Selbstbild der Person, mit dem sie dem Leben begegnet, so zu erweitern, dass überhaupt emotionsgetragene Erinnerungen möglich werden. (ebd., S. 694)

Diese Auffassung entspricht eher meiner therapeutischen Erfahrung, nicht nur mit den komplex traumatisierten Patienten und Patientinnen, sondern mit allen traumatisch belasteten.

Meine Kritik an den vorliegenden Traumakzepten setzt an der Behauptung an, dass das zentrale Problem bei einer akuten Traumatisierung die Inkongruenz sei. Eine solche Einstellung verharmlost das traumatische Geschehen. Auch Biermann-Ratjen und Eckert (2015a) weisen darauf hin, dass „ein Trauma eine Erschütterung des gesunden Prozesses der Verarbeitung von Erfahrung“ (ebd., S. 143) ist. Eine Inkongruenz kann auch schon durch nichttraumatische Ereignisse ausgelöst werden und gehört daher zum gesunden Prozess der Verarbeitung. Die Inkongruenz aufgrund einer traumatischen Erfahrung ist nicht das Problem, sondern die Lösung! Sie ist ein salutogenetischer Faktor, weil Menschen in der traumatischen Erfahrung dadurch ihr Selbstkonzept schützen. Ich werde also in diesem Beitrag folgende Thesen vertreten:

1. Eine traumatische „Erfahrung“ ist keine „normale“ organismische Erfahrung, die ins Selbstkonzept integriert werden sollte. Sie entspricht einem extrem strukturgebundenen somato-psychischen Syndrom im Sinn von Gendlin (1964). Die normale körperliche Notfallsreaktion auf unfassbare Ereignisse katastrophalen Ausmaßes, wenn weder Flucht noch Abwehr möglich ist, hat außerdem bleibende körperliche (neurophysiologische) Symptome zur Folge, die zu einer Verschlimmerung der Symptomatik führen, wenn die Betroffenen diese Traumafolge-Symptomatik innerlich nicht kontinuierlich und adäquat betreuen können.
2. Personenzentrierte Psychotherapie mit traumatisierten Personen hat sich primär auf die aktive Unterstützung bei der Bewältigung der Traumafolge-Störung zu konzentrieren. Ziel einer Personenzentrierten Psychotherapie mit traumatisierten Personen ist nicht die Integration traumatischer Erfahrungen ins Selbstkonzept, sondern die Weiterentwicklung oder der Aufbau einer Selbststruktur, die dabei hilft, die Selbstachtung trotz der traumatischen Ereignisse aufrecht zu

erhalten und vor allem im Umgang mit sich selbst die komplexe Dauerbelastung durch die Trauma-Folgen traumaspezifisch und stressregulierend betreuen zu können.

Persönlichkeitstheoretische Implikation: Psychotrauma und Inkongruenz

Die Annahme, eine traumatische Situation bedeute das Erleben akuter Inkongruenz (Biermann-Ratjen & Eckert, 2015b), verlangt die Klärung des Begriffs Inkongruenz. Wie ich an anderer Stelle (Keil, S., 2009a, 2009b, 2011) ausgeführt habe, gibt es aber erhebliche Unklarheiten in der Fachliteratur bezüglich des Verständnisses der Inkongruenz. Es gibt einen fundamentalen Unterschied in der Vorstellung von Rogers (1959a/2009) und Biermann-Ratjen (2006), wie sich das Selbstkonzept in der Kindheit und damit auch die potenzielle Inkongruenz entwickelt. Andere wichtige Autoren vermeiden den Inkongruenzbegriff, z. B. Gendlin (1964, 1998), dessen Konzept des strukturgebundenen Erlebens nicht unbedingt der Inkongruenz bei Rogers gleicht, oder Greenberg (2002/2011), der stattdessen das Konzept maladaptiver Muster einführt. Das empathische Verstehen des inneren Bezugsrahmens, dessen Wichtigkeit für die Therapie niemand anzweifelt, wird aber maßgeblich vom jeweiligen Inkongruenzmodell bzw. von äquivalenten Modellen bestimmt.

Auf Basis einer qualitativen Einzelfallstudie habe ich ein Modell vorgestellt, mit dessen Hilfe die Inkongruenzdynamik im Rahmen der therapeutischen Beziehung erkannt und zur Orientierung im therapeutischen Prozess genutzt werden kann (Keil, S., 2014). Die Inkongruenz eines Patienten oder einer Patientin lässt sich aus vier Perspektiven beschreiben, wobei für das personenzentrierte Traumaverständnis vor allem die Dynamik wichtig ist, die von somato-psychischen Symptomen¹ ausgeht.

1. Der Organismus, der in seiner Gesamtheit innerlich und äußerlich wahrnimmt bzw. reagiert.
2. Das organismische Erleben, dessen sich ein menschlicher Organismus potenziell bewusst werden kann. Der organismische Erlebensfluss reagiert kontinuierlich auf innere und äußere Reize, wobei grundsätzlich drei Stränge auseinanderzuhalten sind:
 - die körperliche Wahrnehmung, etwa von einem Druck oder Schmerz,
 - mit welchem bedeutungsvollen Erleben/Experiencing diese Wahrnehmung einhergeht und die dann auch ein Carrying Forward enthält, sowie

- Stress-Erleben, das mit (zu) hoher Anspannung (hypo- oder hyperarousal) einhergeht, strukturgebunden ist und kein Carrying Forward enthält.
3. Das Selbstkonzept („bestehend“ aus Selbstdefinitionen und typischen Handlungsmustern), an dem sich Menschen beim Handeln orientieren, d. h. sich psychisch stabilisieren, ihre Selbstwertschätzung aufrechterhalten und aktuelles organismisches Erleben regulieren und symbolisieren können.
 4. Körperliche und psychische Symptome/Krankheiten des Organismus, die durch Inkongruenz und/oder andere Ursachen bedingt sein können. Je nach Ausprägung der Symptome werden diese (mit unterschiedlich hoher Intensität) auch organismisch erlebt oder gar nicht gespürt, z. B. akuter Zahnschmerz versus noch nicht erkannte Diabetes. Die Grenze zwischen organismischem Erleben, strukturgebundenem Erleben und psychischen Symptomen ist oft nicht eindeutig, aber dennoch festzustellen, z. B. die Unterschiede zwischen Panikattacke (Symptom), Ängstlichkeit (strukturgebundenem Erleben) und Furcht (aktuelles organismisches Erleben).

Von diesem Inkongruenzverständnis ausgehend wird in diesem Kapitel erörtert, wie posttraumatische Symptome im Rahmen der personenzentrierten Persönlichkeitstheorie begriffen werden können.

Erfahrung ist noch keine Selbsterfahrung

Das personenzentrierte Modell ist ein Erfahrungskonzept, a way of being with. Es sagt aus, wie mit eigenen und fremden Erfahrungen umgegangen werden soll, damit eine optimale menschliche Entwicklung stattfinden kann. Es gibt in dieser Theorie einige *Konstrukte*, die das Phänomen menschlicher Entwicklung, Veränderung und Anpassung erklären.

Hier handelt es sich einerseits um den lebendigen *Organismus*, der als Prozess zu begreifen ist. Die Erhaltung des Organismus geht mit Wachstumsprozessen einher, die im Personenzentrierten Konzept mit dem Axiom der *Aktualisierungstendenz* erklärt werden. *Erfahrungen* werden von einem Organismus subjektiv danach bewertet, ob sie für die Erhaltung und Weiterentwicklung förderlich sind oder nicht. Andererseits bilden Menschen als „unheilbar soziale Wesen“ in der Kindheit unter *kongruenten, empathisch-wertschätzenden* Beziehungen und Bindungen ein *Selbstkonzept* aus.

Hier ist zu beachten, dass Kinder ständig Erfahrungen machen, aber nur solche Erfahrungen, die von ihren Bezugspersonen kongruent und empathisch wertschätzend verstanden werden, können sie als *Selbsterfahrung* erleben. Biermann-Ratjen, Eckert und Schwartz (1995, S. 93f.) betonen eindrücklich: „Wenn solche Erfahrungen nicht gemacht werden, entstehen zunächst nicht etwa negative Selbsterfahrungen, aus denen dann

1 In Rogers' Persönlichkeitstheorie kommt der Begriff „Symptom“ nicht vor. Die Definition der psychischen Fehlanpassung (Rogers, 1959a/2009, S. 36) deckt m. E. die Phänomene nicht ab, die als körperliche oder psychische Symptome bezeichnet werden. Ich habe daher vorgeschlagen, diesen Begriff in die Theorie zu integrieren.

etwa ein negatives Selbstbild entstehen könnte. Es findet überhaupt keine Weiterentwicklung statt.“

Denn nur solche Erfahrungen, die im Rahmen einer kongruenten, empathisch wertschätzenden Beziehung erfahren wurden, kann ein Kind mit sich selbst in Verbindung bringen, und nur aus solchen Kern-Selbsterfahrungen kreiert es in weiterer Folge das Selbstkonzept.

Im Hinblick auf die Fragestellung dieses Artikels ist diese Unterscheidung zwischen *Erfahrung* und *Selbsterfahrung* sehr wichtig. Menschen machen sowohl unbewusst als auch bewusst vielerlei unterschiedliche Erfahrungen, aber nicht alle wurden empathisch verstanden. Es ist anzunehmen, dass bei einer normalen Entwicklung nur ein Bruchteil der Erfahrungen eines Säuglings und Kleinkindes empathisch-wertschätzend verstanden wird. In extrem traumatisierenden Milieus werden aber kaum Situationen auftreten, in denen sich das Kind in seinen Erfahrungen angenommen fühlt. Auch deshalb, weil Babys, die in ihren affektiven Kommunikationsäußerungen nicht feinfühlig beantwortet werden, ihre Affekte einstellen. Es wird dann auch für Außenstehende schwer, diesen Kindern empathisch zu begegnen. Aus personenzentrierter Perspektive handelt es sich also auch dann um eine schwere Traumatisierung, wenn ein Kind im Alter der Selbstentstehung nicht empathisch verstanden wurde. Es muss nicht misshandelt oder körperlich vernachlässigt worden sein, um von einer Traumatisierung auszugehen. Die Kontaktlosigkeit allein genügt und wird auch als Ursache der psychischen Störung bei körperlicher Gewalt oft übersehen, weil diese eben auch nur unter solchen kontaktlosen Beziehungsbedingungen möglich ist.

Diese Angewiesenheit auf eine empathisch wertschätzende Aufnahme in den ersten Lebensjahren hat fatale Konsequenzen für die Entstehung eines Selbstkonzepts. Je mehr Selbsterfahrungen zur Verfügung stehen, umso komplexer kann das Selbst konzipiert werden, und umso mehr organismische Erfahrungen können auch damit bewältigt werden. Der umgekehrte Fall: Je weniger Selbsterfahrungen zum Aufbau der Selbststruktur gemacht wurden, umso ängstlicher wird das Selbstkonzept verteidigt und umso weniger aktuelle Erfahrungen sind mit dieser Struktur zu regulieren.

Denn mithilfe der *Selbststruktur* werden die laufenden Erfahrungen danach bewertet, ob man sich selbst wertschätzen kann und wie die Beziehungen zu anderen gestaltet werden sollen, damit die lebenslang notwendige und überlebenswichtige *positive Beachtung* durch andere gewährleistet wird. Orientiert an ihrem Selbstkonzept versuchen Menschen, aktuelle organismische Empfindungen zu manipulieren, zu regulieren, zu steuern oder zu beruhigen. Es muss berücksichtigt werden, dass sämtliche Erfahrungen des Organismus (chronischen) pathogenen Stress auslösen, wenn er sie nicht mit seinem Selbstkonzept bewältigen kann.

Die Entstehung des *Selbstkonzepts* kann, neben vielen anderen organismischen Prozessen,² als eine unmittelbare Folge und Ausformung der menschlichen *Aktualisierungstendenz* verstanden werden. Da das Selbstkonzept vom Moment der Konstitution an eine wichtige stabilisierende Funktion erfüllt, wird das Bestreben, das Selbstkonzept zu verteidigen und weiterzuentwickeln, mit der *Selbstaktualisierungstendenz* erklärt.

Der menschliche Organismus bewertet Erfahrungen nun zweidimensional. Einerseits werden Erfahrungen danach bewertet, was für den Organismus als Ganzes gut ist, andererseits soll die Selbststruktur, die das Kind aufgrund einer Fülle von Selbsterfahrungen konstruiert hat, aufrechterhalten werden. Erfahrungen, die diese Selbststruktur gefährden, werden daher auch *organismisch* negativ bewertet, obwohl sie womöglich – von außen betrachtet – förderlich wären. Um sich selbst steuern zu können, bewerten Menschen aktuelle organismische Erfahrungen aufgrund von Bewertungsbedingungen, die sie von ihrem Selbstkonzept ableiten.

Unter unbedingt positiv-wertschätzenden Beziehungsbedingungen entwickeln Menschen im Zuge dieser dialektischen Auseinandersetzung ihr Selbstkonzept kontinuierlich weiter. Menschen finden oftmals trotz widriger Umweltbedingungen Möglichkeiten, wie sie das Selbst aktualisieren und gleichzeitig das Bedürfnis nach positiver Beachtung und Selbstwertschätzung erfüllen. Sie fühlen sich mit sich übereinstimmend, kongruent und stabil.

Unter negativen (nur bedingt wertschätzenden) Beziehungsbedingungen kommen sich – allerdings wiederum nur von einer äußeren Warte aus beurteilt – Aktualisierungstendenz und Selbstaktualisierungstendenz in die Quere. Menschen können sich ihre aktuellen organismischen Erfahrungen nicht mehr bewusst machen, ohne gleichzeitig ihre Selbstachtung zu gefährden bzw. den sozialen Ausschluss zu riskieren. In der Sprache des Personenzentrierten Konzepts formuliert kommt es zu einer *Inkongruenz* zwischen aktuellen organismischen Erfahrungen und selbstkonzeptgeleiteten Impulsen (Gefühle, Gedanken, Handlungen). Diese salutogenetische Inkongruenz sichert in bedrohlichen Situationen die Selbstachtung und stellt eine Möglichkeit dar, das Selbst, das man sein möchte, auch unter schwierigen Bedingungen zu aktualisieren.

Krankheitswertige *Inkongruenz* wird zunächst als ängstlicher Spannungszustand erlebt. Das *Selbstkonzept*, das sonst zur Stabilisierung herangezogen werden kann, funktioniert nicht mehr zufriedenstellend. Abhängig von der Intensität

2 Es handelt sich um zweifellos wichtige Prozesse, die aber vom personenzentrierten Erfahrungskonzept nicht erfasst werden: Körperwachstum, Entwicklung des Gehirns, des Gedächtnisses oder auch alle Fähigkeiten, die gelernt werden, wie z. B. Laufen, Schreiben, Schwimmen. Auch die Ausbildung von Symptomen kann als organismischer Prozess begriffen werden.

der organismischen Erfahrung und der Dauer des Spannungszustandes reagiert der Organismus mit Symptomen, und/oder es kommt zu einem psychischen Ausnahmezustand, wie er in der akuten Belastungsreaktion (ICD-10, F43.0) beschrieben wird, die ja ebenfalls mit heftigen vegetativen Symptomen einhergeht.

Aus personenzentrierter Perspektive ist psychische Gesundheit also dadurch gekennzeichnet, dass Menschen in der Lage sind, ihre aktuellen Erfahrungen so zu bewältigen, dass die Stabilität und Selbstachtung aufrechterhalten werden kann. Diese Bewältigung von aktuellen Erfahrungen geschieht in unterschiedlicher Form. Erfahrungen können entweder gar nicht bewusst gemacht werden oder sie werden verzerrt symbolisiert. Erfahrungen, die mit dem Selbstkonzept übereinstimmen, werden meist korrekt symbolisiert. Es gibt aber auch diese Fälle, wo organismische Erfahrungen symbolisiert, d. h. bewusst gemacht werden können und dennoch nicht als Selbsterfahrung akzeptiert werden. ‚Ich sehe mich im Spiegel als fette Frau und sage mir, das bin nicht ich!‘ Oder ich weiß zwar, dass ich alt bin, aber meine Selbstdefinition lautet ‚Ich fühle mich jung, und das bin ich!‘

Dieses Phänomen muss nun auch in der Traumabewältigung beachtet werden. Selbst wenn es möglich ist, die fragmentierte Erinnerung an eine traumatische Erfahrung vollständig zu rekonstruieren,³ bedeutet dieses Bewusstwerden allein noch nicht, dass es auch gut wäre, diese bewusst gemachte Erfahrung als Selbsterfahrung oder gar als Selbstbild ins Selbstkonzept zu integrieren. Es macht einen Unterschied, ob ich mich z. B. wieder daran erinnern kann, wie ich vergewaltigt worden bin, oder ob ich diese Tatsache in mein Selbstkonzept integriere und mir sage, „Ich bin eine vergewaltigte Frau“. Entscheidend für eine solche Integration ins Selbstkonzept ist, ob eine solche Selbstdefinition helfen kann, aktuellen Stress zu bewältigen, die Emotionen und das Handeln so zu steuern, dass die Selbstachtung gewährleistet wird.

Personenzentrierte Therapeuten und Therapeutinnen haben es gelernt und geübt, in der Arbeit kontinuierlich auf ihr eigenes organismisches Erleben zu achten. Sie haben die überwältigenden Veränderungen in sich gespürt, was es bedeutet, eigene organismische Empfindungen zu verstehen, ihnen zu vertrauen. Sie haben auch in der therapeutischen Beziehung diese glücklichen Momente begleitet, wenn Menschen von ihren organismischen Empfindungen her zu sprechen beginnen.

Wohl aufgrund dieser beeindruckenden Erfahrungen wird in der personenzentrierten Praxis – und ich nehme mich selbst

nicht aus – die kongruente Symbolisierung von aktuellem Erleben favorisiert. Kongruenz ist die ‚heilige Kuh‘ des Ansatzes. Der blinde Fleck ergibt sich aus demselben Grund. Es wird übersehen, wie viele gute und gelingende Bewältigungsmöglichkeiten im Alltag darin bestehen,

- dass aktuelles Erleben nicht oder nur verzerrt symbolisiert wird,
- dass Erfahrungen bewusst abgelehnt, vermieden und bekämpft werden,
- dass unangenehme Situationen mit (dissoziativen) Fantasievorstellungen überbrückt werden und
- dass auch psychische und/oder körperliche Symptombildung, ja sogar die Destabilisierung

gültige und taugliche Bewältigungsformen eines Organismus darstellen, der seine psychische Stabilität und Selbstachtung zum Überleben braucht. Das gilt für Personenzentrierte Therapeuten und Therapeutinnen genauso wie für andere Menschen. Menschen, welche die Voraussetzungen hatten, ein stabiles und flexibles Selbstkonzept zu kreieren, bewältigen Lebensereignisse mit ihren selbstkonzeptorientierten Strategien. Nur wenn dies nicht klappt, sind sie in der Lage zu reflektieren und bereit – eventuell unterstützt durch eine therapeutische Beziehung –, aktuelles Erleben zu symbolisieren.

Die Symbolisierung von Erfahrungen ist also nur *eine* Form der Bewältigung, auch die Abwehr von Erfahrungen kann helfen, die Selbstachtung aufrechtzuerhalten. Dieses evidente Faktum ist gerade für das Verstehen von traumatisierten Personen wichtig, die nicht nur ‚normale Lebensereignisse‘ zu bewältigen haben.

Traumatische Belastung als extrem strukturgebundenes Erleben

Die Neusymbolisierung von bzw. der Umgang mit aktuellem organismischem Erleben ist auch für Menschen mit stabiler Selbststruktur nicht leicht. Wer in sich hinein spürt, muss differenzieren, ob es sich bei der Empfindung um einen Felt Sense handelt, der symbolisiert werden kann, oder um ein strukturgebundenes Erleben, das kein Carrying Forward enthält. Strukturgebundene organismische Erlebensformen, etwa eine Leere oder Lustlosigkeit, lassen sich auch mit therapeutischer Begleitung oft lange nicht verstehen. Die Bedeutung, den Sinn dieser Empfindungen zu begreifen, ist aber eine Voraussetzung für einen guten Umgang damit.

Im Kontext posttraumatischer Belastung ist deren Intensität das Problem und nicht die mangelnde Symbolisierung. Die Panik, z. B. bei einem Flashback, muss gar nicht symbolisiert werden, denn sie ist verständlich. Die Schwierigkeit liegt nicht in der mangelnden Symbolisierung, sondern in der Frage, ob die Panik zu beruhigen bzw. zu ertragen ist. Nur wenn intensiv

3 Natürlich ist eine wichtige Verarbeitung gelungen, wenn eine traumatische Erfahrung vollständig wieder erinnert werden kann und die Erinnerung an Empfindungen, Gedanken, Bilder und Verhalten nicht mehr als zu belastend erlebt werden (vgl. das SIBAM-Modell von Levine, 1998).

belastende Empfindungen (auch Flashbacks) unverständlich sind, wäre Selbstexploration sinnvoll, dazu braucht es aber Freiraum und eine nur mittlere Intensität des Erlebens.

Wie aus den eingangs erwähnten Traumadefinitionen hervorgeht, kann nicht eindeutig gesagt werden, welche konkreten Ereignisse zu einer Traumatisierung führen oder nicht. Hängt es doch immer davon ab, wie jemand subjektiv in der Situation reagiert. Das Personenzentrierte Konzept zeigt auf, wie vulnerabel Menschen generell sind, auch solche, die ein stabiles und flexibles Selbst entwickeln konnten. Schon normale Lebensereignisse, wie der Tod eines geliebten Menschen, ein Unfall oder ein beschamendes Scheitern und die damit verbundenen organismischen Erfahrungen, können zu einer psychischen Destabilisierung führen, wenn diese Erfahrung nicht mit dem eigenen Selbstkonzept zu vereinbaren ist.

Solche psychischen Krisen können grundsätzlich dadurch bewältigt werden, dass das Selbstkonzept erweitert wird und neue Copingstrategien entwickelt werden. Aus solchen Erfahrungen gehen Menschen oftmals sogar gestärkt hervor und beurteilen sie dann im Nachhinein als biografische Chance.

Wenn das Wort „Trauma“ eigentlich „Wunde“ bedeutet, ist dennoch das Ausmaß der Verletzung entscheidend. Es gibt unterschiedliche körperliche Wunden. Manche, selbst wenn sie zunächst gravierend und lebensbedrohlich sind, können zur Gänze verheilen. Andere Wunden heilen nicht. Sie führen zu einer lebenslangen Behinderung, die kontinuierliche spezifische Betreuung braucht.

Wird diese Metapher auf den Begriff Psychotrauma angewendet, sind als traumatische Erfahrungen nur solche zu bezeichnen, die einer unheilbaren körperlichen Wunde entsprechen. Dies ist wichtig, um den Traumabegriff nicht inflationär zu verwenden. Damit würden die schweren (post)traumatischen Belastungen verharmlost. Die Grenzen zwischen grundsätzlich bewältigbaren psychischen Krisen und Psychotrauma sind natürlich fließend und nicht so eindeutig zu erkennen wie körperliche Verletzungen. Die Bewältigung von Ereignissen, die von *fast allen* als traumatisierend eingeschätzt werden, weil sie als katastrophal, unfassbar und gewissermaßen außerhalb der menschlichen Erfahrung liegen, sind jedenfalls aus mehreren Gründen nicht völlig zu bewältigen.

Einen ersten Grund für die dauerhafte Belastung durch traumatische Ereignisse liefert das Personenzentrierte Konzept selbst. Gehen wir davon aus, dass Erfahrungen dann optimal bewältigt werden können, wenn die Person in der Selbstexploration dieser Erfahrung von einer anderen Person empathisch und wertschätzend begleitet wird, ist bei extremtraumatischen Ereignissen eine Grenze erreicht. Wer kann sich in die Erfahrung z. B. einer gefolterten Person wirklich empathisch einfühlen? Allein der Gedanke daran löst schon bei Unbeteiligten Stress und Abwehr aus.

Frühkindliche Traumata wiederum können gar nicht erzählt und daher auch nicht exakt eingefuhlt werden, wenn das biografische Gedächtnis noch nicht ausgebildet worden ist. Solche traumatischen Erfahrungen werden meist in der therapeutischen Beziehung reinszeniert, was dann nur mehr über den Weg der hermeneutischen Empathie verstanden werden kann (vgl. Keil, W., 2008).

Das Ausmaß dessen, wie schwer es fällt, sich auf eine Erfahrung empathisch einzulassen, kann ein Hinweis sein für die Schwere der traumatischen Belastung und deren Verarbeitungsmoglichkeit. Was empathisch dabei verstanden werden kann, ist genau das. Es handelt sich um ein Erleben, das so entsetzlich und unerträglich ist, ein Erleben, für das die Worte fehlen, vor dem wir uns schützen dürfen und müssen, bei aller Dankbarkeit unserem Körper gegenüber, der die Erfahrung machen musste und überlebt hat.

Es mag ein schwacher Trost sein, dass im Zuge dieser organismischen uberlebensleistung in den meisten Fällen ein Traumawachstum stattgefunden hat, das in Form von Stärken und Ressourcen für das Weiterleben wirklich hilfreich sein kann. Diese Talente können als ständige Quelle der Selbstachtung helfen, sich trotz Traumafolgebelastung psychisch stabil zu halten.

Ein zweiter Grund kann ebenfalls mit dem personenzentrierten Verständnis der Person erklärt werden. Menschen als selbstreflexive sinnorientierte Geschöpfe können traumatische Erfahrungen nicht einfach abschütteln, wie Tiere dies tun, die einer Raubtierattacke mittels Totstellreflex entkommen sind.⁴ Aber auch Tiere bewältigen nicht alles ohne Schäden, z. B. verändern sie in Gefangenschaft ihr Wesen nachhaltig.

Menschen können/müssen ihre peri- und posttraumatischen Symptome mithilfe ihres bis dahin entwickelten Selbstkonzepts verarbeiten. Es hängt also vom individuellen Selbstkonzept ab, wie die heftige körperliche Intensität der traumatischen Reaktion ertragen werden kann. So habe ich z. B. bei der Schilderung eines erfahrenen Krisenhelfers nach dem tödlichen Unfall seines kleinen Kindes den Eindruck gewonnen, dass ihm sein Traumawissen geholfen hat, den wochenlang andauernden Ansturm des teilweise präpsychotischen Erlebens innerlich beobachtend zu überstehen.

Traumatische Erfahrungen belasten nicht nur körperlich, sondern zerstören das Vertrauen in die Welt, und es entsteht die Frage, wie es sich damit überhaupt weiterleben lässt. Die Bewältigung des Traumas hängt dann in hohem Ausmaß von der sozialen Unterstützung ab. Da jedoch die gesellschaftliche Abwehr dem Trauma gegenüber, ohne böse Absicht, aber de facto oft auf dem Rücken der Opfer ausgetragen wird, sind der notwendige Schutz und die Unterstützung oft nur mangelhaft

⁴ Levine (1998) hat ausgehend von dieser Parallele zum Tierreich ein traumatherapeutisches Verfahren entwickelt.

vorhanden. Täter und Gesellschaft wollen vergessen, Opfer können nicht vergessen (Herman, 2003, S. 17f.). Sie werden durch die soziale Ignoranz, der sie im Alltag begegnen, sequenziell traumatisiert. Ich brauche gar nicht den Umgang mit Flüchtlingen als Beispiel zu strapazieren, es reicht für eine Retraumatisierung, wenn Betroffene im Arbeitsmarktkontext Lebensläufe für Bewerbungen verfassen sollen, obwohl sie traumabedingt weite Bereiche ihrer Biografie nicht erinnern können.

Die Voraussetzung für eine gute Bewältigung von traumatischen Ereignissen ist die Erfahrung, *jetzt* in Sicherheit zu sein. Diese Sicherheit kann aber im Alltag kaum hergestellt werden. Stigmatisierende Praktiken, Diskriminierungserfahrungen, nicht adäquate Hilfen – all dies wird als Bedrohung, als Fortsetzung des Traumas erfahren. Die Alltagsbewältigung wird zu einer kontinuierlichen Gefahrenquelle. Die damit ständig einhergehenden strukturgebundenen Stressreaktionen sollen nicht ins Selbstkonzept integriert werden, sie können mithilfe eines gut ausgestatteten Selbstkonzepts nur möglichst gut reguliert werden.

Ein dritter Grund für die Schwierigkeit bei der Bewältigung von posttraumatischen Folgestörungen lässt sich aus den neurobiologischen Prozessen ableiten, die traumatische Erfahrungen auf neuronaler Ebene nachhaltig verursachen. Sie verändern die gesamte Wahrnehmungswelt einer Person, was wiederum sekundär existenzielle, retraumatisierende Verunsicherung und Furcht auslöst (vgl. Sachsse, 2004; Rothschild, 2002).

Die normale Reaktion des autonomen Nervensystems während lebensbedrohlicher Ereignisse – Freeze, Dissoziation, Derealisation, Depersonalisation – verhindert die übliche Reizverarbeitung auf neuronaler Ebene. So können extrem traumatische Erfahrungen entsprechende Gehirnstrukturen von Erwachsenen zerstören oder zumindest massiv verändern. Dies hat Folgen für das alltägliche Erleben. Menschen sind mit den belastenden Traumafolgesymptomen beschäftigt und leiden akut an diesen Symptomen, wie sie in der Beschreibung der posttraumatischen Belastungsstörung zusammengefasst sind. Solche Zustände müssen im Alltag erst einmal bewältigt werden, bevor die Ruhe eintritt, die für eine Aufarbeitung des Traumas erforderlich wäre.

Bei Bindungs- oder Entwicklungstraumata wird nicht nur die Konstitution des Selbst verhindert, sondern auch die normale Entwicklung des Gehirns. Dies führt zu Erfahrungswelten und Verhaltensweisen, die sich wesentlich von anderen, nicht oder weniger stark traumatisierten Menschen unterscheiden. Dieser innere Bezugsrahmen ist daher auch schwer empathisch nachzuvollziehen, weshalb gerade auch in der therapeutischen Beziehung kontinuierlich die Gefahr der Retraumatisierung besteht. Komplex traumatisierte Personen sind ständig mit Traumafolgesymptomen beschäftigt, ohne jedoch den deutlichen Zusammenhang mit den traumatischen Belastungen

in der Vorgeschichte zu erfassen. Minimale äußere und innere Reize können als Trigger wirken, die dissoziative Abwehr oder Flashbacks auf Empfindungs- und Gefühlsebene auslösen. Bei komplex traumatisierten Personen ist der Zusammenhang zwischen Flashbacks und den konkreten traumatischen Erfahrungen oft lange nicht herzustellen. Sie sind ihren scheinbar irrationalen Reaktionen hilflos ausgesetzt. Dies führt zu verwirrenden Interpretationen und insgesamt zu einem Misstrauen dem eigenen Körper und den eigenen Gefühlen gegenüber. Die gesamte Alltagsbewältigung ist von der Bewältigung der Traumafolgen bestimmt. Zu hohe Anspannung und/oder Alpträume können das Schlafen behindern, dissoziativer Rückzug die Arbeitsfähigkeit und eine adäquate Alltagsbewältigung. Sämtliche Beziehungen sind belastend und belastet, weil die dafür notwendige gegenseitige Empathie angesichts der Traumafolgen auf der Empfindungs- und Gefühlsebene nicht hergestellt werden kann.

Ein vierter Grund, der traumatisches Erleben von normalem organismischem Erleben unterscheidet, ist die Schutzreaktion der Dissoziation. Solange Menschen dissoziieren, haben sie gar keinen Zugang zu ihrem körperlichen Erleben. Das wiederum erhöht den aktuellen traumatischen Stress.

Traumatische Belastungen können mit sogenannter struktureller Dissoziation bewältigt worden sein (Hart et al., 2008). Damit wird eine Spaltung der Persönlichkeit bezeichnet, die es Menschen ermöglicht, über Jahre hinweg symptomfrei zu wirken. Wenn diese „anscheinend normalen Personen“ aus irgendeinem – meist verhältnismäßig geringfügigem Anlass – Therapie aufsuchen, kann es lange dauern, bis Therapeuten und Therapeutinnen den anderen emotionalen Persönlichkeitsanteil bemerken. Die Integration dieser Teile wird extrem erschwert, weil die Spaltung ja gerade verhindert, dass die traumatische Erfahrung erlebt werden muss. Die unerträglichen Gefühle tauchen aber auf, wenn die Spaltung überwunden werden sollte. Diese anstrengenden Therapieprozesse können beide Seiten an die Belastungsgrenze bringen, Patienten und Patientinnen sowie deren Therapeuten und Therapeutinnen.

Wer sich intensiv mit den alltäglichen Erfahrungen beschäftigt, die bei einer Traumafolgestörung gemacht werden, wird verstehen, dass sich Personen mit diesen extrem strukturgebundenen Erlebensweisen und Symptomen wesentlich schwerer selbstempathisch annehmen können als Menschen, die lediglich „normale“ Erfahrungen nicht integrieren können, weil sie ihrem Selbstkonzept widersprechen, und etwa Schuld, Ohnmacht, Scham oder Wut nicht zulassen können.⁵

⁵ Allerdings korrespondieren auch solche Probleme mit traumatischen Erfahrungen in der Kindheit, wenn auch nicht mit komplex traumatischen.

Therapietheoretische Implikationen

Es ist zwischen salutogenetischer und pathogenetischer Inkongruenz zu unterscheiden. Personzentrierte Psychotherapie ist indiziert, wenn Personen an einer krankheitswertigen Inkongruenz leiden. In diesem Fall hilft die Selbststruktur wenig, mit aktuellen organismischen Erfahrungen umzugehen, im Gegenteil, die Strategien, die ein Mensch verfolgt, um aktuelles Erleben in den Griff zu bekommen, verstärken die Symptomatik und stellen eine Belastung für den gesamten Organismus dar. Dieser reagiert mit „Mehr desselben“, er orientiert sich verzweifelt an seinem Selbstkonzept, weil es als einziges wirklich Sicherheit gibt bzw. das psychische Überleben immer schon ermöglicht hat.

Ziel einer Personzentrierten Psychotherapie ist Reorganisation der Selbststruktur bzw. Verringerung der Inkongruenz. Diese prinzipielle Zielrichtung ist gerade auch in der Arbeit mit traumatisierten Personen sehr hilfreich. Denn – was brauchen solche Personen mehr als ein Selbstkonzept, das ihnen hilft, mit ihren Traumafolgen möglichst gut umzugehen, gerade dann, wenn mit einer lebenslangen Beeinträchtigung zu leben ist?

Stabilisierung der vorhandenen Selbststruktur

Inkongruenz lässt sich in der Praxis eher nicht daran erkennen, welche organismischen Erfahrungen symbolisiert werden können, sondern daran, wie schwer die personzentrierte Beziehungsqualität herzustellen ist. Die Schwierigkeiten, die in der therapeutischen Beziehung gespürt werden, korrespondieren mit den Beziehungsschwierigkeiten, die Patienten oder Patientinnen mit sich selbst und ihrer Umwelt erleben.

Angesichts der außergewöhnlichen psychischen Belastung, die traumatisierte Personen zu bewältigen haben, verwundert es nicht, dass sie auch eine krankheitswertige Inkongruenz entwickeln. Hilfe zur Stabilisierung der Selbststruktur ist daher vor allem zu Beginn der Therapie zum Beziehungsaufbau notwendig, sollte aber im gesamten Therapieverlauf bedacht werden.

Das Wissen und möglichst genaue Erkennen der Selbststruktur, an der sich die Betroffenen orientieren, ist daher von hoher therapeutischer Bedeutung. Die Selbststruktur ist an den typischen Verhaltensmustern und den Selbstdefinitionen zu erkennen, an denen (bei Destabilisierungsgefahr) beharrlich festgehalten wird, z. B. „Ich bin ein Arsch, und die Welt ist auch Arsch!“⁶.

Wenn Therapeuten und Therapeutinnen die psychische Belastung in der Beziehung mit spüren und die Struktur des

Selbstkonzepts zumindest teilweise erkennen, können sie als Hilfs-Ich im inneren Bezugsrahmen mithelfen, die Selbststruktur zu stabilisieren. Sie können jedenfalls den Wert der vorhandenen Selbststruktur lobend anerkennen und der Person dadurch helfen, sich selbst auch wieder mehr zu achten.

Auch psychoedukatorische Interventionen, die in der Traumatherapie unerlässlich sind, können eher im Dialog angenommen werden, wenn dabei die Stärken der Selbststruktur mit bedacht und genützt werden. Auch dann, wenn therapeutische Vorschläge zur Änderung des Verhaltens eingebracht werden sollen, lassen sich diese viel besser kommunizieren, wenn dabei an den Werten der Selbststruktur angeknüpft wird, z. B. „*Sie wollen nicht so sein wie ihre Mutter, die immer Medikamente missbräuchlich genommen hat. Wenn Sie aber Ihre notwendigen Medikamente nicht einnehmen, sind Sie eigentlich doch auch so wie ihre Mutter – Sie betreiben ebenfalls Missbrauch mit ihrem Körper.*“

Für das empathische Verstehen ist ein Inkongruenzmodell von Vorteil, in dem nicht nur die Symbolisierung von aktuellem organismischem Erleben als Möglichkeit der Reorganisation des Selbstkonzepts begriffen wird, sondern eine Fülle von alternativen Möglichkeiten, wie Menschen ihr Selbstkonzept stärken können, um mit den traumatischen Belastungen fertig zu werden. Dafür sind die Methoden, die in der allgemeinen Traumatherapie entwickelt wurden, unverzichtbares Hintergrundwissen. Es handelt sich dabei um Strategien dafür, wie Menschen mit Traumafolgesymptomen umgehen können, wie auch das Freiraumschaffen beim Focusing (Gendlin, 1998) eine Strategie ist, die gelernt werden kann, um den Körper zu entlasten. In der Traumatherapie wurden folgende Methoden entwickelt: z. B. *sicherer Ort, Tresorübung, Umgang mit dem inneren traumatisierten Kind, Visualisierungen, Entwicklung von Gegenbildern zu den Schreckensbildern, Bildschirmtechnik, Körperbremse, radikale Erlaubnis, Notfallkoffer, Wohlfühlkoffer* (ein guter Überblick findet sich bei Claas, 2007, und Reddemann, 2001). Angesichts der Intensität der traumatischen Belastung sind solche Vorschläge für den Umgang damit für viele Patientinnen leichter und schneller in den Alltag mitzunehmen als die Möglichkeiten von Focusing-Strategien, die oftmals Erleben zu sehr intensivieren oder traumatisierte Menschen bedrohen, die noch nicht in ihren Körper hinein spüren können.

Personzentrierte Therapeuten und Therapeutinnen sollten diese traumatherapeutischen Methoden an sich selbst ausprobieren, um die Ressourcen nachvollziehen zu können, die mit diesen Strategien zur Selbstregulation erschlossen werden können. Das Wissen um solche Strategien hilft auch dabei zu erkennen, inwiefern Patienten und Patientinnen ähnliche Ressourcen bereits für sich selbst entwickelt haben. So berichtete mir ein Patient, dass er sich bereits als Volksschulkind beim

⁶ Hierbei handelt es sich um die Selbstdefinition eines Menschen mit Zügen einer Borderline-Persönlichkeit. Sie schützt in diesem Fall vor unerträglich schmerzhaften Enttäuschungen in Beziehungen.

Gitarrespielen wie in einer schützenden Blase gefühlt habe. Er hatte offenbar dort seinen „sicheren Ort“ gefunden; eine andere Patientin hatte eine ganze Stadt unter ihrem Kinderbett. Auf die Möglichkeit von inneren Helfern aufmerksam gemacht, erinnert sich eine Patientin daran, dass in ihrem Kinderzimmer immer eine imaginäre Freundin auf sie wartete. Diese eigenen Ressourcen gilt es in erster Linie zu unterstützen und zu verstärken. Erhöhen im umgekehrten Fall Patientinnen mit inadäquaten Strategien ihren Stress, ist es leichter, sie damit zu konfrontieren, wenn konkrete traumatherapeutische Vorschläge mitgeliefert werden.

Werden Methoden aus anderen Richtungen in die Personzentrierte Therapie integriert, geschieht dies meist völlig anders als im ursprünglichen Verfahren. Sie werden spontan und dialogisch angeboten, weil sie unmittelbar in der Beziehung als Idee auftauchen.

Hilfe beim Aufbau von Selbststrukturen

Eine besondere Stärke des Personzentrierten Ansatzes, die aber im Theoriekonzept von Rogers so noch nicht vorkommt, liegt in der Möglichkeit, innerhalb einer nachbeelternden therapeutischen Beziehung, Selbststrukturen aufzubauen. Dies ist vor allem bei komplex traumatisierten Personen notwendig, die extreme Schwierigkeiten in allen Kontakten haben, weil sie aktuellem Erleben keine sichere Bedeutung geben können.

Wohl unter dem Eindruck ihrer therapeutischen Erfahrungen, gerade mit fragilen und dissoziativen Patienten und Patientinnen, sieht Warner (2002) Schwierigkeiten beim Verarbeiten (processing) von organismischen Erfahrungen als wesentliche Ursache für psychische Störungen. Jeder Kontakt löst unterschiedliche organismische Reaktionen aus. Menschen, die ihren Erfahrungen nicht kontinuierlich Bedeutungen zuschreiben können, erleben keinen Kontakt. Alles menschliche Leben sei aber auf Kontakt ausgerichtet, was am (traumatischen) Stress deutlich wird, den Patienten bzw. Patientinnen und auch deren Therapeuten bzw. Therapeutinnen erleben, wenn sie nicht verstehen können.

Zusätzlich sei der *Circulus vitiosus* zu bedenken, wenn es Menschen nicht gelingt zu spüren, dass sie in Kontakt mit anderen sind. Im Kontakt mit der Umwelt sind die Betroffenen vier Risiken ausgesetzt: Sie können nicht voraussehen, was als Nächstes passieren wird; sie erleben Ablehnung, weil sie ihre Erfahrungen nicht sozial adäquat mitteilen können; sie entwickeln Symptome (Leere, Angst, somatisierte Schmerzen), weil sie ihre Erfahrungen nicht kongruent symbolisieren können; und sie verlieren den Lebensmut, wenn sie Erfahrungen nicht hoffnungsvolle Bedeutungen geben können. Das ständige Aushandeln von Bedeutung stehe im Dienst der Aufrechterhaltung eines kohärenten Selbst, der Affektregulierung und der

Kommunikation mit der sozialen Umwelt. Es gäbe daher nicht *die* objektiv richtigen Symbolisierungen von Erfahrungen. Es seien vielmehr Aushandlungsprozesse notwendig, welche die aktuellen Erfahrungen mit bereits biografisch gelernten Bedeutungen in Beziehung bringen.

Kontaktfähigkeit setzt ein Bündel von komplexen Fähigkeiten voraus. Warner (ebd.) vermutet, dass Kontakt unzählige noch unerkannte Fähigkeiten verlangt, die im Alltag für „selbstverständlich“ gehalten werden. Mit Blick auf die Arbeit mit traumatisierten Personen sind wohl diese Fähigkeiten zentral: Wie kann es gelingen, dass die Betroffenen Erleben so verarbeiten,

- dass die Hoffnung aufrechterhalten werden kann,
- dass die Intensität von Reaktionen so moduliert werden kann, dass die Person die affektive Bedeutung von Erfahrungen erleben kann, ohne dabei traumatisiert zu werden oder die Kontrolle über die eigenen Handlungen zu verlieren, und
- dass die Person fähig ist, von Erfahrungen zu dissoziieren, die traumatisch schmerzhaft und überwältigend sind.

Die therapeutische Beziehung mit Menschen aufrechtzuerhalten, die an solchen Kontaktproblemen leiden, ist nicht nur eine therapeutische Herausforderung, es ist gleichzeitig auch ein therapeutischer Prozess, in dem Selbststrukturen aufgebaut werden.

Bewältigung der Symptomatik als Traumakonfrontation

Lange wurde in der allgemeinen Traumatherapie die Auffassung vertreten, dass der entscheidende Heilfaktor nach dem Beziehungsaufbau und der Stabilisierung der Traumakonfrontation zukommt. Inzwischen wird über den Wert der Traumakonfrontation kontrovers debattiert. In einer Personzentrierten Traumapsychotherapie stellt sich die Frage anders. Patienten und Patientinnen thematisieren in den meisten Fällen ihre traumatischen Erfahrungen in dieser Intensität und zu diesem Zeitpunkt, der von ihrem inneren Prozess her „stimmt“. Da Personzentrierte Therapeuten und Therapeutinnen immer in der therapeutischen Beziehung mit spüren, spüren sie auch, wenn die Belastung zu hoch wird. Es kann als Modellfunktion therapeutisch sehr wertvoll sein, dass Therapeuten und Therapeutinnen ihre Möglichkeiten einsetzen, um die miterlebte Belastung zu regulieren. Die Gefahr der Retraumatisierung ist in einer solchen Beziehung durch das Berichten von traumatischen Erlebnissen also gering. Wichtig ist jedoch zu wissen, dass für eine gute Traumabewältigung nicht die Konfrontation mit dem Trauma, sondern die Bewältigung der Traumafolgen notwendig ist. Man muss nicht wissen, was „wirklich“ passiert ist. Das ist oft eine beruhigende Information für Patienten und Patientinnen, die fürchten, in einer Psychotherapie über ihre traumatischen Erfahrungen reden zu müssen, genauso wie für

diejenigen, die davon beunruhigt sind, womöglich ein Trauma erlitten zu haben, von dem sie aber nichts wissen.

Personenzentrierte Traumafolgepsychotherapie sollte sich vor dem Hintergrund psychotraumatologischer Erkenntnisse zuallererst als Hilfe bei der Bewältigung der Traumafolgen verstehen. Die Konfrontation oder gar das Aufspüren von traumatischen Ereignissen muss dafür nicht angestrebt werden. Die Symptome der Traumafolgestörung immer wieder bewältigen zu müssen, ist „Traumakonfrontation“ genug.

Schluss

Der Personenzentrierte Ansatz hat generell für eine schulenübergreifende Traumatherapie einiges anzubieten. So wurden nach Rogers einige störungsspezifischen Konzepte entwickelt (u. a. Binder & Binder, 1991; Warner, 2002; Prouty, 2001; Swildens, 1991), die gerade für die Arbeit mit komplex traumatisierten Personen besonders hilfreich sind. Auch die Orientierung an Gendlins (1964, 1998) experienziellem Ansatz bietet eine vorzügliche Grundlage für die Arbeit mit traumatisierten Menschen, da sich traumatische Belastungen vor allem im Körper manifestieren. Mithilfe der Konzepte der Hermeneutischen Empathie und Prozessualen Diagnostik der Inkongruenzdynamik (Keil, W., 2008; Keil, S., 2014) lässt sich das personenzentrierte Beziehungsangebot im oft sehr schwierigen Kontakt mit schwer traumatisierten Personen aufrechterhalten. Während in der allgemeinen Traumatherapie Therapeuten und Therapeutinnen vor den Beziehungsschwierigkeiten gewarnt werden (vgl. Reddemann, 2004, S. 198; Sack, 2013, S. 209), wenn sie zu wenig strukturiert vorgehen und keine klaren Therapieziele vereinbaren, finden traumatisierte Menschen in einer Personenzentrierten Therapie eine Beziehung vor, die sie in hohem Maß selbst bestimmen und gestalten können, ohne dass der Therapeut oder die Therapeutin die Halt gebende professionelle Haltung verliert.

Traumatisierung muss als Ursache jeder krankheitswertigen Inkongruenz betrachtet werden, allerdings sind das Ausmaß und die Intensität der Traumatisierung genau festzustellen, um adäquat – traumasensibel – in der therapeutischen Beziehung darauf reagieren zu können. Wenn Claas (2007, S. 10) noch die Frage stellt: „Brauchen wir eine ‚Traumatherapie‘ oder brauchen wir eine Personenzentrierte Psychotherapie für traumatisierte Klientinnen und Klienten?“, würde ich ihr heute antworten: Wir brauchen traumaversierte Personenzentrierte Psychotherapeuten und -therapeutinnen für *alle* Patienten und Patientinnen.

Literatur

- Barth, M. (2009). Gesprächspsychotherapie mit folter- und kriegstraumatisierten Menschen. *Person*, 13(2), 148–154.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2003). Das gesprächspsychotherapeutische Verständnis von Psychotrauma. *Person*, 7(2), 128–134.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2006). Klientenzentrierte Entwicklungslehre. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 73–92). Heidelberg: Springer.
- Biermann-Ratjen, E.-M. & Eckert, J. (2015a). Die gesprächspsychotherapeutische Behandlung. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger & A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (2., überarb. u. erw. Aufl.; S. 684–696). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Biermann-Ratjen, E.-M. & Eckert, J. (2015b). Die Traumatheorie in der Gesprächspsychotherapie nach Carl R. Rogers. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger, A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (2., überarb. u. erw. Aufl.; S. 143–149). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2003). Das gesprächspsychotherapeutische Verständnis von Psychotrauma. *Person*, 7(2), 128–134.
- Biermann-Ratjen, E.-M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (1995). *Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen*. (7., überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Binder, U. & Binder, J. (1991). *Studien zu einer störungs-spezifischen klientenzentrierten Psychotherapie: Schizophrene Ordnung, psychosomatisches Erleben, depressives Leiden*. Eschborn: Klotz.
- Binder, U. & Binder, J. (1994). *Klientenzentrierte Psychotherapie bei schweren psychischen Störungen. Neue Handlungs- und Therapiekonzepte zur Veränderung* (3., korr. Aufl.). Eschborn: Klotz.
- Binder, U., & Binder, J. (1991). *Studien zu einer störungs-spezifischen klientenzentrierten Psychotherapie: Schizophrene Ordnung, psychosomatisches Erleben, depressives Leiden*. Eschborn: Klotz.
- Claas, P. (2007). Brauchen wir eine „Traumatherapie“ oder brauchen wir eine Personenzentrierte Psychotherapie für traumatisierte Klientinnen und Klienten. In GwG-Akademie (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten* (S. 10–46). Köln: GwG-Verlag.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Reinhardt.
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Wöller, W., Reddemann, L., Siol, T., Liebermann, P. & Petzold, E. R. (2004). *Posttraumatische Belastungsstörung: Leitlinie und Quellentext. Leitlinien-Entwicklung der Fachvertreter für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (2., akt. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Gahleitner, S. (2018). Trauma. In G. Stumm & W. Keil. *Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie* (2., überarb. Aufl.; S. 259–268). Berlin: Springer.
- Gendlin, E. T. (1964). A theory of personality change. In P. Worcel & D. Byrne (Eds.), *Personality change* (pp. 100–148). New York: Wiley.
- Gendlin, E. T. (1998). *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode*. München: Pfeiffer (englisches Original erschienen 1996: Focusing oriented psychotherapy. New York: Guilford).
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotionsfokussierte Therapie*. München: Reinhardt (englisches Original erschienen 2002: Emotion focused therapy. Washington, DC: APA).
- GwG-Akademie (Hrsg.). (2007). *Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten*. Köln: GwG-Verlag.
- Hart, O.v.d., Nijenhuis, E. R. S. & Steele, K. (2008). *Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung*. Paderborn: Junfermann (englisches Original erschienen 2006: The haunted self. New York: Norton).
- Hecker, T. & Maercker, A. (2015). Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. Beschreibung des Diagnosevorschlages und Abgrenzung zur klassischen posttraumatischen Belastungsstörung.

- Psychotherapeut*, 60(6), 547–562. Verfügbar unter: <https://www.researchgate.net/publication/283579115> [12. 2. 2019].
- Herman, J. L. (2003). *Die Narben der Gewalt: Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. Paderborn: Junfermann (englisches Original erschienen 1992: Trauma and recovery. London: Harper Collins).
- Keil, S. (2009a). Teil I: Das Selbst als Gestalt – eine kritische Analyse und Ansätze zur Weiterentwicklung der Theorie des Selbst im klientenzentrierten Konzept. *Person*, 13(2), 101–111.
- Keil, S. (2009b). Teil II: „Das war ein wichtiger Schritt, mich besser in mein Selbstbild pressen zu können“ – Zur Rekonstruktion der Selbstgestalt eines Klienten und deren Entwicklung in der Psychotherapie auf Basis einer Einzelfallstudie. *Person*, 13(2), 112–123.
- Keil, S. (2011). Wie zeigen sich „Selbst“ und „Inkongruenz“ in der Psychotherapie? – Essenzen aus einer qualitativen Studie zum Thema Selbst/Inkongruenz. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 42(3), 129–137. Verfügbar unter: https://www.gwg-ev.org/sites/default/files/shopdownloads/GPB_03_2011_keil.pdf [12. 2. 2019].
- Keil, S. (2014). Prozessuale Diagnostik der Inkongruenzdynamik (PID). *Person*, 18(1), 31–43.
- Keil, W. W. (2008). Die prozessuale Diagnostik in der Klientenzentrierten Psychotherapie. In M. Tuczai, G. Stumm, D. Kimbacher & N. Nemeskeri (Hrsg.), *Offenheit und Vielfalt. Personzentrierte Psychotherapie: Grundlagen, Ansätze, Anwendungen* (S. 167–184). Wien: Krammer.
- Kolk, B. A. v. d. & McFarlane, A. C. (2000). Trauma – ein schwarzes Loch. In B. A. v. d. Kolk, B. A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Streß sowie Traumatherapie*. (S. 27–46). Paderborn: Junfermann (englisches Original erschienen 1996: The black hole of trauma. In B. A. v. d. Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (eds.), *Traumatic Stress* (pp. 3–23). New York: Guilford).
- Levine, P. (1998) *Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers. Unsere Fähigkeit, traumatische Erfahrungen zu transformieren*. Essen: Synthesis (englisches Original erschienen 1997: *Waking the tiger*. Berkeley, CA: North Atlantic Books).
- Herman, J. L. (2003). *Die Narben der Gewalt: Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. Paderborn: Junfermann.
- Maercker, A. (Hrsg.) (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen* (4., vollst. überarb. u. akt. Aufl.). Berlin: Springer.
- Prouty, G. F. (2001), Carl Rogers und die experienziellen Therapieformen: eine Dissonanz? *Person*, 5(1), 52–57. (englisches Original erschienen 1999: Carl Rogers and experiential therapies: a dissonance? *Person-Centred Practice*, 7(1), 4–11).
- Rechenmacher, M. (2018). *Personzentrierte PsychotherapeutInnen begegnen dem Trauma im aktuellen Zeitgeist – wie personzentrierte PsychotherapeutInnen mit von Trauma betroffenen KlientInnen arbeiten*. Master-Thesis. Krems, Österreich: Donau-Universität Krems, Psychotherapie Fachspezifikum Personzentrierte Psychotherapie.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2004). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT® – Das Manual. Ein resilienzorientierter Ansatz in der Psycho-traumatologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (2009). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. München: Reinhardt (englisches Original erschienen 1959a: *A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework*. In S. Koch (ed.). *Psychology: A study of science. Study 1: Conceptual and systematic*. Vol. 3: *Formulations of the person and the social context* (pp. 184–251). New York: McGraw-Hill).
- Rothschild, B. (2002). *Der Körper erinnert sich: die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung*. Essen: Synthesis (englisches Original erschienen 2000: *The body remembers*. New York: Norton).
- Sachsse, U. (Hrsg.) (2004). *Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Sack, M. (2013). *Schonende Traumatherapie. Ressourcenorientierte Behandlung von Traumafolgestörungen* (unveränd. 2. Nachdr. der 1. Aufl.). Stuttgart: Schattauer (Erstauf. erschienen 2010).
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*. Köln: GwG-Verlag (niederländisches Original erschienen 1988: *Procesgerichte gesprekstherapie*. Utrecht, Niederlande: De Tijdstroom).
- Warner, M. S. (2002). Psychologischer Kontakt, bedeutungstragende Prozesse und die Natur des Menschen. Eine Neuformulierung personzentrierter Theorie. *Person*, 6(1), 59–64. Verfügbar unter: <https://www.researchgate.net/publication/242676382> [12. 2. 2019].

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 entwicklungsgeschichtlich 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-/Fluchtendenzen“, 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 eingeeengt 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 Traumbereich 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 (Erstauf. erschienen 2010).
- Kast, V. (1986). *Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses* (6., unveränd. Aufl.). Stuttgart: Kreuz Verlag (Erstauf. 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 (Erstauf. 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].

Trauer ist nicht nur Trauer, und Trauma ist nicht nur Trauma – zum Umgang mit ‚gemischten Gefühlen‘

René Reichel
St. Pölten, Österreich

Silke Birgitta Gahleitner
Berlin, Deutschland

Auch bei normaler Trauer können zeitweise Symptome auftreten, die als sehr belastend wahrgenommen werden. Dies ist jedoch häufig eine kurzfristige Erscheinung. Trauer und Trauma sind also nicht zwangsläufig miteinander verknüpft, bilden jedoch eine beachtliche Schnittmenge. Häufig geht es dabei um die Gleichzeitigkeit mehrerer – auch sich widersprechender – Gefühle. In der Psychotherapie jedoch wird vorwiegend auf einzelne Emotionen Bezug genommen. Auch das Phänomen Trauer wird relativ eng umrissen. Im Mittelpunkt dieses Beitrags stehen daher die Fragen: Was bedeutet es, mit wechselhaften Gefühlsmischungen zu tun haben? Welche Schlussfolgerungen kann man für professionelles Handeln in der Begleitung und Verarbeitung von Verlusterfahrungen daraus ableiten? Und wie unterstützt uns der personenzentrierte Ansatz dabei?

Schlüsselwörter: Trauer, Trauma, Emotionen, Verlusterfahrungen, Trauerarbeit

Grief is not just grief, and trauma is not just trauma — on coping with ‘mixed feelings’. Even in normal grieving, symptoms may occasionally occur that are perceived as extremely burdensome. However, this is often a short-lived phenomenon. Thus, grief and trauma, while not inevitably linked, do intersect to a considerable extent. This intersection often concerns the concurrence of several – even contradictory – feelings. Psychotherapy, however, deals primarily with individual emotions. The phenomenon of grief is also fairly narrowly defined. This article therefore focuses on the following questions: What does it mean for us if we are dealing with mixed emotions? What conclusions can be drawn from this for a professional approach when supporting people with and processing experiences of loss? And how does the person-centered approach support us in this?.

Keywords: grief, trauma, emotions, experiences of loss, grieving

„Un dì si venne a me Malinconia
E disse: 'Io voglio un poco stare teco';
E parve a me ch'ella menasse seco
Dolore e Ira per sua compagna.“

„Melancholie ist einst zu mir gekommen.
Sie sprach: ‚Ich will ein wenig bei dir sein‘;
Es schien mir so, als habe Zorn und Pein
Sie sich als ihr Geleite mitgenommen.“

(Dante, 2014, S. 60f.)

Das Sonett von Dante – entstanden um ca. 1300 (hier ist nur der Anfang des Gedichts wiedergegeben) – bezieht sich auf die Sorge, dass seine geliebte Beatrice sterben werde. Die Besonderheit liegt unter anderem darin, dass zum Ausdruck kommt, wie aus Liebe heraus Melancholie, Schmerz und Zorn empfunden werden. Es geht also um die Gleichzeitigkeit von vier Gefühlen. Das ist bemerkenswert, denn in der psychologischen Literatur wird – wenn von Gefühlen die Rede ist – vorwiegend auf einzelne Gefühle Bezug genommen (z. B. Damasio, 1999/2000). Auch das vielschichtige Phänomen Trauer wird relativ eng umrissen. Einen anderen Vorschlag macht Petzold (2007):

Dr. René Reichel, MSc, geb. 1948, ist Psychotherapeut (Gestalttherapie und Integrative Therapie) in freier Praxis seit 1991, Lehrtherapeut, Supervisor/Coach (ÖVS) und seit vielen Jahren in der Ausbildung von Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen tätig. Er ist langjähriger Mitarbeiter und Lehrgangsführer im Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit an der Donau-Universität Krems.
Kontakt: rene@reichel-reichel.at

Prof. Dr. Phil. habil. Silke Birgitta Gahleitner war langjährig als Sozialarbeiterin und Psychotherapeutin in sozialtherapeutischen Einrichtungen für traumatisierte Frauen und Kinder sowie in eigener Praxis tätig. Seit 2006 lehrt und forscht sie als Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit im Arbeitsbereich Psychosoziale Diagnostik und Intervention an der Alice Salomon Hochschule Berlin, von 2012 bis 2015 war sie im Zuge eines Forschungsaufenthaltes an der Donau-Universität Krems tätig.
Kontakt: sb@gahleitner.net

In ihrer *emotionalen Dimension* kann Trauer ein Spektrum von Empfindungen und Gefühlen umfassen (Betroffenheit, Schmerz, Leid, Gram, Verzweiflung, Empörung, Wut, Bitterkeit, Ergebenheit, Trost, Versöhntheit, Gelassenheit, Heiterkeit, Freude); in ihrer *kognitiven Dimension* eröffnet Trauer ein weites Feld von Gedanken und Überlegungen (Suche nach Zusammenhängen, Erklärungen, Ursachen, Blick auf Folgen, Konsequenzen, Versuche des Verstehens und des Herstellens von Sinnhaftigkeit oder der Absage an Erklärungen und Sinn usw.); in ihrer *sozialen Dimension* kann Trauer vielfältige Formen zeigen (gemeinsames Trauern, Trösten, Erzählen, Rituale, normative Verpflichtungen, Hilfeleistungen, Unterstützung, gemeinschaftliche Überwindungsarbeit usw.); in der *physiologischen Dimension* ist Trauer mit spezifischen Erregungs- und Stressreaktionen oder auch mit Beruhigungs- und Entlastungsreaktionen verbunden, abhängig von den aktuellen Kontextbedingungen und den vorgängigen Verlust-, Trauer-, Trost- und Überwindungserfahrungen. (S. 40; Herv. i. O.)

Angesichts dieser Komplexität stehen im Mittelpunkt dieses Beitrags die Fragen: Was bedeutet eine solche Sichtweise, dass wir es überwiegend mit uneindeutigen Gefühlsmischungen zu tun haben? Welche Schlussfolgerungen kann man für professionelles Handeln in der Begleitung und Verarbeitung von Verlusterfahrungen daraus ableiten? Und was bietet uns in diesem Kontext der personenzentrierte Ansatz?¹

Drei Irrtümer

Zunächst erscheint es uns jedoch bedeutsam, das Alltagsverständnis zum Thema Trauer anzusprechen, da es bei der Wahrnehmung von und im Umgang mit Gefühlen zuweilen irrt. Drei Irrtümer sollen dabei beispielhaft herausgegriffen werden.

Irrtum 1: Es gibt richtige und falsche Gefühle

Fast jeder und jede von uns hat als Kind den Satz gehört: „*Da brauchst du doch keine Angst zu haben!*“ Manche Menschen haben ihn wiederholt hören müssen. Der Satz ist natürlich sowohl sinnlos als auch falsch. Er unterstellt, Gefühle unterlägen in relevantem Maß einer rationalen Prüfbarkeit. Und er unterstellt des Weiteren, Gefühle ließen sich durch Appelle auflösen oder verändern. Viele wissen, dass dies nicht möglich ist, geben diese Tradition aber dennoch weiter, obwohl sie selbst als Kinder darunter gelitten haben. Auch zahlreiche weitere Beispiele belegen, wie Gefühle als einseitig richtig oder falsch bewertet werden, z. B. Eifersucht oder Neid.

1 Der Beitrag basiert auf verschiedenen Vorüberlegungen, insbesondere den Monografien „Vom Sinn des Sterbens. Gedanken und Anregungen für den Umgang mit Sterben und mit Sterbenwollen“ (Reichel, 2018) und „Soziale Arbeit als Beziehungsprofession. Bindung, Beziehung und Einbettung ermöglichen“ (Gahleitner, 2017).

Irrtum 2: Es gibt richtige und falsche Formen, Gefühle auszudrücken

„*Freust du dich denn gar nicht?*“ ist eine im Alltag ebenso häufige wie sprachlos machende Frage. Was soll man darauf antworten? – Ein besonders häufiger Vorwurf in unserer Alltagskommunikation: „*Reg dich doch nicht so auf!*“ Oder noch stärker eingreifend: „*So richtig traurig wirkt sie aber nicht*“ – eine durchaus häufige Beobachtung auf einer Trauerfeier. Wir beobachten also einen Widerspruch: Einerseits ist unser Wissen über die inneren Prozesse bei Gefühlen beschränkt, andererseits neigen wir zu einer relativ strengen Bewertung, wie denn bei bestimmten Situationen zu fühlen sei, und wie dieses Gefühl ausgedrückt werden sollte. Wir können von einem Bias sprechen, der zu Verzerrungen im Selbstbild („*Fühle ich nicht richtig?*“) und im Fremdbild („*Der ist so abgebrüht!*“, „*Die ist so hysterisch!*“) führen kann. „Ich bin traurig, dass ich nicht traurig genug bin“, sagt Stefan Sagmeister in seinem Film „The Happy Film“ (Sagmeister, Nabors & Curtis, 2016), als sein wichtigster Mitarbeiter stirbt. Damit beschreibt er das Dilemma mit dem „richtigen Trauern“: Ich fühle, was ich fühle; aber ich denke, wie ich fühlen sollte.

Irrtum 3: Ein Gefühl ist immer ein bestimmtes Gefühl

Ein Familienvater hat finanzielle Sorgen, nicht sehr große, aber immerhin. Jetzt ist seine Großmutter gestorben. Als Kind und Jugendlicher war sie für ihn sehr wichtig, auch sie liebte ihn. Später ist die Beziehung abgekühlt und auch ziemlich eingeschlafen. Sie konnte ihm nicht wirklich verzeihen, dass er nicht in den Familienbetrieb eingestiegen ist. Die Großmutter hat relativ viel Geld hinterlassen. Der Familienvater durchläuft ein Gefühlschaos: Durch die lange Distanz überfällt ihn zwar eine unerwartete intensive Trauer, aber er ahnt sofort, dass das Erbe ihn aus den Schwierigkeiten retten wird und fühlt sich wiederum schuldig, weil er so schnell an das Erbe denkt. All das führt dazu, dass er in seinem Ausdruck gehemmt ist. Manche seiner Mitmenschen meinen daraufhin, er sei kühl, distanziert oder abgebrüht. Dabei findet er keine Möglichkeit, dieses Gefühlsgemisch wahrzunehmen und es vielleicht sogar mitzuteilen. Das Ganze wird noch schwieriger, als er merkt, wie andere Familienmitglieder ganz offen über das zu erwartende Erbe sprechen. Jetzt kommt noch Ärger über diese Menschen dazu, wodurch er zeitweilig sein eigenes Gefühlschaos wegzuschieben vermag.

Kann ein Mensch tatsächlich verschiedene, auch widersprüchliche Gefühle gleichzeitig durchleben? Larson und McGraw (2014) haben dies genauer unter die Lupe genommen:

How do people feel when they experience bittersweet events comprised of pleasant and unpleasant aspects (e.g., good news accompanied by bad)? Just as acids immediately neutralize bases, some have

suggested that bittersweet events pleasant aspects might neutralize their unpleasant aspects, thereby resulting in fairly neutral emotional reactions? (S. 263)

Berrios, Totterdell und Kellett (2015) stellen in einer Metaanalyse darüber hinaus fest, unterschiedliche Intensitätsgrade seien unterscheidbar und gemischte Gefühle nicht die Summe einzelner Gefühle: „The results for the limited set of studies using subjective measures permit speculation that mixed emotions experience might be more than the sum of its constituent emotions, suggesting the importance of further investigating the subjective experience of mixed emotions“ (ebd., S. 13). Dieser letzte Aspekt ist für die Psychotherapie und Beratung von großer Bedeutung.

Verlusterfahrungen und gemischte Gefühle

Die soeben genannten Beispiele machen deutlich, dass Trauer von weiteren Gefühlen überlagert werden kann. In manchen Situationen wird dies auch in unserem Alltagsverständnis wahrgenommen und quasi „erlaubt“. Das gilt vor allem dann, wenn das Sterben eines Menschen zugleich die „Erlösung“ von einem Leid bedeutet, sei es, weil dieser Mensch schon lange gelitten hat oder weil andere schon lange unter ihm gelitten haben. In den meisten anderen Fällen fehlen jedoch die Wahrnehmung und somit auch das Verständnis für Gefühlsmischungen.

Aus Sicht von Beratung und Psychotherapie sind hier zwei Fragen interessant:

- a. Kann man gemischte Gefühle bearbeiten, indem man sie „zerlegt“? Oder ist hier das Ganze etwas anderes als die Summe seiner Teile?
- b. Ab wann können oder müssen wir davon sprechen, dass die gemischten Gefühle zu einer „komplizierten Trauer“ geworden sind, dass also für die Behandlung ein erweiterter Handlungsbedarf vorliegt?

Zu a: Ein phänomenologisches Vorgehen wird mit dieser Frage anders umgehen als ein Vorgehen unter Einsatz von Manualen. Das phänomenologische Vorgehen wird sich auf die Aspekte des Gefühlslebens konzentrieren, die in den Vordergrund treten, und wird vorschnelle Benennungen vermeiden. Verhaltensorientierte Vorgehensweisen werden versuchen, die Situation durch Verhaltensanalysen aufzuschlüsseln und klärende sowie verändernde Impulse zu setzen. Wieder eine andere Vorgehensweise wird versuchen, ziel- oder lösungsorientiert wünschenswerte Emotionen in den Vordergrund zu rücken. Emotionsfokussierte Ansätze versuchen, primäre Gefühle in den Ausdruck zu bringen und sind damit sehr erfolgreich (Elliott, Greenberg, Watson, Timulak & Freire, 2013). Eine wichtige Anregung von Berrios und Kollegen (2015) lautet, gemischte

Gefühle nicht zu zerlegen, sondern in ihrer dynamischen Ganzheit zu behandeln.

Entsprechend dieser Anregung bietet es sich an, bei verwirrenden Phänomenen, wie es gemischte Gefühle nun einmal sind, eine Vorgangsweise zu bevorzugen, die neben rationalen Aspekten vor allem die Mühen beim sprachlichen Ausdruck berücksichtigt und nach Möglichkeiten der Symbolisierung auf verschiedensten Ebenen sucht (Finke, 2013). Im behutsamen Vorgehen des personenzentrierten Spektrums wird auf diese Weise das „Bezugssystem [...] jeweils um Nuancen erweitert“ (Finke, 2004, S. 4). Die Integrative Therapie bezieht gezielt körperorientierte und kreative nonverbale Ausdrucksformen mit ein (Petzold & Orth, 1990/2007). An einem Fallbeispiel soll dieses Verständnis eines komplexen Umgangs mit Gefühlen im Abschnitt „Wieder Vertrauen, Bindung und Einbettung ermöglichen“ näher erläutert werden.

Zu b: Die Frage, wann und wie welcher Ausdruck von Trauer gesund oder krankheitswertig ist, scheint schwer zu beantworten, weil diese Frage von kulturellen Vorstellungen, aber auch von Klischees geprägt und zudem von Pharmainteressen beeinflusst wird (Frances, 2013). Dass Trauer zunächst eine gesunde Reaktion auf ein Verlusterleben bedeutet und ihre Ausdrucksformen wie auch Dauer vielfältig, individuell verschieden und auch kulturabhängig sind, kann an dieser Stelle vorausgesetzt werden (DHPV, 2017). Die Notwendigkeit von Trauerbegleitung oder Therapie ist nicht belegt. Trauer ist den Menschen zumutbar (Bonanno, 2012). Die weitere Aufmerksamkeit muss also auf „komplizierte Trauer“ gelegt werden, ohne den kritischen Aspekt dieses Begriffs aus den Augen zu verlieren.

Was aber genau ist komplizierte Trauer? Auch bei normaler Trauer können zeitweise Symptome auftreten, die als negativ oder krankheitswertig wahrgenommen und bewertet werden können: sozialer Rückzug, emotionale Abstumpfung, ständiges Wiederholen bestimmter Aussagen oder Erzählungen etc. Dies kann jedoch eine kurzfristige Erscheinung sein und in absehbarer Zeit wieder verschwinden. Für eine Zeit lang gilt häufig: „Manche Menschen können sich durch Dissoziation, Verdrängung oder Verleugnung sehr gut retten, und es ist eigentlich in solchen Situationen durchaus hilfreich, wenn man gut verdrängen kann“ (Petzold, 2004, S. 8). Leider gilt dies jedoch nur für den Einzelfall und eher passager.

Neben „normalen“ und durchaus gesunden Reaktionen auf Verluste aller Art können daher zahlreiche Phänomene beobachtet und beschrieben werden, die zu spezieller Aufmerksamkeit auffordern. Es wurden verschiedene Begriffe verwendet, um das, was über „normale Trauer“ hinausgeht, zu benennen: pathologische Trauer, traumatische Trauer, prolongierte Trauer. Die Schwierigkeit, hier Eindeutigkeit zu erzielen, bestätigt die Vielfalt persönlicher Trauerreaktionen. Letztlich scheint sich der auch in diesem Text bevorzugte Begriff „komplizierte

Trauer“ durchzusetzen, auch wenn die Diagnose aus person-zentrierter Sicht auch kritisch zu betrachten ist.

Komplizierte Trauer (Worden, 1987; im deutschen Sprachraum Znoj, 2004; Wagner, 2013) ist gekennzeichnet durch

- keine allmähliche Abnahme der Trauerintensität;
- starke, anhaltende Schuldgefühle (etwas am Toten versäumt zu haben, das Unglück durch Unachtsamkeit oder Nachlässigkeit selbst verantwortet zu haben);
- keine oder kaum Anpassung an die neue Wirklichkeit;
- reaktives selbstschädigendes Verhalten (Alkohol, Drogen);
- Depression;
- langfristige Schlaf- und Essstörungen;
- Vernachlässigung des sozialen Netzes und, damit verbunden,
- Vereinsamung.

Komplizierte Trauer kann u. a. entstehen bei

- aberkannter Trauer oder entrechteter Trauer: z. B. beim Verlust von verbotenen oder geheimen Beziehungen (Paul, 2012). Hier geht es um von innen oder von außen nicht zugestandene Trauer: „Ich darf nicht zeigen (vielleicht auch nicht spüren), wie wichtig dieser Mensch für mich war (und ist)“, „die ist noch zu klein dafür“, „der versteht das eh nicht“, „so schlimm ist das doch gar nicht“.
- traumatischen Todesumständen: Wenn jemand verschollen oder so gestorben ist, dass nichts Körperliches mehr zu finden ist.
- Schuld: Wenn ein größeres Schuldthema offengeblieben ist und zu Lebzeiten nicht behandelt werden konnte
- Schuldgefühlen: Wenn die überlebende Person das Gefühl hat, der verstorbenen Person etwas schuldig geblieben zu sein (Paul, 2014). Hier ist es wichtig, zwischen Schuld und Schuldgefühlen zu unterscheiden! Hier greifen Psychotherapeutinnen und andere Helfer, die nur auf die Gefühle fokussieren, daneben, wenn sie Schuld nicht als Realität anerkennen. Interventionen müssen hier auch die Richtung von möglicher „Wiedergutmachung“ einschlagen und dürfen nicht nur „an den Gefühlen arbeiten“.
- weiteren Gründen: Wenn z. B. nach dem Tod eines wichtigen Mitmenschen keine angemessene Verarbeitung möglich war und nach einiger Zeit ein weiterer bedeutsamer Todesfall eintritt, kann die neue Trauer nicht aufkommen, denn ihr Platz ist „besetzt“ von der früheren ungelebten Trauer (vgl. Kachler, 2018).

Die meisten der hier aufgezählten Entstehungsbeispiele für mögliche „komplizierte Trauer“ sind aus personzentrierter Sicht letztlich als normale Reaktionen auf schwerwiegende Ereignisse zu begreifen und evozieren auch gemischte Gefühle (vgl. zu komplizierter Trauer und der Entwicklung personzentrierter Antworten auf komplizierte Trauer Backhaus, 2017, und in diesem Band). Das bedeutet, dass „Trauerarbeit“ im

engen und einfachen Sinn (also die Arbeit an der Trauer) hier nicht nur nicht ausreicht, sondern sogar zu einer Verschlimmerung des Gesamtbefindens beitragen kann, weil wichtige kaum oder gar nicht bewusste Aspekte im Erleben nicht beachtet und damit auch nicht geachtet werden. Dadurch werden die oben beschriebenen Phänomene von „komplizierter Trauer“ verstärkt. Es ist eine durchaus hochsensible Angelegenheit, die auch oft wechselnde Komplexität der Gefühlslagen zu thematisieren. Wann ist der Zeitpunkt für jemanden gekommen, wahrzunehmen und anzuerkennen, dass ein Verlust auch zugleich eine Befreiung war? Oder umgekehrt, dass das Gefühl der Befreiung auch eine tiefe Traurigkeit überlagert? Oder dass Schuldgefühle das Aufkommen von Trauer verhindern können? Hier wird gelingende Psychotherapie zu einem gemeinsamen Kunstwerk. Ein nicht unwichtiger Teil davon ist die Anerkennung gelegentlicher gemeinsamer Sprachlosigkeit.

Komplizierte Trauer und Trauma: ein Fallbeispiel

Frau Ohnstedt ist 75 Jahre alt, Rentnerin und war neben der Tätigkeit als alleinerziehende Mutter langjährig im kaufmännischen Bereich angestellt.² Frau Ohnstedt wuchs mit sieben Geschwistern zunächst in einer Kleinstadt bei den Eltern auf, vom vierten bis zum achten Lebensjahr bei den Großeltern, vom achten bis zum zwölften Lebensjahr bei der Familie der Tante und ab dem zwölften Lebensjahr wieder zeitweise bei der Ursprungsfamilie. Heute ist Frau Ohnstedt in zweiter Ehe verwitwet, steht jedoch in regem Kontakt mit der Familie ihres Sohnes.

Konflikte in der Ursprungsfamilie von Frau Ohnstedt wurden durch Gewalt und Drohungen zu lösen versucht, verbale und körperliche Bestrafungen gehörten an allen Orten, an denen sie sich aufhielt, zum Alltag. Ihr einziger Zufluchtsort in der Kindheit war ihr Cousin. Dieser jedoch begann, sie ab ihrem achten Lebensjahr regelmäßig zu vergewaltigen. Er erzwang die sexuellen Kontakte und das Schweigen darüber durch seine spezifische Stellung, Gewalt und Drohungen. Als er in den Krieg eingezogen wurde, erhoffte sich Frau Ohnstedt, wieder zu einem normalen Verhältnis mit dem Cousin zurückkehren zu können. Als er während eines Fronturlaubs jedoch von Heirat spricht, bricht sie in Panik aus und wünscht, er möge nicht zurückkehren. Als dieser Wunsch Wirklichkeit wird, bleibt Frau Ohnstedt mit einer nicht verkräftbaren Mischung an unvereinbaren Gefühlen zurück:

² Die Zitate sind der Publikation „Sexuelle Gewalt und Geschlecht“ (Gahleitner, 2005b) entnommen und stammen aus einem Forschungsprojekt zur Bewältigung früher sexueller Gewalterfahrung bei Frauen und Männern. Alle Angaben sind anonymisiert.

Es war Krieg, und er war Soldat, und da stand er mir plötzlich gegenüber und sagte: „Wenn ich nach Hause komme aus dem Krieg, dann heirate ich dich.“ Und das hat für mich so einen Schock gegeben, dass ich gewünscht habe, er würde nicht nach Hause kommen. Und er ist nicht nach Hause gekommen. [...] Das war für mich auch eine Gewissensfrage [...], ich habe mir geschworen, ich würde nie wieder jemandem etwas Schlechtes wünschen.

Im Interview spricht sie das erste Mal über ihre Vergewaltigungen. In ihrem ereignisreichen Leben „gab es immer noch schlimmere Situationen“: Die Ablehnung durch die eigene Mutter, Krieg, Hunger, Zerstörung und später das Leben als erwerbstätige und alleinerziehende Mutter ließen sie gar nicht dazu kommen, sich tiefer auseinanderzusetzen. Früher hat sie diese Zurückhaltung geschützt. Heute jedoch, mehr als 60 Jahre später, ist alles – für sie unerwartet – wieder ganz präsent: „Richtig aufgewühlt bin ich jetzt erst, wo ich mein ganzes Leben rotieren lasse [...], da habe ich mich beschäftigt mit meiner Jugend“.

Heute im Rückblick betrachtet, hat es in ihrem Leben an Situationen, die auf Auswirkungen dieses Erlebnisses hinweisen, nicht gefehlt: Suizidgedanken bereits als Jugendliche, ein nur knapp verfehlter Suizidversuch im jungen Erwachsenenalter, depressive Verstimmungen und viele Anzeichen mehr: „Ich hatte keine Kontrolle mehr“, benennt sie diesen Zustand. Auf die Frage, wie sie es geschafft habe, ihr Leben zu meistern, sagt Frau Ohnstedt spontan: „Wissen Sie was, das weiß ich selber nicht so genau [...]. Aber ich wusste, du hast ein Kind, und du musst für ihn da sein“. Diese Ambivalenz zwischen dem Gefühl, ganz viel auf dem Herzen zu haben, aber keinen inneren und äußeren Raum dafür, taucht im Interview immer wieder auf.

An professionelle Hilfe hat sie die ganzen Jahre nie gedacht: „Ich habe noch nie einen Therapeuten benutzt, ich rede mir immer ein, du wirst damit alleine fertig“. Vor allem Schuld- und Schamgefühle und ein tief zerstörtes Selbstwertgefühl habe sich über die damaligen Erfahrungen und zugehörigen Gefühle gelegt. Am Ende des Interviews gesteht sie jedoch, wie groß ihr Bedarf nach einem Menschen ist, mit dem sie diese ganzen Geschehnisse ausführlich teilen kann: „Und so könnte ich noch tagelang erzählen ...“.

Gemeinsam und personenzentriert Antworten finden auf gemischte Gefühle bei Trauer und Trauma

Trauma und Trauer haben eine große Schnittmenge. Komplizierte Trauer kann traumatische Auswirkungen haben, eine Reihe traumatischer Erfahrungen führt zu anhaltenden Trauergefühlen und komplizierten Trauerreaktionen. Im vorliegenden

Fall ist die Verbindung zwischen Trauergefühlen und traumatischen Auswirkungen³ besonders spezifisch verknüpft und wurde über viele Jahre hinweg von Frau Ohnstedt beiseitezuschieben versucht. Die langjährige Vermeidung der traumatischen Belastung fordert jedoch im Alter in der Regel ihren Preis. Für alternde Menschen sind die Annahme und Integration der eigenen Vergangenheit und Gegenwart eine zentrale Entwicklungsaufgabe, angsterregende Erinnerungen an traumatische Vergangenheitserfahrungen können diesen Prozess jedoch nachhaltig behindern (Kolk, 2000).

Bei einer destruktiven Interaktion der beiden Prozesse kommt es leicht zu der von Frau Ohnstedt beschriebenen Ambivalenz zwischen Aufdeckungs- und Vermeidungsdynamik (Birck, 2001). Die Fähigkeit, weiterhin mit dieser Perfektion zu verdrängen und mit der Gesellschaft und dem darin herrschenden Gesundheitskult mitzuhalten, verringert sich, wird jedoch nach traditionellen Erklärungsmustern als individuelles Versagen interpretiert. Das Dilemma von nicht erzählten Erinnerungen wird zu einer Spirale aus vielfältiger Symptomatik, Scham und verzweifelten Bemühungen, die Auswirkungen erneut nicht zur Kenntnis nehmen zu müssen oder nach außen zu zeigen.

Es kommt – wie in diesem Fall – zu einer sehr komplizierten über den Lebensverlauf anhaltenden Trauer, die im Alter aufbricht und von traumatischen Symptomen wie Intrusionen, Vermeidung und Übererregung durchsetzt ist. „Warum wühle ich jetzt alles auf. Vielleicht hätte ich das lieber nicht machen sollen?“, sagt Frau Ohnstedt im Interview. An dieser Stelle ist es angemessen, professionelle Unterstützung zu suchen bzw. zu leisten. Was also würden wir Frau Ohnstedt auf ihrem Weg in ein mehr als verdientes und ruhiges Alter wünschen? Im Folgenden sollen dazu einige Überlegungen – z. T. bezogen auf den Prozess von Frau Ohnstedt, jedoch auch darüber hinaus – angestellt werden.

Wieder Vertrauen, Bindung und Einbettung ermöglichen

Komplizierte Trauer hat immer mit Beziehungserschütterungen zu tun. Zunächst muss für so tief beziehungserschütterte Menschen wie Frau Ohnstedt daher erst wieder Vertrauen geschaffen werden. Vertrauen beruht auf den zuvor gemachten Erfahrungen (Zulauf Logoz, 2012). Ohne Vertrauen ist ein Leben in der komplexen heutigen Lebenswelt kaum möglich. Fachkräfte im psychosozialen Bereich stehen daher vor der Situation,

³ In diesem Artikel können aufgrund der Schwerpunktsetzung ‚komplizierte Trauer‘ nicht alle Grundlagen traumatischer Prozesse ausgeführt werden. Vgl. dazu jedoch die ausführlichen Artikel von Keil (in diesem Band) und Teichmann-Wirth (in diesem Band).

Vertrauen, Sicherheit und auch soziale Einbettung schaffen zu müssen (Gahleitner, 2017, 2018). Auch auf der Basis bindungstheoretischer Überlegungen (Bowlby, 1951/1973) sind Menschen, die sich über einen langen Zeitraum in desolaten Verhältnissen befanden und traumatische Erfahrungen gemacht haben, tatsächlich existenziell auf soziale Ressourcen angewiesen, die als positive Gegenhorizonte eine stabile psychosoziale Geborgenheit verbürgen könnten.

Therapie und Beratung müssen daher in besonderer Weise in der Lage sein, „prothetische soziale Netzwerke“ (Petzold, 2003, S. 742) zu knüpfen. Für diese Entwicklung brauchen von komplizierten Erfahrungen belastete Menschen möglichst viele „emotional korrigierende Erfahrungen“ (Brisch, 1999, S. 94; vgl. auch Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Strauß et al., 2006; Horvath, 2018). Personzentriertes Arbeiten ist hier als Wegbereiter zu begreifen. Als erster Vertreter aus dem helfenden Spektrum formulierte Rogers (1957a, 1959a/1987, 1967f) diese umfassende wachstumsfördernde Beziehung als notwendige und hinreichende Grundbedingung von Hilfeprozessen. Therapie *ist* Begegnung, wie Rogers und Buber in ihrem Dialog 1960 feststellten (zur Verbindung von Bindungstheorie und PZA u. a. Biermann-Ratjen, 2006; Höger, 2007; Höger & Müller, 2002; zu der Verbindung komplizierte Trauer und personzentrierter Ansatz Backhaus, 2017). Im therapeutischen Rahmen wird dabei jedoch oft vernachlässigt, dass sich diese Begegnung nicht nur auf die Dyade zwischen Klient oder Klientin und Therapeut oder Therapeutin bezieht.

Aus traumapädagogischen Überlegungen heraus argumentiert Kühn (2008), dass das Wiedererlangen eines „inneren sicheren Ortes“ zunächst einen „äußeren sicheren Ort“ (S. 323) braucht, d. h. verlässliche, einschätzbare und zu bewältigende Lebens- und Alltagsbedingungen. Auch aus der Netzwerkforschung wissen wir: „Soziale Beziehungssysteme ermöglichen eine gelingendere Lebensführung [...] und [...] schaffen die Voraussetzung für ein Überwinden von Unsicherheit, Krisen und [...] Krankheiten“ (Weinhold & Nestmann, 2012, S. 54; vgl. auch Nestmann, 2010). Für Frau Ohnstedt war folglich nicht nur bedeutsam, erstmals mit anderen Menschen über die Erfahrungen gesprochen zu haben, sondern spielten behutsam explorierende und das Umfeld einbeziehende Vorgehensweisen eine entscheidende Rolle. So beschäftigte sie sich z. B. lange mit der Frage, wie sie ihren Kindern gegenüber mit der ‚neuen Erkenntnis‘ umgehen möchte. In einem komplexen Prozess von beziehungsorientiert unterstützter Selbstexploration, jedoch auch psychoedukativen Sequenzen zu traumatischen Bewältigungsprozessen konnte sie in dieser Frage eine für sich hilfreiche Lösung finden, die sie spürbar entlastete und für das weitere Vorgehen öffnete.

In der Aufgehobenheit das Gefühlschaos so weit wie möglich bewältigen

Auf der Basis dieser (wieder) erworbenen Sicherheit kann es auch möglich werden, in einem weiteren Schritt negative Lebensereignisse über Unterstützungs- und Mentalisierungsprozesse zu bewältigen. Vor Kurzem haben Fröhlich-Gildhoff und Jürgens-Jahnert (2017) das Mentalisierungskonzept ausführlich für den personzentrierten Bereich ausformuliert. Werden emotional wichtige Erlebnissequenzen von anderen Menschen empathisch unterstützt, so werden „innere Gefühlszustände [...] auf der Ebene bewusster sprachlicher Diskurse ‚verfügbar‘“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 419). Personzentriert sprechen wir von exakter Symbolisierung. Auf komplizierte Trauerreaktionen bezogen, bedeutet dies, dass „besonders in schwierigen Lebensumständen [...] sprachliche Repräsentationen vom Denken, Fühlen und Handeln [...] durch offene Kommunikation mit vertrauten Personen ‚ko-konstruiert‘ werden“ (ebd., S. 427) müssen.

Dadurch kann eine – allerdings keineswegs in jedem Fall mögliche (vgl. dazu Keil, in diesem Band) – Integration des Unannehmbaren und Furchterregenden in das Selbstkonzept ermöglicht werden und eine Rekonstruktion von den traumatisch gefärbten und überflutenden Gefühlen und Gedanken erfolgen, die mit dem negativen Erlebnis im Zusammenhang stehen. In der Traumatherapie hat sich dafür eine Reihe von Verfahren etabliert, die sich zur Traumakonfrontation und -aufarbeitung eignen (Foa, Keane & Friedman, 2000). Personzentriert betrachtet steht hierbei jedoch nicht die Exposition im Vordergrund (Claas, 2007; Steinhage, 2007; Weinberg, 2005), sondern es geht um einen Prozess des „empathischen Verstehens“, also um Empathie und Verstehen, also darum zu helfen, exakt zu symbolisieren, wie Rogers dies bereits 1957 (Rogers, 1957a) sagte und Finke (vgl. u. a. 2012) es mehrfach thematisiert hat. „Da der Mensch aber immer auch korrigierende Beziehungserfahrungen machen, d. h. an neuen Erfahrungen die Ungültigkeit seiner bisherigen Beziehungserfahrungen erleben kann, ist Psychotherapie als Beziehungstherapie möglich und nötig“, beschreibt Finke (2004, S. 14) dieses Vorgehen.

Gefühle zu sortieren, zuzuordnen und strukturiert damit umzugehen, kann dabei ein Aspekt sein (vgl. z. B. Kachler, 2010), ist aber nicht zwingend. Zentraler ist die Erfahrung der Klienten und Klientinnen entsprechend dem Konzept der Feinfühligkeit (Ainsworth, Bell & Stayton, 1974), das sich parallel zu den „Bedingungen des therapeutischen Prozesses“ nach Rogers (1959a/1987, S. 40) lesen lässt (Gahleitner, 2018). Für Frau Ohnstedt ermöglichte diese empathische Beistandschaft auf der Basis des gewachsenen Vertrauens eine zunehmende Öffnung in Bezug auf die schambesetzten Erfahrungen: „*Er hat mich vergewaltigt. Aber fragen Sie mich nicht, ich hab' das*

vollkommen verdrängt [...]. Ich wusste, das ist hier verschlossen, und das musste dort bleiben.“ Im Rahmen der Behandlung jedoch gelingt ihr ein anderer Zugang, der das Herausarbeiten und den Ausdruck der verschiedenen Gefühle ermöglicht: „Und seitdem bin ich penetrant traurig, unglücklich und wütend – alles auf einmal.“ Und diese Symbolisierung ihrer Gefühle ermöglicht ihr schließlich die Integration.

Ein Modell, um wieder in den Lebensalltag zurückzufinden

Unter anderem auf Basis der soeben angestellten Überlegungen hat sich in Traumatherapie, Traumaberatung wie Traumapädagogik ein hilfreiches „Drei-Phasen-Modell“ (vgl. u. a. für die Psychotherapie Herman, 1992; für den Bereich der Traumapädagogik und Traumaberatung Gahleitner, 2011) herauskristallisiert, das für schwierige Lebensereignisse und komplizierte Trauer sehr gut geeignet ist und ebenfalls grundlegend auf den Bindungs- und Einbettungsaspekt verweist. Das Modell lässt sich problemlos in Übereinstimmung bringen mit dem Phasenmodell im Sinne der prozessorientierten Gesprächspsychotherapie nach Swildens (1988/1991; vgl. in seiner Anwendung auf PTSD Finke & Teusch, 2007; vgl. für eine Variation Claas, 2007) mit den Elementen Prämotivationsphase, Symptomphase, Problem- oder Konfliktphase, existenzielle Phase und Abschiedsphase.

Innere wie äußere Sicherheit ist demnach, wie soeben beschrieben, in der Phase der Stabilisierung und Ressourcenerschließung die Voraussetzung für alle weiteren Schritte. Dazu gehören der bindungs- und beziehungsensible Aufbau mindestens einer professionellen Beziehung und die Erschließung weiterer sozialer Ressourcen, letztlich die wirksame Herstellung eines umfassenden sozial unterstützenden „Milieus“ (Böhnisch, 1994, S. 222; vgl. auch Gahleitner, 2018). Für den Personenzentrierten Ansatz hat Kriz (2017) in seinem neuen Buch „Subjekt und Lebenswelt“ dafür gekonnt humanistische und systemische Aspekte verknüpft. In einer zweiten Phase der Auseinandersetzung mit dem Trauma und mit der komplizierten Trauer geht es – wie soeben für Frau Ohnstedt geschildert – um den behutsamen Versuch, schwierige Erinnerungen unter Einbezug der emotionalen Komponenten zuzulassen, ohne von den begleitenden Gefühlen überwältigt zu werden.

Nach einer ausreichenden Stabilisierung und Beschäftigung mit der komplizierten Trauer kann auf dieser Basis eine Neuorientierung stattfinden, die den Bewältigungsprozess konstruktiv unterstützen kann. Im Falle von Frau Ohnstedt ermöglichten hier sehr hilfreich biografieorientierte Vorgehensweisen einen explorativen Rückblick auf ihr Leben und ihre gewaltige Überlebensleistung, sodass ihr erneut deutlich werden konnte, was zuvor eher psychoedukativ eingeflossen war: Komplizierte Trauer und Trauma sind normale Reaktionen

auf völlig abnormale Ereignisse, deren Überlebensleistung es zu würdigen gilt. Nicht in jedem Falle gelingt eine so umfassende Integration wie für Frau Ohnstedt, aber immer ist es möglich, behutsam und personenzentriert auszuloten, wie weit – auf Basis eines gewachsenen Vertrauens und einer gelungenen Beziehung – die Integration der schwierigen Erfahrungen in das Selbstkonzept möglich oder eher (unter)stützende Arbeit angebracht ist (vgl. dazu ausführlich Keil, in diesem Band).

Schluss und Ausblick

Ein Gefühl kommt selten allein. Uneindeutige Gefühlsmischungen stellen jedoch Herausforderungen an Klienten und Klientinnen wie Fachkräfte. Voraussetzung für einen gelungenen Prozess entsprechend der soeben entfaltenen Argumentation ist, dass die Gedanken und Gefühle zunächst umfassend angenommen und dialogisch verstanden werden. Für die Annahme – häufig entgegen kulturellen Vorstellungen und Normen – bedarf es daher eines konstanten Hinterfragens von Zuschreibungen und Normvorstellungen, gepaart mit einer Offenheit für das interaktive Geschehen innerhalb der Therapie und Beratungssituation (Rommelspacher & Wachendorfer, 2008). Das gilt für alle Lebensereignisse, auch Trauer, auch komplizierte Trauer und für jedes – auch manchmal nicht auf den ersten Blick durchschaubare – Empfinden verschiedenster Gefühle.

Der personenzentrierte Ansatz fokussiert für den Bewältigungsprozess dabei weniger auf die kognitive und emotionale Exposition komplizierter Trauer, sondern auf die erfahrungsorientierung „durch gemeinsame soziale Praxis“ (Fuchs, 2010, S. 206). Eine empathische, wertschätzende und authentische Beziehung herzustellen, wie sie Rogers (1959a/1987) als Grundbedingung psychotherapeutischen Handelns umrissen hat, ist tatsächlich nichts technisch Lehrbares. Die professionelle Beziehung ist also nicht als rein methodisch reflektiertes Repertoire aufzufassen. Biermann-Ratjen (2011, S. 45) spricht von einer „Haltung“ und nicht „Verhaltensweise“ (vgl. in Bezug auf Trauerprozesse Backhaus, 2017).

Aber die professionelle Beziehung ist auch nicht als unhinterfragte personale Ressource zu verstehen. Es braucht sehr wohl ein genaues Hinschauen auf zugrunde liegende theoretische Konzepte, das aber bedeutet wiederum nicht, in der professionellen Rolle zu versinken und sich hinter Theorie verschanzen zu können. Man muss über eine Reihe von Kenntnissen verfügen, ohne diese unreflektiert und manualfixiert auf Patienten und Patientinnen zu übertragen. Als hilfreich erweist sich ein breiter Wissensschatz, vor dessen Hintergrund sich die Möglichkeit zu einer „strukturierte[n] Intuition“ (Gahleitner, 2005a, S. 130) bietet, die sich auf dieser Basis souverän und systematisch entfalten kann.

Literatur

- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M. & Stayton, D. J. (1974). Infant-mother attachment and social development. „Socialization“ as a product of reciprocal responsiveness to signals. In M. P. Richards (Hrsg.), *The integration of a child into social world* (S. 99–135). Cambridge: Cambridge University Press.
- Backhaus, U. (2017). *Personzentrierte Beratung und Therapie bei Trauer und Verlust*. München: Reinhardt.
- Berrios, R., Totterdell, P. & Kellett, S. (2015). Eliciting mixed emotions: a meta-analysis comparing models, types, and measures. *Frontiers in Psychology*, 6, Art. 428. Verfügbar unter: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2015.00428/full> [27. 9. 2018].
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2006). Hat die Säuglingsforschung die Psychotherapie verändert? In B. Strauß & M. Geyer (Hrsg.), *Grenzen psychotherapeutischen Handelns* (S. 25–42). Göttingen: Hubert.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2011). Empathie heute. *Person*, 15(1), 44–51.
- Birck, A. (2001). *Die Verarbeitung sexualisierter Gewalt in der Kindheit bei Frauen in der Psychotherapie*. Berlin: Behandlungszentrum für Folteropfer.
- Böhnisch, L. (1994). *Gespaltene Normalität. Lebensbewältigung und Sozialpädagogik an den Grenzen der Wohlfahrtsgesellschaft*. Weinheim: Juventa.
- Bonanno, G. A. (2012). *Die andere Seite der Trauer. Verlustschmerz und Trauma aus eigener Kraft überwinden*. Bielefeld: Edition Sirius im Aisthesis Verlag (englisches Original erschienen 2009: The other side of sadness. New York: Basic Books).
- Bowlby, J. (1973). *Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit*. München: Kindler (englisches Original erschienen 1951: Maternal care and mental health. Genf: WHO).
- Brisch, K. H. (1999). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Claas, P. (2007). Brauchen wir eine „Traumatherapie“ oder brauchen wir eine Personzentrierte Psychotherapie für traumatisierte Klientinnen und Klienten? In GwG Akademie (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten* (S. 10–46). Köln: GwG.
- Damasio, A. R. (2000). *Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins*. München: List (englisches Original erschienen 1999: The feeling of what happens. New York: Harcourt Brace).
- Dante Alighieri (2014). *Gedichte. Rime. Italienisch und Deutsch* (Reihe: Humaniora, Bd. 8). Berlin: Lit.
- Deutscher Hospiz- und Palliativverband (DHPV) (2017). *Trauer und Trauerbegleitung. Eine Handreichung des DHPV*. Berlin: DHPV. Verfügbar unter: https://www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Broschueren/Broschu%CC%88re_TrauerundTrauerbegleitung_Ansicht.pdf [19. 2. 2019].
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J. C., Timulak, L. & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (6., überarb. Aufl.; S. 495–538). New York: Wiley.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen* (3., überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2012). Rogers richtig verstehen: Vom Selbst-Miss-Verständnis der Personzentrierten Psychotherapie. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 43(1), 6–9. Verfügbar unter: https://www.gwg-ev.org/sites/default/files/shopdownloads/GPB_01-2012_finke.pdf [27. 9. 2018].
- Finke, J. (2013). *Träume, Märchen, Imaginationen. Personzentrierte Psychotherapie und Beratung mit Bildern und Symbolen* (Reihe: Personzentrierte Beratung & Therapie, Bd. 11). München: Reinhardt.
- Finke, J. & Teusch, L. (2007). Gesprächspsychotherapie bei posttraumatischer Belastungsstörung. In GwG Akademie (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten* (S. 69–92). Köln: GwG.
- Foa, E. B., Keane, T. M. & Friedman, M. J. (Hrsg.) (2000). *Effective treatments for PTSD*. New York: Guilford.
- Frances, A. (2013). *Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen*. Köln: Dumont (englisches Original erschienen 2013: Saving normal. New York: Morrow).
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Jürgens-Jahnert, S. (2017). Mentalisieren und Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – passt das zusammen? *Person*, 21(1), 23–33.
- Fuchs, T. (2010). *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption* (3., akt. und erw. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Gahleitner, S. B. (2005a). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung* (Reihe: Personzentrierte Beratung & Therapie, Bd. 2). München: Reinhardt.
- Gahleitner, S. B. (2005b). *Sexuelle Gewalt und Geschlecht. Hilfen zur Traumabewältigung bei Frauen und Männern* (Reihe: Forschung psychosozial). Gießen: Psychosozial.
- Gahleitner, S. B. (2011). *Das Therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Gahleitner, S. B. (2017). *Soziale Arbeit als Beziehungsprofession. Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Gahleitner, S. B. (2018). Bindung, Beziehung und Einbettung ermöglichen – Anregungen für die Therapie und Beratung mit beziehungserschütterten Menschen. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, 49(3), 131–135.
- Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2004). *Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery. From domestic abuse to political terror*. London: Harper Collins.
- Höger, D. (2007). Der personzentrierte Ansatz und die Bindungstheorie. In J. Kriz & T. Sluneco (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes* (Reihe: Psychotherapie – Ansätze und Akzente, Bd. 2; S. 64–78). Wien: Facultas.
- Höger, D. & Müller, D. (2002). Die Bindungstheorie als Grundlage für das empathische Eingehen auf das Beziehungsangebot von Patienten. *Person*, 6(2), 35–44.
- Horvath, A. O. (2018). Research on the alliance: Knowledge in search of a theory. *Psychotherapy Research*, 28(4), 499–516. Verfügbar unter: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10503307.2017.1373204?needAccess=true> [27. 09. 2018].
- Kachler, R. (2010). *Hypnosystemische Trauerbegleitung. Ein Leitfaden für die Praxis* (Reihe: Hypnose und Hypnotherapie). Heidelberg: Carl Auer Systeme.
- Kachler, R. (2018). *Nachholende Trauerarbeit. Hypnosystemische Beratung und Psychotherapie bei frühen Verlusten*. Heidelberg: Carl Auer Systeme.
- Kolk, B. A. v.d. (2000). Trauma und Gedächtnis. In B. A. v.d. Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie* (Reihe: Innovative Psychotherapie und Humanwissenschaften, Bd. 62; S. 221–240). Paderborn: Junfermann (englisches Original erschienen 1996: Trauma and memory. In: Traumatic Stress. New York: Guilford).
- Kriz, J. (2017). *Subjekt und Lebenswelt. Personzentrierte Systemtheorie für Psychotherapie, Beratung und Coaching* (Reihe: Systemische Therapie). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kühn, M. (2008). Wieso brauchen wir eine Traumapädagogik? Annäherung an einen neuen Fachbegriff. *Trauma & Gewalt*, 2(4), 318–327.
- Larson, J. T. & McGraw, A. P. (2014). The case for mixed emotions. *Social and Personality Psychology Compass*, 8(6), 263–274. Verfügbar unter: http://biosocialmethods.isr.umich.edu/wp-content/uploads/2015/10/Larsen_McGraw_2014.pdf [27. 9. 2018].

- Nestmann, F. (2010). Soziale Unterstützung – Social Support. In W. Schröder & C. Schweppe (Hrsg.), *Enzyklopädie Erziehungswissenschaft Online* (S. 1–39). Weinheim: Juventa.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4., überarb. Aufl.; S. 270–376). New York: Wiley.
- Paul, C. (2012). Aberkannte Trauer. In E. Schärer-Santschi (Hrsg.), *Trauern. Trauernde Menschen in Palliative Care und Pflege begleiten* (S. 225–231). Bern: Huber.
- Paul, C. (2014). Kinder und Jugendliche als Trauernde nach einem Suizid. Eine Möglichkeit menschlichen Handelns. In F. Röseberg & M. Müller (Hrsg.), *Handbuch Kindertrauer. Die Begleitung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien* (S. 190–195). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petzold, H. G. (2003). *Integrative Therapie. Modelle, Theorien & Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie. Band 2: Klinische Theorie* (2., überarb. u. erw. Aufl.). Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G. (2004). Psychotherapeutische Begleitung und „Trostarbeit“ bei Sterbenden – ein integratives Konzept für die Thanatotherapie. *Polyloge*, 4(5), Art. 3. Verfügbar unter: <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/Petzold-Thanatotherapie-Polyloge-05-2004.pdf> [27. 9. 2018].
- Petzold, H. G. (2007). Trost und Trauer: Konzepte und Modelle. *Thema Pro Senectute*, 2(2), 40–49.
- Petzold, H. G. & Orth, I. (2007). *Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie. 2 Bände* (4., unveränd. Aufl.). Bielefeld: Edition Sirius im Aisthesis Verlag (Erstaufl. erschienen 1990).
- Reichel, R. (2018). *Vom Sinn des Sterbens. Gedanken und Anregungen für den Umgang mit Sterben und mit Sterbenwollen*. Wien: Facultas.
- Rogers, C. R. (1957a). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. Verfügbar unter: <https://pdfs.semanticscholar.org/7791/6b2c9590fa152e43c452f88e6cee41ff95f5.pdf> [26. 8. 2018].
- Rogers, C. R. (1967f). The interpersonal relationship in the facilitation of learning. In R. R. Leeper (Hrsg.), *Humanizing education* (S. 1–18). Washington: NEA.
- Rogers, C. R. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG (englisches Original erschienen 1959: A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In: Psychology. New York: McGraw-Hill).
- Rogers, C. R. & Buber, M. (1960). Dialogue between Martin Buber and Carl Rogers. 1957. *Psychologia. An International Journal of Psychology in the Orient*, 3(4), 208–221.
- Rommelspacher, B. & Wachendorfer, U. (2008). Interkulturelle Therapie. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 2: Spezieller Teil* (S. 1337–1360). Tübingen: DGVT.
- Sagmeister, S., Nabors, B. & Curtis, H. (2016). *The Happy Film*. Film. USA.
- Steinhage, R. (2007). Psychotherapie mit Multiplen Persönlichkeiten. In GwG Akademie (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte KlientInnen und Klienten* (S. 198–239). Köln: GwG.
- Strauß, B., Kirchmann, H., Eckert, J., Lobo-Drost, A., Marquet, A., Papenhäusen, R., Mosheim, R., Biebl, W., Liebler, A., Seidler, K.-P., Schreiber-Willnow, K., Mattke, D., Mestel, R., Daudert, E., Nickel, R., Schauenburg, H. & Hoger, D. (2006). Attachment characteristics and treatment outcome following inpatient psychotherapy: Results of a multisite study. *Psychotherapy Research*, 16(5), 579–594.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. Einführung in eine differenzielle Anwendung des klientenzentrierten Ansatzes bei der Behandlung psychischer Erkrankungen*. Köln: GwG (niederländisches Original erschienen 1988: Procesgerichte gesprekstherapie. Amersfoort: Acco).
- Wagner, B. (2013). *Komplizierte Trauer. Grundlagen, Diagnostik und Therapie*. Berlin: Springer.
- Weinberg, D. (2005). *Traumatherapie mit Kindern. Strukturierte Traumaintervention und traumabezogene Spieltherapie* (Reihe: Leben lernen, Bd. 178). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Weinhold, K. & Nestmann, F. (2012). Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung in Übergängen. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten* (Reihe: Klinische Sozialarbeit. Beiträge zur psychosozialen Praxis und Forschung, Bd. 4; S. 52–67). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Worden, W. J. (1987). *Beratung und Therapie in Trauerfällen. Ein Handbuch* (Reihe: Psychologie-Praxis). Bern: Huber (englisches Original erschienen 1982: Grief counseling and grief therapy. New York: Springer).
- Znoj, H. (2004). *Komplizierte Trauer* (Reihe: Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 23). Göttingen: Hogrefe.
- Zulauf Logoz, M. (2012). Bindung, Vertrauen und Selbstvertrauen. *Zeitschrift für Pädagogik*, 58(6), 784–798.

Traumasesensible Begleitung rund um die Diagnose Krebs

Ein integrativer Ansatz¹

Beatrix Teichmann-Wirth

Wien, Österreich

Nach der Beschreibung von spezifischen Facetten einer personenzentrierten Beziehung in der psychoonkologischen Begleitung werden die Symptome des Schocks, die mit einer Krebsdiagnose zumeist verbunden sind und oftmals denen einer akuten traumatischen Belastungsreaktion ähneln, sowie deren neurophysiologischer Hintergrund beschrieben. Es wird auf die Traumaspezifika und das Traumatisierungspotenzial einer Krebsdiagnose eingegangen. Es werden Elemente einer traumasensiblen Diagnose vorgestellt wie auch traumafokussierte Maßnahmen zur Akuthilfe, die einer potenziellen Traumatisierung entgegenwirken. Ziel des vorliegenden Artikels ist es, mithilfe von traumaspezifischem Wissen einen Verstehenshintergrund für die teilweise heftigen Reaktionen nach einer Krebsdiagnose zu geben. Es werden Möglichkeiten vorgestellt, wie der Ausbildung einer posttraumatischen Belastungsreaktion und dem damit verbundenen erhöhten Rezidivrisiko entgegengewirkt werden kann, damit die Krebsdiagnose als Herausforderung und nicht als Überforderung erlebt werden kann.

Schlüsselwörter: Krebsdiagnose, traumasensible Begleitung, akute posttraumatische Belastungsreaktion, personenzentrierte Beziehung, Psychoonkologie

Trauma-sensitive professional support related to diagnosis of cancer. An integrative approach. After describing specific facets of a person-centered relationship in professional psychooncological support, the symptoms of shock, which are in most cases related to a cancer diagnosis and which are often similar to the symptoms of an acute posttraumatic stress disorder, as well as their neurophysiological background are described. Following this, the trauma specifics and the trauma potential of a cancer diagnosis are elaborated on. Elements of trauma sensitive diagnostics are introduced as well as trauma focused measures for acute relief, which counteract potential traumatization. It is the goal of the present article to provide a framework for understanding the partially severe reactions following a cancer diagnosis by providing trauma-specific knowledge. Options are provided with which to prevent the development of a posttraumatic stress disorder and the accompanying risk of relapse so that the cancer diagnosis can be experienced as a challenging rather than an excessively demanding event.

Keywords: cancer diagnosis, traumasensitive professional support, acute posttraumatic stress disorder, person-centered relationship, psychooncology

Einleitung

„Die Diagnose war ein Schock!“ ist wohl der meist gehörte Satz von Menschen, die mit einer Krebsdiagnose konfrontiert sind. Durch dieses einschneidende Ereignis wird der Mensch, wie zu zeigen sein wird, erheblich in seiner Selbstwirksamkeit beeinträchtigt. Die Selbstwirksamkeit, welche sich für mich aus der

Selbstregulation, – der Fähigkeit, die eigenen Bedürfnisse zu erkennen und zu beantworten – und der Selbstbestimmung – dem Eintreten für eben diese Bedürfnisse und Wünsche – definiert, ist in meinem Verständnis *das* zentrale Agens am Krebsweg.

Mein Vorgehen in der Begleitung krebserkrankter (erwachsener) Menschen gründet auf einem personenzentrierten Beziehungsverständnis und traumatherapeutischem Wissen. Der persönliche Erfahrungshintergrund einer dreimaligen Krebsdiagnose ist dabei wesentlich. Ich habe andernorts über meine

Beatrix Teichmann-Wirth: Klinische und Gesundheitspsychologin, Personenzentrierte Psychotherapeutin in freier Praxis in Wien, Traumatherapeutin, langjährige Ausbilderin des Forum, zahlreiche Veröffentlichungen vor allem zu Psychotherapie und Krebserkrankung.

Arbeitsschwerpunkte: Krebsbegleitung, Psychosomatik, körperorientierte Psychotherapie, Traumatherapie, Spiritualität.

E-Mail: beawirth@yahoo.de. Website: www.krebscoaching.org.

1 Im Sinne der Gendersensibilität habe ich, wenn ich nicht beide Geschlechter benannt habe, zumeist die weibliche Form gewählt, vor allem, wenn es um Beispiele aus meiner Praxis geht, weil ich vornehmlich mit Frauen arbeite.

Erfahrungen und eine personenzentrierte Betrachtung (m)eines Krebsweges ausführlich gesprochen (Teichmann-Wirth, 2008), weshalb ich hier nur eine der wichtigsten Lernerfahrungen auf meinem Krebsweg betonen möchte: Jede Krebsdiagnose, auch wenn es sich um erneute Diagnosen derselben Krebsart bei demselben Menschen handelt, braucht eine spezifische „Antwort“, ein unterschiedliches Vorgehen und eine Genauigkeit mit sich und der Krankheit.

Der vorliegende Artikel richtet sich an Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, Ärzte und Ärztinnen sowie medizinisches Personal, aber auch an Betroffene und die, die sie begleiten.

Er beschäftigt sich mit dem ersten Schritt im Leben mit Krebs. Diese erste Phase rund um die Diagnose ist in ihrem Verlauf wegweisend und entscheidend dafür, wie die weiteren Schritte – Therapiewahl sowie Behandlungen – erfolgen, aber auch in Bezug auf das Rezidivrisiko.

Die spezifische Beziehung in der Krebsbegleitung

Ebenso wie Macke-Bruck und Nemeskeri (2003, S. 579f.) halte ich es für hilfreich, „ein kontinuierliches Betreuungsangebot bereits ab dem Zeitpunkt der Diagnosestellung zur Verfügung stellen zu können, da erfahrungsgemäß psychosoziale und psychotherapeutische Unterstützung benötigt wird“.

Auch Fischer und Riedesser (2009, S. 369) plädieren für eine Begleitung, die schon bei der Diagnose beginnt und auf die individuelle Eigenart der Patientin Rücksicht nimmt. Dem „holding environment“ (Winnicott, 1965) kommt hier eine besondere Bedeutung zu. Traumatherapeutisches Wissen, um auch traumapräventive Maßnahmen setzen zu können, sind dabei unerlässlich.

In der Begleitung krebserkrankter Menschen sollte „die aktuelle Situation [die Diagnose, die Therapiewahl, das Erleben der Behandlung; Anm. der Autorin] thematischer Schwerpunkt der Therapie sein [...] und erst in zweiter Linie die Biographie bzw. Persönlichkeit“ (Schmeling-Kludas, 2006, S. 399).

Die psychotherapeutische Beziehung in der Begleitung krebserkrankter Menschen verändert sich: Stehen rund um die Diagnose die Krisenintervention, eine Stabilisierung und Reorientierung im Vordergrund, so ähnelt die Begleitung im weiteren Verlauf – z. B. bei der Ursachensuche – mehr einem „klassischen“, personenzentrierten Beziehungsangebot. Etwaige Veränderungs-schritte im Leben, die aufgrund der Ursachenforschung als notwendig erscheinen, brauchen meiner Auffassung (Teichmann-Wirth, 2008, S. 297) zufolge Ermutigung und Bekräftigung. Dem Therapeuten bzw. der Therapeutin kommt hier eine Mentorenfunktion zu mit aktiver(er) Unterstützung und der gemeinsamen Planung konkreter Schritte, aber auch der Hilfe bei deren Umsetzung (vgl. Le Shan, 1989/1993).

Das Vorgehen verlangt immer wieder einen Settingwechsel (vgl. Schmeling-Kludas, 2006, S. 400). In diesem Sinne „sollte der Psychotherapeut beispielsweise vorher klären, zu welchen Veränderungen des Settings er in der Lage ist, ob er bereit ist zu Besuchen im Krankenhaus oder zu Hause am Krankenbett“ (Macke-Bruck & Nemeskeri, 2003, S. 568).

Williges (2001, S. 25) versteht sich in seiner psychoonkologischen Tätigkeit zuallererst als „Freund und Anwalt des Körpers“ (ebd.): Der Krebspatient „braucht einen Freund und Begleiter, er braucht einen Begleiter durch alle diese Institutionen, der ihn auch einmal ermutigt oder ihm konkret sagt, was zu tun ist, um das Befinden zu verbessern und der Hoffnung Nahrung zu geben“ (ebd.).

Das Wissen um traumaspezifische, neurophysiologische Zusammenhänge scheint mir, wie auch Schmeling-Kludas (2006) sowie Fischer und Riedesser (2009), als Verstehenshintergrund in der Begleitung krebserkrankter Menschen notwendig. Nur auf dieser Grundlage kann ich wirklich Halt gebend sein, einerseits, weil ich diese teilweise hoch geladenen Prozesse einordnen kann und sie dadurch nicht erschreckend sind, andererseits, weil ich dieses Wissen auch psychoedukativ der Klientin zur Verfügung stellen kann, was einen beruhigenden Einfluss hat.

Sichernd ist auch, wenn der Therapeut bzw. die Therapeutin über Grundkenntnisse der Krebserkrankung, medizinische Abläufe und neue medizinische Behandlungsformen wie auch über die körperliche und medizinische Situation seines Patienten (vgl. Schmeling-Kludas, 2006, S. 400) verfügt. Indem ich z. B. darüber aufkläre, dass ein duktales Karzinom in situ nicht wie ein schnell wachsender, invasiver Tumor zu sofortigen Behandlungsmaßnahmen drängt, wirke ich dem irrationalen Verständnis von „Krebs ist gleich Krebs und damit lebensbedrohlich“ entgegen. Ideal wäre eine Zusammenarbeit mit den betreuenden Ärzten und Ärztinnen.

Weiters ist es günstig, wenn der Therapeut bzw. die Therapeutin „selbst in der Lage ist, die krankheitsbedingten Belastungen, Entstellungen, körperlichen Veränderungen und die daraus resultierenden Affekte des Patienten sowie die auf seiner eigenen Seite dadurch entstehenden Affekte zu ertragen“ (ebd., S. 400), wenn er bzw. sie also ein geringes Triggerpotenzial in Bezug auf schwere, potenziell lebensbedrohliche Krankheiten hat.

Facetten einer personenzentrierten Beziehung in der therapeutischen Begleitung krebserkrankter Menschen

Finke (1999) unterscheidet im Hinblick auf ein therapeutisches Beziehungskonzept zwischen Arbeitsbeziehung, Alter-Ego-Beziehung, Übertragungsbeziehung und Dialogbeziehung.

Auch wenn in einem längeren Krebsbegleitungsprozess all diese Formen zur Anwendung gelangen, stehen in der Begleitung rund um die Diagnose – meiner therapeutischen Erfahrung gemäß – in erster Linie die Arbeits- und Dialogbeziehung im Vordergrund.

Arbeitsbeziehung

Die Arbeitsbeziehung spannt sich nach Finke (1999, S. 14) zwischen „Engagement“ und „distanziertem Beobachten“ aus.

Wie noch zu zeigen sein wird, befinden sich Menschen, die mit einer Krebsdiagnose konfrontiert sind, in einer (extremen) Notsituation. Hier sind in besonderer Weise eine „haltgewährende Zuwendung“ und ein „ressourcenmobilisierendes Moment“ (ebd., S. 17), sowie eine „im ausdrücklichen Sinne spezifische Stützung“ oder „Förderung der Bewältigungskompetenz“ (ebd., S. 18) angebracht.

Die Not der Klientin hat eine enorme Sogwirkung, ein appellierendes Verlangen nach (schnellen) Lösungen wird an die Therapeutin herangetragen. Diesem Sog können wir uns nur schwer entziehen, mit der Gefahr, die nötige Distanz zu verlieren. Um nicht in der Angst und Verzweiflung „unterzugehen“, ist es notwendig, dass wir immer wieder für den zweiten Pol der Arbeitsbeziehung sorgen, indem wir eine „nüchternvergleichende“ (ebd., S. 20) Aufmerksamkeit zur Verfügung stellen, um auf dieser Basis gemeinsam förderliche Schritte z. B. in Bezug auf die Therapiewahl auszuloten. „Dass wir aus größerer Distanz schauen, wirkt auf die verwirrte und erregte Person beruhigend“ (Brossi, 2014, S. 275).

In der Traumatherapie wird in besonderer Weise auf den Charakter einer Arbeitsbeziehung geachtet.

Das Vorgehen ist transparent, strukturiert und fokussiert und gibt damit den nötigen Halt.

Die Psychoedukation zählt dabei zu den wesentlichen therapeutischen Mitteln. Schmeling-Kludas (2006, S. 399) erachtet die Psychoedukation insbesondere als Wissensvermittlung über typische Abläufe bei der Krankheit oder Traumabewältigung und in Bezug auf den „Umgang mit dem sozialen Umfeld“ als wesentlich. Die psychoedukative „Übersetzungsarbeit“ (Münker-Kramer, 2006, S. 305) lässt das überwältigende Traumaschehen verstehen. Allein durch die Erklärung, wie Traumaprozesse ablaufen, warum z. B. eine Triggerung durch den Geruch von Desinfektionsmitteln im Krankenhaus eine Reaktion von unangemessener Heftigkeit auslöst, bewirkt eine große Entlastung.

Dialogbeziehung

Bei der Krebserkrankung handelt es sich um ein (potenziell uns alle betreffendes) menschlich existenzielles Geschehen. In

diesem Sinne scheint es angebracht, dass die Therapeutin der Klientin als authentische, reale Person im Sinne einer von Finke (1999, S. 105) so benannten Dialogbeziehung gegenübertritt. Dazu gehört auch das „Mitteilen von Anteilnahme und Sorge“ (Finke, 2003, S. 68), ein lebendiges, engagiertes Interesse an den Prozessen des Krebsgeschehens und der je eigenen Vorgehensweise der Klientin sowie auch das „Bekunden von Solidarität“ (ebd., S. 26).

In der Regel weiß ich über die Kontrolluntersuchungstermine Bescheid, und es ist für mich selbstverständlich, dass ich danach für ein kurzes Telefonat zur Verfügung stehe. Aus psychohygienischen Gründen achte ich jedoch sehr darauf, wen und wie viele Krebspatientinnen ich in eine Begleitung aufnehme.

In meinem Verständnis ist die allerwichtigste Qualität in der Begleitung von krebserkrankten Menschen die unbedingte positive Selbstbeachtung (Rogers 1959a/1987, S. 36). Tausch (1981, S. 162) nennt diese Qualität die „offene Selbstauseinandersetzung des Helfers“.

Wie oben erwähnt ruft eine Krebsdiagnose in uns als Begleiterinnen eine Reihe von (emotionalen) Reaktionen hervor. Diese Reaktionen, die z. B. im Zuge einer Rezidivdiagnose bei einer Klientin, welche wir längere Zeit begleiten, auftreten, oder wenn der Klientin mitgeteilt wird, dass sie nicht mehr lange zu leben hat, oder auch, wenn die Klientin eine Therapieentscheidung trifft, von welcher wir annehmen, dass sie einer Gesundheit nicht förderlich ist, können heftig sein. Damit ist die Gefahr gegeben, dass wir, angesteckt von den im Raum stehenden Gefühlen schnell nach Lösungen suchen und mit Ratschlägen hilfreich sein wollen. Es ist daher notwendig, zunächst den eigenen inneren Reaktionen, den Ängsten und Bedrohungsgefühlen Gehör und eine wertschätzende Beachtung zu schenken. Dann kann ich sie auf die Seite stellen und mich erneut im Sinne der unbedingten positiven Beachtung (Rogers, 1959a/1987, S. 34) für den Moment und den Klienten bzw. die Klientin mir gegenüber öffnen.

In der vulnerablen Zeit rund um die Diagnose braucht es zuallererst die Qualität der Sicherheit. Die Therapeutin ist für die Klientin Ruhepol in all den Turbulenzen, eine Landstation, zu der man mit allem Belastenden unzensuriert kommen kann. Sie stellt damit eine „schützende Inselerfahrung“ (Gahleitner, 2014, S. 261; vgl. bereits Gahleitner, 2005, S. 63) zur Verfügung.

In den von Porges und Geller (2014/2017, S. 189) benannten therapeutischen Notwendigkeiten, um einer Traumareaktion im Sinne der Polyvagaltheorie entgegenzuwirken, finden sich ohne explizite Erwähnung hinsichtlich Präsenz, Kongruenz, empathischem Eingestimmtsein und authentischem differenziertem Ausdruck viele Parallelen zur personenzentrierten Psychotherapie.

Diagnose Krebs – der Schock

In der Regel ist eine Krebsdiagnose ein großer Schock, teilweise wie ein Blitz aus heiterem Himmel, ohne jegliche Symptomatik bei einer Routineuntersuchung kommend, ist der Mensch von einem Augenblick zum anderen (scheinbar!) plötzlich (tod-)krank.

Andere tragen bereits über längere Zeit einen Knoten in der Brust, den wahrzunehmen sie jedoch nicht wagen, oder sie haben Symptome wie einen Hautausschlag, der nicht in Zusammenhang mit einer Krebserkrankung gebracht wird. Die Krebsdiagnose ist, wenn schon nicht ein traumatisches Erleben, so doch eine Krise mit den „Gefühlen der Überforderung und des Ausgeliefertseins“ (Brossi, 2014, S. 279).

Viele Betroffene zeigen in der Folge der Diagnose Symptome einer akuten traumatischen Belastungsreaktion (ICD-10: F43.0, DSM-5; vgl. Kolk, 2015). Sehr eindrücklich bringt die von Langbein (2014, S. 74f) zitierte Bettina Reiter zum Ausdruck, was in den folgenden Fachtermini beschrieben wird: „Es ist wie ein irrsinniger Flächenbrand, der sich über die ganze Person und über alle Möglichkeiten zu denken und zu empfinden drüberlegt, und dann hast du eh keine Chance, dann bist du von dieser Angst eingenommen.“

Symptome einer traumatischen Belastungsreaktion

Die Diagnosekriterien der Akuten Belastungsreaktion in der ICD-10 (F43.0) bilden meiner Ansicht nach nur ungenügend die (großen) individuellen Unterschiede ab, was das Ereignis wie auch die Dauer der Reaktion betrifft. Genauere Angaben zu den konkreten Symptomen der Akuten Belastungsstörung macht das DSM-5. Hieraus und aus der Traumaliteratur (u. a. Kolk, 2015; Münker-Kramer, 2006) soll nachfolgend die wesentliche Symptomatik im Hinblick auf die Konfrontation mit einer Krebsdiagnose charakterisiert werden.

Akuter Stress löst eine Kaskade von Reaktionen im Körper aus: Es kommt zu einer vermehrten Ausschüttung der Stresshormone Adrenalin, Noradrenalin und Glukokortikoide, was zu einem Ansteigen des Blutdrucks, einer Erhöhung des Pulsfrequenz und einer stärkeren Durchblutung von Muskeln und Gehirn führt. All dies sind sinnvolle Reaktionen, um uns für den Kampf oder die Flucht in einer gefährdenden Situation auszustatten. Wenn Kampf und Flucht aussichtslos erscheinen, wird der dorsale Vagus aktiviert, und es kommt zu einer Ausschüttung von körpereigenen Opiaten, was ein Gefühl der Betäubung, der Erstarrung (Totstellreflex), eine geringere Schmerz Wahrnehmung und eine Verringerung von Verdauung und Wachstumsprozessen auslöst.

In einem *natürlichen Traumaverlauf* (Fischer, 2003/2013, S. 21ff.) klingen diese Symptome sukzessive von der Schock über die Einwirkungsphase ab, bis in der Erholungsphase nach

zwei bis vier Wochen nach dem Traumaereignis die Dauererregung gesunken und die Energie nicht mehr ausschließlich an das Ereignis gebunden ist.

In der Zeit rund um die Diagnose bis Wochen nach dem belastenden Ereignis zeigen sich folgende Symptome:

- *Veränderung des Zeit-, Raum- und Selbsterlebens:* Sinnesindrücke verändern sich – alles wird ganz langsam oder schnell, die Raumwahrnehmung verändert sich, einzelne Elemente werden gegenüber anderen überdeutlich: das Bild an der Wand hinter dem Arzt, das Wippen des Fußes der Patientin neben mir im Warteraum, ein Lied auf der Heimfahrt im Radio. Bestimmte Sinneseindrücke treten stark in den Vordergrund, während die Welt rundherum untergeht. Es herrscht ein Gefühl von Unwirklichkeit.
- *Emotionale Ebene:* Es findet entweder eine emotionale Taubheit oder Überschwemmung mit Gefühlen statt. Manche Menschen sind vor Angst erstarrt, können gar nichts empfinden, fühlen sich leer und leblos, andere haben es mit heftigen Gefühlszuständen zu tun, werden von wiederkehrender Panik, Trauer oder Wut ergriffen. Aufgrund der sehr hohen Erregung können sie nicht schlafen und sich auf nichts konzentrieren.
- *Handlungsebene:* Es erfolgt eine Erstarrung und Lähmung. Manche Menschen funktionieren wie Roboter, verabschieden sich vom Arzt bzw. von der Ärztin mit gebührender Höflichkeit, machen vielleicht gleich einen Operationstermin aus, gehen automatisch zum Auto, sind dabei aber ganz und gar nicht bei sich.
- *Neuronale Ebene:* Aus der Traumaforschung (Kolk, 2015, S. 575ff.; Münker-Kramer, 2006, S. 298) weiß man, dass es im Schockzustand zu einer Verminderung kortikaler Aktivität und damit zu einer kognitiven Funktionseinschränkung kommt. Die Amygdala als Teil des limbischen Systems signalisiert eine Gefahr. Ist die Gefahr hoch und sind die nachfolgenden Maßnahmen nicht geeignet, eine Beruhigung herbeizuführen, so wird die Information nicht über den Hippocampus an das Großhirn weitergeleitet, wo im Sinne einer erfolgreichen Informationsverarbeitung „eine raumzeitliche Integration des Erlebten in das vorhandene Material aus Erfahrungen und Lebensgeschichten erfolgen kann“ (Münker-Kramer, 2006, S. 298). Dies ist auch nicht unbedingt notwendig, da in einer Gefahrensituation nur das unmittelbare, schnelle Handeln – Flüchten oder Kämpfen – gebraucht wird, und damit die Enervierung der entsprechenden Regionen im Körper Priorität hat. Auch das Broca-Zentrum, jene Region im Gehirn, in welcher eine Versprachlichung des Erlebten stattfindet, ist im Schockzustand nicht aktiviert. Das erklärt, warum Menschen wahrlich stumm vor Schreck sind, warum sie keinen klaren Gedanken fassen können, und warum sie nach der Diagnose nicht in der Lage sind, weitreichende Entscheidungen zu

treffen, die ja auf der Grundlage des Wissens und der kognitiven Einschätzung der Situation und der Konsequenzen beruhen sollten. Zu diesem Zeitpunkt getroffene Entscheidungen werden aus dem ältesten Teil unseres Gehirns, aus einem Überlebensimpuls und der Angst heraus getroffen.

- *Intrusion*: Im Sinne einer Überflutung tauchen immer wieder Elemente des Geschehens rund um die Diagnose auf, wie z. B. Aussagen des Arztes bzw. der Ärztin („Sie haben Krebs“) oder der Anblick der Röntgenbilder.

Unterschiede in der Reaktion Betroffener auf die Diagnose

Die Reaktionen Betroffener auf die Diagnose sind sehr unterschiedlich – siehe dazu auch Topaloglou (2017), welche das Selbst-Erleben in all seinen Schattierungen im Zuge einer Krebserkrankung würdigt. In ähnlicher Weise lässt Anne-Marie Tausch (1981) in ihren „Gesprächen gegen die Angst“ Betroffene, Angehörige und Helfende zu allen Aspekten einer Krebserkrankung zu Wort kommen.

Es gibt Menschen, die sofort in Tränen ausbrechen oder schreien und so ihre Panik ausdrücken. Andere verstummen, ziehen sich in sich zurück. Manche beginnen, eifrig zu handeln, indem sie sogleich telefonieren oder im Internet recherchieren. Wieder andere verschweigen die Diagnose und versuchen, ganz allein damit umzugehen, weil sie vielleicht befürchten, dass die heftigen Reaktionen der Anderen sie noch mehr belasten und irritieren. Und einige entscheiden sich, die Diagnose gar nicht ernst zu nehmen. Sie bleiben weiteren Untersuchungen fern, verleugnen die Tatsache.

Die Reaktionen sind oftmals ohne ein traumaspezifisches Wissen schwer verstehbar. Traumatherapeutisch betrachtet dienen sie alle dem Versuch, mit einem unvorhergesehenen, überwältigenden Ereignis fertig zu werden, und sind in diesem Sinne als gesunde Verarbeitung eines Traumas (Fischer, 2013, S. 24) zu verstehen. Eine „Übersetzungsarbeit“ (Münker-Kramer, 2006, S. 309), die der betroffenen Person, aber auch den Angehörigen die teilweise schwer verständlichen Reaktionsweisen und ihre Hintergründe erklärt, wirkt erleichternd.

Werden die Symptome jedoch nicht in diesem Sinne gewürdigt, und wird dem Schock, der Angst und der Not keine Erholungszeit eingeräumt, kann es zu einer Chronifizierung bis zur Ausbildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) kommen (vgl. Schmeling-Kludas, 2006, S. 397).

Diagnose Krebs – das Traumatisierungspotenzial

„Krankheiten, die mit der Erwartung eines lebensbedrohlichen Ausgangs verbunden sind, stellen eine potentiell traumatische Situation dar, welche zur Ausbildung von psychotraumatischen

Symptomen und Syndromen führen kann“ (Fischer & Riedesser, 2009, S. 365). Liegt die durchschnittliche Lebenszeitprävalenz für das Vollbild einer PTBS nach ICD-10 bei 7–12 %, so fällt sie bei Krebs- und anderen schweren Organerkrankungen mit 15–20 % deutlich höher aus (Münker-Kramer, 2006, S. 296).

Laut Macke-Bruck und Nemeskeri (2003, S. 575) ist die Vulnerabilität besonders groß, wenn sich eine Inkongruenz zwischen Selbst und Erfahrung bereits in der Kindheit entwickelte. Fischer und Riedesser (2009, S. 366) sprechen von einem größeren Belastungspotenzial, wenn traumatische Vorerfahrungen bestehen.

Ich selbst habe jedoch auch die Erfahrung gemacht, dass viele Klientinnen ungeachtet einer traumatischen Vorbelastung im Angesicht einer Krebsdiagnose nicht geahnte Stärken und innere Ressourcen mobilisieren können, sie sozusagen über sich hinauswachsen.

Fischer und Riedesser (2009, S. 84) definieren ein psychisches Trauma als ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“. Bei einer Krebserkrankung tragen meinem Verständnis zufolge vor allem zwei Faktoren zum Traumatisierungspotenzial einer Krebsdiagnose in diesem Sinne bei.

Faktor 1: Krebs als Metapher

Susan Sontag (2002) hat in ihrem beeindruckenden Buch „Krankheit als Metapher“ beschrieben, wie Krebs in unserem Bewusstsein verankert ist. Dazu gehören:

- *Krebs als Todesurteil*: Zumeist wird Krebs eng mit einem nahen Tod verknüpft. Es ist beeindruckend, dass sich diese irrationale Überzeugung so hartnäckig hält, obwohl dies nicht der statistischen Realität entspricht. Laut Statistik Austria (2018) starben 2017 24,33 % an einem Tumorgeschehen und 39,78 % an einer Herz- Kreislauferkrankung. Bei Krebs handelt es sich zumeist um eine chronische Erkrankung. Dennoch kommt für viele Patienten und Patientinnen eine Krebsdiagnose einem Todesurteil gleich.
- *Krebs als Wucherung und unkontrolliertes Wachstum*: „Krebszellen stammen von normalen Körperzellen ab. Diese beginnen eines Tages, sich unkontrolliert zu teilen und zu wachsen“ (Weber, 2011, S. 16). Dieser unkontrollierte Wachstumsvorgang scheint auch im Bewusstsein der Patienten und Patientinnen derart verankert zu sein, dass Krebs in besonderer Weise mit Kontrollverlust in Zusammenhang gebracht wird. Das Bild der Wucherung – „da wächst etwas ungehindert in meinem Körper“ – scheint im subjektiven Empfinden bedrohlicher zu sein als die Gefahr eines Herzinfarkts oder

Schlaganfalls. Auch dies entspricht nicht der Realität: „Der Vorgang des Entstehens einer Krebszelle scheint im menschlichen Körper häufig aufzutreten, und die Krebszelle scheint sich ebenso häufig wieder zurückzubilden“ (ebd., S.16f.).

Die beiden genannten Aspekte bewirken ein Gefühl existenzieller Bedrohung sowie hilflosen Ausgeliefertseins und stellen die Realität, dass es sich zumeist um eine chronische Erkrankung handelt und dass man viele Möglichkeiten zur Verfügung hat, um eine Heilung oder zumindest eine Lebensverlängerung zu ermöglichen, (vgl. dazu z. B. Turner, 2015), in den Bewusstseins-Schatten.

Die Terminologie rund um den Krebs ist der Kriegsführung entnommen. Es wird vom Bekämpfen, den Feind Besiegen, den Kampf Antreten gesprochen. Dies hat weitreichende Folgen. Es ist der bewusstseinsmäßige Boden, auf den eine Krebsdiagnose fällt, ein Boden, der undifferenziert einen unheilvollen Weg vorzeichnet, wo das Schicksal von vornherein besiegelt scheint. Die natürlichen Reaktionen sind verständlicherweise Abwehr, ein Wegschauen und Weghaben-Wollen. Im Sinne eines Beitrags zur Prophylaxe ginge es demgegenüber darum, den Krebs zu entdämonisieren und hoffnungs- und vertrauensbildende Überzeugungen zu fördern, sodass Betroffene ihren Krebsweg auf einem realistischen, rationalen Boden beschreiten können.

Faktor 2: die Diagnosemitteilung

Die Diagnosemitteilung ist ein hoch suggestiver Zustand, in dem der Arzt bzw. die Ärztin zugleich als „Urteilsverkünder“ und „Retter“ erlebt wird.

Oftmals wird eine Krebsdiagnose leider unempathisch und ohne das nötige traumaspezifische Wissen mitgeteilt. So fügte der Arzt einer meiner Klientinnen, die ihn wegen Atemproblemen aufsuchte, nach der Mitteilung der Diagnose Lungenkrebs gleich an: „Ich sage Ihnen gleich, der kommt wieder!“

Andere Menschen, die bemerkenswerterweise den Krebs dauerhaft überlebten, bekamen zu hören:

„Nehmen Sie den Buben vom Tisch, wir können nichts mehr für ihn tun“ (Hartl & Hofer, 2008, S. 73).

„Ich lag im Spitalsbett, plötzlich spazierten zehn Leute in den Raum und glotzten mich an. Einer von ihnen sagte mir, dass der Tumor bösartig ist. Er sagte irgendetwas von einer Chemotherapie und alles Mögliche, das ich nicht verstand. Wie in einem schlechten Film“ (ebd., S. 117).

Solche Sätze rauben jegliche Hoffnung und Zuversicht. Darüber hinaus wirken sie wie „ein situativer Entmündigungsprozess“ (Williges, 2001, S. 25), der zu „Ohnmacht und Kontrollverlusten“ (ebd.) führt.

Ich stimme mit Fischer und Riedesser (2009, S. 369) überein, dass es von (überlebenswichtiger) Bedeutung wäre, dass

jedliches medizinische Personal über traumaspezifisches Wissen verfügt, damit die Traumareaktionen gering bleiben.

Spezifika der Traumatisierung

Fischer und Riedesser (2009, S. 365) nennen zwei Situationsmerkmale der Traumatisierung durch die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit:

- *Der bedrohliche Einfluss stammt nicht aus der Außenwelt:* Bei einer Krebsdiagnose kommt der bedrohliche Einfluss aus dem Körperinneren. Damit wird das Kampf-Flucht-Muster zwar wie bei einem äußeren Ereignis auf einer physiologischen Ebene aktiviert, kann sich jedoch nicht im Handeln ausdrücken.

„Die ‚traumatische Reaktion‘ (im Sinne unseres Verlaufsmodells der psychischen Traumatisierung) ist demnach durch das Paradox gekennzeichnet, vor etwas fliehen oder etwas vermeiden zu wollen, was innen liegt, im Binnenraum des psychophysischen Selbstverhältnisses und daher nicht vermieden werden kann. Eine grundlegende Abwehrstrategie besteht darin, mit den Mitteln der Projektion den erkrankten Körper der Außenwelt zuzuschlagen, um die Krankheit dann wie einen äußeren Feind zu bekämpfen“ (ebd., S. 365).

- *Es gibt keine Erholungsphase nach dem Schock:* Wie bereits beschrieben, wird bei einem normalen Traumaverlauf zwischen einer Schock-, einer Einwirkungs- und einer Erholungsphase unterschieden. Die Erholungsphase, die normalerweise nach zwei bis vier Wochen stattfindet, bleibt im Zuge einer Krebsdiagnose oftmals aus, wegen neuerlicher schockierender Diagnosen oder aber wegen des Beginns belastender Therapien. „Insofern bleibt eine ‚Restbelastung‘ aus jeder traumatischen Sequenz bestehen und wird in die nächste Sequenz hineingetragen. Die Vollendung des Trauzirkels“ (ebd., S. 366) bleibt aus. Rothbaum, Foa, Murdock, Riggs und Walsh (1992) weisen in ihrer Studie nach, dass in der 1. Woche 90 % der von einem traumatischem Ereignis Betroffenen Symptome einer akuten Stressreaktion haben, in der vierten Woche sind es immerhin noch 63 %, und im zweiten Monat weisen noch 50 % Belastungssymptome auf (vgl. auch Rost & Münker-Kramer, 2016, S. 174). In der Regel werden bei einer Krebserkrankung bereits in diesem Zeitraum wegweisende Entscheidungen getroffen und/oder Therapien begonnen.

Elemente einer traumasensiblen Diagnosemitteilung

Die im Folgenden beschriebenen Elemente einer traumasensiblen Diagnose mögen selbstverständlich und daher nicht erwähnenswert erscheinen. Wie oben gezeigt, kann man davon aber leider nicht ausgehen, weshalb ich sie – in idealtypischer Weise – explizit ins Bewusstsein rücken möchte.

Angemessener Ort und genügend Zeit: Diagnosen werden oftmals nebenbei oder am Krankenbett, in Gegenwart Anderer, ohne Intimität und die Möglichkeit zu reagieren geäußert. Einer meiner Klientinnen wurde das Vorhandensein von Metastasen im Bauchfell nicht mitgeteilt, sie erfuhr davon, als sie auf dem Weg zu einer Untersuchung war und noch einen Blick in ihre Krankenakte warf.

Optimalerweise findet ein Diagnosegespräch in einem abgeschlossenen, ruhigen Raum statt, wo keine Störung durch Heinkommende droht und genügend Zeit zur Verfügung steht.

Weber (2011, S. 137) meint, dass Betroffene nach der Diagnosesmitteilung etwa sieben bis acht Minuten in einer Starre verharren, in der sie nicht ansprechbar sind, und auch von dem Gesagten nichts mitbekommen. Es wäre notwendig, diese Minuten abzuwarten, um anschließend zu fragen, was vorgegangen ist. Damit wird auch eine neuerliche Reorientierung im Hier und Jetzt ermöglicht.

Psychisch stabile Halt gebende Begleitperson: Es ist immer gut, wenn eine Begleitperson aus dem Umfeld des/der Betroffenen das Geschehen und das Gesagte mit wahrnehmen kann. Dabei sollte es sich um eine Person handeln, die nicht selbst durch die Diagnose so affiziert ist, dass sie nicht Halt gebend zur Verfügung stehen kann. Oftmals sind hier entferntere Verwandte oder Freunde bzw. Freundinnen geeigneter als die nächsten.

Zugewandtheit des Arztes bzw. der Ärztin: Gemäß der Polyvagalthorie von Porges (2017) verfügt das parasympathische Nervensystem über zwei Äste. Sehr verkürzt ausgedrückt ist in Sicherheit der ventrale Vagus mit einer ruhigen Atmung und Herzschlag aktiv sowie mit der Fähigkeit zum Austausch mit anderen Menschen, während bei hoher, unvermeidlicher Gefahr und der Unmöglichkeit zu reagieren der zweite Ast, der dorsale Vaguskomplex aktiviert wird. Die Aktivierung dieses Panik- bzw. Defensivsystems drückt sich im Abschalten und in einer ganzheitlichen Erstarrungs- und Totstellreaktion aus.

Dieses Wissen hat weitreichende Implikationen für die Diagnosesituation. Einerseits kann die Ärztin anhand der oben erwähnten Kriterien erkennen, wenn die Patientin bereits „abgeschaltet“ ist und für sichernde Maßnahmen sorgen. Andererseits kann der ventrale (auch sozial genannte) Vagus über den Gesichts- und Sprachausdruck (des Arztes) aktiviert werden (Porges & Geller, 2014/2017, S. 204). Die sogenannte Vagusbremse hemmt sowohl die sympathische Erregung wie auch die Erstarrungsreaktion.

Bei Aktivierung des dorsalen Vagus funktioniert zudem die sogenannte luftübertragene Kommunikation nicht, was das Hören einschränkt (ebd., S. 47). Dies mag ein Grund dafür sein, dass viele Menschen bei der Konfrontation mit einer Krebsdiagnose gar nicht hören können, was ihnen mitgeteilt wird. Auch aus diesem Grund sollte das Gespräch in einem

ruhigen, von Hintergrundgeräuschen soweit wie möglich befreiten Raum stattfinden, weil im Zustand der dorsalen Vagusaktivierung die menschliche Stimme nicht aus Hintergrundgeräuschen herausgefiltert werden kann.

Konkret bedeutet es, dass sich der Arzt bzw. die Ärztin beim Sprechen der Patientin explizit zuwenden und mit einem differenzierten Ausdruck die Diagnoseaufklärung über die Mimik und die Stimme vornehmen sollte. Optimalerweise geschieht dies mit einem „warmherzigen Gesichtsausdruck, eine[r] Offenheit signalisierende[n] Körperhaltung sowie eine[m] entsprechenden Klang der Stimme und stimmlichen Ausdruck (Intonation und Rhythmus der stimmlichen Äußerungen)“ (Porges & Geller, 2014/2017, S. 201; Änd. v. Verf.).

Kongruenz und Authentizität des Arztes bzw. der Ärztin: Die Spiegelneuronen (Lux, 2007, S. 135) sind die Basis für organische Resonanz durch verkörperte Simulation, die implizit-automatisch erfolgt und „wodurch direkt gespürt wird, wie sich eine beobachtete Handlung oder ein Emotionsausdruck anfühlt“ (ebd., S. 136f.).

Über die Spiegelneuronen nehmen wir wahr, was sich *eigentlich* beim anderen Menschen vollzieht. Es wird daher von dem Patienten bzw. der Patientin sehr genau wahrgenommen, ob etwaige beruhigende Mitteilungen wirklich so gemeint sind. Der Arzt bzw. die Ärztin sollte sich in diesem Sinne um Kongruenz (Rogers, 1959a/1987, S. 32) bemühen, also wahrzunehmen, was sich in ihm/ihr selbst innerlich vollzieht, ob es Angst, Sorge, Mitgefühl, eigene Betroffenheit ist, und diese in angemessener Form mitteilen. Dies gibt im neurozeptiven Sinn ein unbewusst, viszeral wahrgenommenes Gefühl von Halt gebender Sicherheit (Porges & Geller, 2014/2017, S. 199), während Inkongruenz eine tiefe Verunsicherung und Irritation hervorruft. Im oben angeführten Beispiel („Ich sage Ihnen gleich, der Krebs kommt wieder!“) wäre sich jener Arzt, so er in Fühlung mit sich ist, seiner Angst bewusst, auch seiner Sorge – handelte es sich bei meiner Klientin doch um eine junge, sehr vitale Frau, der aufgrund der (statistischen) Prognose eines kleinzelligen Lungenkarzinoms jedoch nur mehr eine kurze Lebensdauer beschieden schien. Auch weckte diese Begegnung eigene Ängste, war er doch wie sie Kettenraucher und im selben Alter. Im Bewusstsein all dieser inneren Vorgänge hätte er in authentischer, der Situation angemessenen Weise die Diagnose mitteilen können. Da hätte auch seine Sorge Platz gehabt und nicht verzerrt symbolisiert werden müssen.

Umgang mit Prognosen: Eine – am falschen Ort und zum falschen Zeitpunkt gegebene „umfassende Information [...] kann in der Hand der Ärzte auch zur Waffe werden, die krank macht“ meint Langbein (2014, S. 75) und verweist darauf, wie sehr z. B. eine der Aufklärungspflicht gehorchende Auskunft über eine statistische Prognose zur selbsterfüllenden Prophezeiung werden kann.

Im Bemühen um eine traumasensible Diagnosemitteilung halte ich eine ungefragte Mitteilung der Prognose für ungünstig. Falls diese jedoch angefragt wird, ist sie selbstverständlich behutsam zu nennen, zugleich aber auch zu relativieren – mit dem Hinweis, dass die Statistik nichts über den individuellen Verlauf einer Erkrankung aussagt (Servan-Schreiber, 2010, S. 25).

Auch könnte es günstig sein, auf die mittlerweile zahlreich dokumentierten Spontanheilungen (z. B. Turner, 2015), auf ungewöhnliche Heilungsverläufe von Menschen, welche sich bereits in einem späten Stadium oder einer als tödlich gewerteten Krebserkrankung befanden (z. B. Hartl & Hofer, 2008), hinzuweisen.

Metakommunikation: „Ich spreche in dieser Situation solange mit dem Patienten über seine Gedanken und Gefühle, bis sich das Chaos aufgelöst hat und die Schockwirkung vorbei ist“ (Weber, 2011, S. 141). Nach der Phase des Schockerlebnisses und nachdem den Emotionen Raum gegeben wurde, wäre zudem eine Frage an den Patienten bzw. die Patientin angebracht, was er bzw. sie von dem Gesagten mitbekommen hat, ob es z. B. Fragen gibt. Für mich war es sehr entlastend, dass mein Röntgenologe telefonisch für die sogleich auftretenden weiteren Fragen zur Verfügung stand und diese auch bereitwillig und klar beantwortete. In diesem Sinne verstehen Macke-Bruck und Nemeskeri (2003, S. 575) „Aufklärung als prozesshaftes Geschehen, in welchem den Patienten die zu vermittelnden Informationen, auch über das Behandlungsprozedere, wiederholt und angemessen dargelegt werden müssen“.

Informationen über Therapieindikationen wie Operation, Strahlen-, Chemo- und Immuntherapie sind meines Erachtens zwar im Zuge des Diagnosegespräches zu erwähnen, um eine hilfreiche Orientierung zu geben, jedoch finde ich es äußerst ungünstig, wie es leider oftmals der Fall ist, sofort den Patienten unter Druck setzend zu einer Entscheidung und Vereinbarung eines Behandlungsbeginns zu drängen. Wie bereits ausgeführt, haben Untersuchungen gezeigt, dass wie bei jeder anderen akuten Traumatisierung das Großhirn nur eingeschränkt funktioniert, daher also keine im wahrsten Sinne des Wortes vernünftige Entscheidung getroffen werden kann. Weber (2011) und Irmey (2007) weisen darauf hin, dass man sich nahezu bei allen Krebsarten mit dem Behandlungsbeginn (einige Wochen) Zeit lassen kann. Damit ist gewährleistet, dass die Therapieentscheidung profund getroffen wird bzw. der Schock der Diagnose sich dann bereits soweit gelöst hat, dass die betroffene Person die teilweise fordernden Therapien mit Stärke mittragen kann.

Die Vermittlung von Halt im Gefühl von Gemeinsamkeit und Zuversicht: Ich fände es günstig, dass derselbe Arzt, welcher die Diagnose mitteilt, für weitere Fragen zur Verfügung steht und optimalerweise auch für die Begleitung während der Behandlung. Ich ermutige meine Klientinnen dafür einzutreten, dass

die Befundbesprechungen immer mit derselben Person stattfinden, um eine vertraute Ansprechpartnerin zu haben. Dies gibt in einer derart ängstigenden Situation ein gewisses Maß an Sicherheit. Lux (2007, S. 140) zitiert eine Studie von Uvnäs-Moberg (2003), wonach die Wirkung von Oxytocin (dem Bindungshormon) neben der Stressminderung und einer Anhebung der Schmerzwahrnehmungsschwelle auch im Stiften von Vertrauen und Zuversicht besteht, Qualitäten, welche im Zuge einer Krebsdiagnose und der nachfolgenden Behandlungen gebraucht werden. Die Oxytocinausschüttung wird einerseits durch Körperkontakt ausgelöst, aber auch durch psychische Wärme, Unterstützung und Gemeinsamkeit. Im Zusammenhang mit einer traumatischen Belastung ist auch die deaktivierende Wirkung auf die Amygdala (ebd., S. 141) bedeutsam.

Traumafokussierte Unterstützung

Eine traumafokussierte Unterstützung begründet sich auf dem psychophysiologischen Geschehen, das sich unter dem Eindruck einer traumatischen Belastung zeigt. Wie beschrieben reagieren Menschen in den Wochen und Monaten, bzw. im Falle einer Posttraumatischen Belastungsstörung auch noch Jahre, danach mit einem Reaktionssyndrom, das sich in Desorientierung, Übererregung, Angst und Panik oder auch durch Vermeidung von Situationen, die mit der Traumasituation zusammenhängen, äußert.

Das erste Ziel ist es, den Prozess der Schockverarbeitung zu unterstützen, sodass sich keine Chronifizierung der Symptome im Sinne einer PTBS entwickelt.

Die folgenden Anregungen werden dem Klienten bzw. der Klientin zunächst psychoedukativ hinsichtlich ihrer spezifischen Wirksamkeit erklärt und dann gemeinsam durchgeführt, damit sie bei Bedarf selbstständig angewendet werden können. Erfahrungsgemäß stärkt es die Selbstwirksamkeit und die Autonomie, wenn etwas zur Verfügung steht, das selbstständig angewendet werden kann.

Reorientieren und Stabilisieren

Wie gezeigt wurde, findet im Zuge der Belastungssituation eine Desorientierung im Zeit-Raum-Erleben statt. Die Reorientierung (vgl. Fischer, 2003/2013; Münker-Kramer, 2006) wird durch Folgendes unterstützt:

Berichten Lassen: Nach Münker-Kramer (2006, S. 310) ist es in der Krisenintervention nach Akutbelastungen förderlich, den Ablauf chronologisch zu schildern, um die Erinnerung an das Ereignis zu strukturieren, die „normale“ Informationsverarbeitung zu unterstützen und das narrative Gedächtnis zu aktivieren. Dies kommt dem Bedürfnis vieler Patientinnen entgegen,

die die Diagnosesituation und ihre Erlebnisse oftmals detailliert schildern möchten. Dabei ist es notwendig, Trigger und Erregungsgeschehen im Auge zu behalten und ggf. durch eine der nachfolgenden Wahrnehmungsübungen entgegenzuwirken.

Körperwahrnehmung: Die Aufmerksamkeitslenkung erfolgt auf das Hier und Jetzt im ganz ursprünglichen, körpernahen Sinne, z. B. durch das Spüren des Angelehntseins an eine Stuhllehne. Die verbale Symbolisierung dieser Körperempfindungen dient der Aktivierung des Kortex, insbesondere des Broca-Zentrums.

Reorientierung durch Aktivierung kognitiver Funktionen und des Großhirns: Wie bereits gezeigt, findet während einer (akuten) Belastungsreaktion eine Verminderung kortikaler Aktivität und auch eine Suppression des Broca-Areals statt. Die Frage nach den Gedanken in der Diagnosesituation und knapp danach ist hilfreich, um kortikale Verarbeitungsprozesse erneut anzuregen.

Auch das Benennen von Gegenständen im Raum oder das Lösen komplizierter Rechenaufgaben fördert kortikale Aktivität und damit eine Reorientierung.

Das Einholen einer zweiten Meinung ist eine Möglichkeit, sich zu vergegenwärtigen, dass ich dem Geschehen nicht hilflos ausgeliefert bin und als Erwachsene die nötigen Entscheidungen selbst treffen kann. Dies ist auch ein wesentlicher Beitrag, um erneut Selbstwirksamkeit zu erlangen.

Umgang mit Gefühlen und Angst-Management – Übungen zur Selbstberuhigung und Distanzierung: Das Wichtigste ist, den Gefühlen – der Wut, der Trauer, der Verzweiflung und der Angst – explizit Erlaubnis zu geben, da zu sein: Dafür ist es gut als Therapeutin, dem eigenen Bedürfnis nach Beruhigung und Beschwichtigung zu widerstehen und der Klientin zu verstehen zu geben, dass es ganz normal ist, wenn in einer derartigen Situation starke Gefühle hochkommen. Auch die Anregung eines selbstreflexiven Prozesses in Bezug auf starke Gefühle (kein Eintauchen!) fördert die Selbstwirksamkeit im Umgang mit den Gefühlen und ermöglicht eine Distanzierung. Ein imaginatives Arbeiten mit Gefühlen, wie dies z. B. bei Reddemann (2011, S. 164ff.) in der Arbeit mit dem inneren Kind stattfindet, ist dabei eine gute Möglichkeit.

Bei der Konfrontation mit einer Krebsdiagnose steht oftmals die Angst im Vordergrund. Besonders beim Einschlafen, in den Nachtstunden oder in der Früh nach dem Aufwachen werden Krebspatienten und -patientinnen von den „Dämonen“ heimgesucht. Fischer (2003/2013) und Rost (2010) haben eine Reihe von den Atem einbeziehenden Techniken vorgestellt, die dabei sehr hilfreich sein können.

Auch die Externalisierung (Fischer, 2003/2013, S. 79), bei der der Angst eine Form, eine Farbe gegeben wird, und das Partialisieren (Gendlin & Wiltschko, 1999) bewirken, dass zur Angst eine selbstreflexive Beziehung hergestellt werden kann.

Umgang mit intrusiven Symptomen

Durch gezielte imaginative Distanzierungsübungen, wie Bildschirm- und Containing-Techniken (Huber, 2009, S. 213ff.) ist es möglich, sich von Bildern, Sätzen und Flashbacks der Diagnosesituation zu distanzieren.

Beruhigung und Entspannung: Die Progressive Muskelentspannung nach Jacobson hilft neben der Entspannung, den Körper näher kennenzulernen und die unterbrochenen Handlungsansätze – die Kampf- und Fluchtimpulse – wahrzunehmen. Einfache Yogaübungen aus dem traumasensiblen Yoga (Emerson, 2015) sind meiner Erfahrung nach hilfreicher als Meditation, weil die äußere Stille oftmals das innere Geschehen noch intensiver erleben lässt.

Bei Erstarrung und Lähmung: Oftmals reagieren Menschen auf die Schocknachricht einer Krebsdiagnose mit Erstarrung und Lähmung. Die einfache Frage, was im Moment gut wäre, z. B. aufzustehen, sich zu strecken, ein paar Schritte zu gehen, lässt den Körper wieder in den Bewegungsfluss kommen. Nach Fischer (2003/2013, S. 12) wird das „Trauma als eine unterbrochene Handlung“ verstanden. Auch im Somatic-Experience-Ansatz von Levine (2011, S. 115) geht es darum, dem Körper zu helfen, den Traumaablauf zu vervollständigen. Lade ich die Klientin ein zu fühlen, welcher Impuls z. B. als Antwort auf eine Verspannung entsteht und diesen in der Fantasie oder tatsächlich auszuführen, verhilft dies dem Körper zu einer derartigen Vervollständigung.

Auch die gemeinsame gedankliche Planung der nächsten Schritte lässt die Klienten und Klientinnen ins Handeln und in Bewegung kommen. Die Leitfrage „Was ist der nächste gute Schritt?“ wirkt einer Überforderung entgegen.

Ressourcenarbeit

Die größte Ressource ist es meiner Erfahrung nach, die je eigene Umgangsform mit der Diagnose Krebs zu würdigen. Manche Menschen gehen sehr pragmatisch und unaufgeregt damit um, andere mit heftigen Gefühlen, wieder andere damit, sogleich ganz tatkräftig nächste Schritte in die Wege zu leiten. Meiner Erfahrung nach wissen Krebspatientinnen sehr genau, was für sie in dieser Situation „dran“ ist (Teichmann-Wirth, 2010). Im Sinne der unbedingten positiven Selbstbeachtung gilt es, als Therapeutin die eigenen Annahmen über einen „richtigen“ Umgang mit Krebs wahrzunehmen und sie nicht unbewusst weiterzugeben.

Das Zusammenstellen eines „Notfallkoffers“ mit allem, was guttut – z. B. Düften, Tüchern, Musik, Büchern, Freundinnen, Schreiben –, kann in belastenden Situationen wie Befundbesprechung und Chemotherapie beruhigend und stärkend sein und Halt geben.

Der Körper als Ressource: Oftmals ist der Körper im Zuge einer Krebserkrankung zum Hort des Schreckens geworden. Dennoch kann er als Ressource genutzt werden, indem man ihn z. B. in seiner Lebendigkeit wahrnimmt. Ein guter Ort im Körper kann zu einer „Insel der Sicherheit“ (Levine, 2011, S. 109) und des Wohlbefindens werden.

Ressourcenarbeit mithilfe von Imaginationsübungen: Durch die Visualisierung z. B. eines sicheren Ortes (Fischer, 2003/2013, S. 54) wird die Neuroplastizität des Gehirns angeregt und Ressourcenbereiche, welche durch die Traumatisierung inaktiv waren, können aktiviert werden. Unterstützend kann es wirken, die damit auftretenden Empfindungen z. B. der Ruhe, Sicherheit und des Wohlfühlens mit bilateraler Stimulierung – einer Vorgehensweise aus dem Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (Rost, 2010; siehe unten) – zu ankern.

Da Krisen Erfahrungen von Diskontinuität sind (Brossi, 2014, S. 280), ist es gut, an hilfreiche Gewohnheiten (z. B. Spazierengehen, Fernsehen, Handarbeiten, Kochen, Alltägliches) anzuknüpfen. Auch das Finden eines Tagesrhythmus ist dabei förderlich.

Traumatherapeutische Unterstützung durch EMDR

Gelingt es nicht, durch geeignete Maßnahmen (siehe oben) eine Verarbeitung der Information – Diagnose Krebs – im Sinne des Adaptive Information Processing Modells (AIP) (Rost, 2016, S. 17) zu gewährleisten, kann sich im Anschluss an eine Krebsdiagnose sogar eine Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1 nach ICD-10; Hofmann, 2014; Kolk, 2015) mit den Symptomen der Übererregung, der Intrusion, der Vermeidung, der Einschränkung der Handlungsfähigkeit („Agency“; Kolk, 2015, S. 117) und einer Veränderung in den (Selbst-)Überzeugungen herausbilden.

Die Symptome einer PTBS haben in Bezug auf eine Krebserkrankung weitreichende Auswirkungen:

- Die *Dauererregung* erschüttert das psychophysische Gleichgewicht und hat einen großen Einfluss auf psychoneuroimmunologische Prozesse (Schubert, 2016, S. 139ff.) mit der Folge einer Schwächung der zellulären Immunabwehr (ebd., S. 159).
- *Intrusion:* Im Falle einer Traumatisierung werden verschiedene Aspekte der Erinnerung fragmentiert gespeichert. Dies erklärt, weshalb einzelne Reize aus den verschiedenen Sinnessystemen die Macht haben, heftige Traumareaktionen auszulösen. Im Falle einer Krebserkrankung können folgende Trigger auslösend sein: Reize visueller Art (Ort der Traumatisierung: das Krankenhaus), Gerüche (z. B. Desinfektionsmittel), taktile Reize (z. B. Spritzen), Geräusche (z. B. Magnetresonanztomografie [MRT]), Geschmack (manche meiner Klientinnen konnten nach der Behandlung

keine Medikamente mehr zu sich nehmen bzw. hatten eine Abscheu vor Nahrungsmitteln, die sie während der Chemotherapie zu sich genommen hatten), bei anderen lösen Körperempfindungen (z. B. ein flaes Gefühl im Magen) heftige Reaktionen aus.

- *Vermeidung:* Manche Menschen verleugnen die Tatsache, dass sie eine Krebsdiagnose haben. Sie gehen nicht zu Kontrolluntersuchungen, lassen sich in keiner Weise behandeln. Von großer Relevanz sind die sogenannten *negativen Kognitionen*: ein „negatives situationsbezogenes Denken“ (Hofmann, 2009, S. 51), „eine irrationale, gleichbleibende Überzeugung, die eine deutlich gefühlsmäßige Resonanz hat und beim Fokussieren auf die traumatische Erinnerung bewusst wird“ (ebd.). So verändert sich z. B. die Überzeugung „Ich sterbe gleich“ trotz konträrer Erfahrung (dass man z. B. lange nach der Krebsdiagnose noch immer lebt) nicht und wird in Belastungssituationen, z. B. bei Kontrolluntersuchungen oder einem Rezidiv, wachgerufen (Pupulin, 2006; Teichmann-Wirth, 2015). Im EMDR-Prozess zeigen sich im Hinblick auf eine Krebsdiagnose negative Kognitionen meiner Erfahrung nach hauptsächlich aus den Themenbereichen „Sicherheit/Überleben“ und „Wahlmöglichkeiten“: Um den Ressourcenbereich des Gehirns zu aktivieren, wird im EMDR-Prozess auch nach einer positiven Kognition aus demselben Themenbereich gefragt. So könnte z. B. zur negativen Kognition aus dem Bereich Sicherheit/Überleben „Ich bin todgeweiht, ich sterbe“ die positive Kognition „Ich bin am Leben“ lauten oder aus dem Themenbereich der Wahlmöglichkeiten „Ich bin gefangen, (zum Tode) verurteilt, dem Krebsgeschehen ausgeliefert“ die positive Kognition „Ich kann den nächsten guten Schritt tun“.

Im Sinne der Rezidivprophylaxe ist es meines Erachtens äußerst relevant, neben der Behandlung einer PTBS aufgrund einer Krebsdiagnose auch jene PTBS traumatherapeutisch zu behandeln, die aufgrund von traumatischen Belastungen entstanden ist, vor allem nach fortgesetzter Traumatisierung in der Kindheit. Ich selbst wende hierzu bevorzugt EMDR (Shapiro, 1995/2012; Hofmann, 2014), eine von Shapiro (2012) zwischen 1987 und 1989 entdeckte Methode, die – sehr verkürzt gesagt – die Integration belastender Erfahrungen über bilaterale Stimulierung anregt, wodurch diese im biografischen Gedächtnis als vergangene Erinnerung abgespeichert werden kann. EMDR wird einerseits zur Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen angewandt. Zur Entlastung einer akuten Belastungssymptomatik z. B. durch die Krebsdiagnose eignen sich Akutsets (Rost & Münker-Kramer, 2016), die der Desensibilisierung und Distanzierung (z. B. von Intrusionen) dienen. Zur Ressourcenstärkung hat Rost (2010) eine Vielzahl von Möglichkeiten vorgestellt.

Der EMDR-Prozess folgt einer klaren, bewährten Struktur, einem Protokoll. Mittlerweile existiert eine Vielzahl von

Protokollen für die verschiedensten Anwendungsgebiete, u. a. von Pupulin (2006) bei Krebs.

Eine gelingende Traumaverarbeitung ist ein Beitrag zur Resilienz und zum „traumatischen Wachstum“ („traumatic growth“; Rost & Munker-Kramer, 2016, S. 195). Wenn es darüber hinaus sogar möglich ist, die Krebserkrankung mit Bedeutung im Lebenskontext zu versehen und im finalen Sinn als Weckruf zu verstehen, können die weiteren Schritte in der je eigenen Art gemacht werden.

Eine personenzentrierte Begleitung rund um die Diagnose Krebs

Die Krebserkrankung ist von Anfang an ein individuelles Geschehen, das es personenzentriert zu begleiten gilt. Der Fokus liegt für mich auf dem Menschen, der es mit der Krebskrankheit zu tun hat. Ihn gilt es anzusprechen und zu stärken.

Im Bemühen um eine unbedingte positive (Selbst-)Beachtung achte ich als begleitende Psychotherapeutin darauf, mir meiner eigenen Wertungen und Gefühle in Bezug zur Krebserkrankung bewusst zu werden. Wenn das gelingt, kann ich von ihnen absehen oder sie in angemessener Weise zum Ausdruck bringen. Erst dann kann ich den je eigenen Umgang der Klientin mit der Krankheit würdigen. Die Einbeziehung von traumatherapeutischem Wissen lässt mich die vielleicht unangemessen anmutenden Reaktionen nachvollziehen, und ich kann dieses Wissen im psychoedukativen Sinne zur Verfügung stellen, um ein Selbstverstehen der Klientin zu ermöglichen.

Die im vorliegenden Artikel beschriebenen traumatherapeutischen Interventionen mögen dem Anspruch auf Nondirektivität des Personenzentrierten Ansatzes widersprechen. Hat die Therapeutin diese Interventionsmöglichkeiten jedoch in einem tiefen Verständnis um deren Wirksamkeit im Sinne einer Mehrsprachigkeit zur Verfügung und sind sie im Bewusstsein, dass es sich im Falle einer Krebserkrankung, die ja ein gesamtorganismisches (virulentes) Geschehen ist, sehr fein auf den einzelnen Prozess abgestimmt, so unterstützen sie die Klientin in ihrer Selbstwirksamkeit und Autonomie und sind damit einem Aktualisierungsprozess förderlich. Derart gesichert, wird die „Überlebenskraft und -kreativität“ (Gahleitner, 2014, S. 261) angeregt, und ein Prozess, welcher im Zuge der Traumatisierung in der erhaltenden Funktion der Aktualisierungstendenz stecken geblieben ist, gelangt wieder zur Entfaltung. Dann kann die Krebsdiagnose, wie Le Shan (1989/1993) sagt, „Wendepunkt und Neubeginn“ werden.

Literatur

- Brossi, R. (2014). Krisenintervention. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 269–280). Wien: Springer.
- Emerson, D. (2015). *Trauma-Yoga in der Therapie. Die Einbeziehung des Körpers in die Traumabehandlung. Eine Anleitung für Therapeuten*. Lichtenau/Westfalen: Probst (englisches Original erschienen 2015: *Trauma-sensitive yoga in therapy. Bringing the body into treatment*. New York: Norton).
- Finke, J. (1999). *Beziehung und Intervention*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2003). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.
- Fischer, G. (2013). *Neue Wege aus dem Trauma. Erste Hilfe bei schweren seelischen Belastungen* (8., unveränd. Aufl.). Ostfildern: Patmos (Erstaufl. erschienen 2003).
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (4., aktual. u. erw. Aufl.). München: Reinhardt.
- Gahleitner, S. B. (2005). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung* (Reihe: Personenzentrierte Beratung & Therapie, Bd. 2). München: Reinhardt.
- Gahleitner, S. B. (2014). Trauma. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 259–267). Wien: Springer.
- Gendlin, E. T. & Wiltschko, J. (1999). *Focusing in der Praxis. Eine schulenübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag* (Reihe: Leben lernen, Bd. 131). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Hartl, T. & Hofer, R. (2008). *Geheilt! Wie Menschen den Krebs besiegten. Tatsachenberichte von „unheilbar“ Kranken*. Wien: Ueberreuter.
- Hofmann, A. (Hrsg.). (2014). *EMDR. Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome [Praxishandbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen]* (5., vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Huber, M. (2003). *Trauma und Traumabehandlung. Bd. 2: Wege der Traumabehandlung*. Paderborn: Junfermann.
- Irmeijer, G. (2007). *Heilimpulse bei Krebs. Von der Hoffnung zum Vertrauen: Ihr Wegweiser für ein persönliches Therapiekonzept. Checkliste zur Entscheidungsfindung. Erfahrungsberichte, die Mut machen: „Das hat mir geholfen“*. Stuttgart: Haug.
- Kolk, B.v.d. (2015). *Verkörperter Schrecken. Traumaspuren im Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann*. Lichtenau/Westfalen: Probst (englisches Original erschienen 2014).
- Langbein, K. (2014). *Weissbuch Heilung. Wenn die moderne Medizin nichts mehr tun kann*. Salzburg: Ecowin.
- Le Shan, L. L. (1993). *Diagnose Krebs, Wendepunkt und Neubeginn. Ein Handbuch für Menschen, die an Krebs leiden, für ihre Familien und für ihre Ärzte und Therapeuten*. Stuttgart: Klett-Cotta (englisches Original erschienen 1989: *Cancer as a turning point. A handbook for people with cancer, their families, and health professionals*. New York: Dutton).
- Levine, P. A. (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).
- Lux, M. (2007). *Der Personenzentrierte Ansatz und die Neurowissenschaften* (Reihe: Personenzentrierte Beratung und Therapie, Bd. 6). München, Basel: Reinhardt.
- Macke-Bruck, B. & Nemeskeri, N. (2003). Der Personenzentrierte Ansatz in der Psychoonkologie. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter in der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 563–585). Wien: Springer.
- Munker-Kramer, E. (2006). <F43.0> Akute Belastungsreaktion. <F43.1> Posttraumatische Belastungsstörung. In W. Beiglböck, S. Feselmayer & E. Honemann (Hrsg.), *Handbuch der klinisch-psychologischen Behandlung* (S. 293–321) Wien: Springer.

- Porges, S. W. (2017). *Die Polyvagal Theorie und die Suche nach Sicherheit. Gespräche und Reflexionen. Traumabehandlung, soziales Engagement und Bindung*. Lichtenau/Westfalen: Probst (englisches Original erschienen 2017: The pocket guide to polyvagal theory. The transformative power of feeling safe. New York: Norton).
- Porges, S. W. & Geller, S. M. (2017). Therapeutische Präsenz – Neurophysiologische Mechanismen, die in therapeutischen Beziehungen ein Gefühl der Sicherheit vermitteln. In S. W. Porges, *Die Polyvagal-Theorie und die Suche nach Sicherheit. Gespräche und Reflexionen. Traumabehandlung, soziales Engagement und Bindung* (S. 189–214). Lichtenau/Westfalen: Probst (englisches Original erschienen 2014: Therapeutic presence. Neurophysiological mechanism mediating feeling safe in therapeutic relationships. Journal of Psychotherapy Integration, 24[3], 178–192).
- Pupulin, P. (2006). *EMDR Protokoll bei onkologischen Erkrankungen*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Reddemann, L. (2011). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT® – Das Manual. Ein resilienzorientierter Ansatz in der Psycho-traumatologie* (Reihe: Leben lernen, Bd. 241; 6., vollst. überarb. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG (englisches Original erschienen 1959: A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch [Hrsg.], Psychology. A study of a science. Vol. 3: Formulations of the person and the social context [S. 184–256]. New York: McGraw-Hill).
- Rost, C. (2010). *Ressourcenarbeit mit EMDR. Bewährte Techniken im Überblick* (2., unveränd. Aufl.). Paderborn: Junfermann (Erstaufl. erschienen 2008).
- Rost, C. (2016) Die Entstehung von EMDR. In C. Rost (Hrsg.), *EMDR zwischen Struktur und Kreativität. Bewährte Abläufe und neue Entwicklungen* (S. 15–23). Paderborn: Junfermann.
- Rost, C. & Münker-Kramer, E. (2016). EMDR – nach kurz zurückliegenden Traumatisierungen: EEI – Early EMDR Intervention In C. Rost (Hrsg.), *EMDR zwischen Struktur und Kreativität. Bewährte Abläufe und neue Entwicklungen* (S. 170–200). Paderborn: Junfermann.
- Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Murdock, T., Riggs, D. S. & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 455–475. Verfügbar unter: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/jts.2490050309> [2. 4. 2019].
- Schmeling-Kludas, C. (2006). Gesprächspsychotherapie bei körperlich Kranken und Sterbenden. In J. Eckert, E. M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 393–407). Wien: Springer.
- Schubert, C. (2016). *Was uns krank macht, was uns heilt. Aufbruch in eine neue Medizin. Das Zusammenspiel von Körper, Geist und Seele besser verstehen*. Manderling: Fischer & Gann.
- Servan-Schreiber, D. (2010). *Das Antikrebs-Buch. Was uns schützt: Vorbeugen und Nachsorgen mit natürlichen Mitteln* (2., unveränd. Aufl.). München: Goldmann (englisches Original erschienen 2008: Anticancer. A new way of life. London: Joseph).
- Shapiro, F. (2012). *EMDR – Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatischer Menschen* (Reihe: Fachbuch – EDMR; 2., überarb. Aufl.). Paderborn: Junfermann (englisches Original erschienen 1995: Eye movement desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols, and procedures. New York: Guilford).
- Sontag, S. (1978). Krankheit als Metapher. München: Hanser (englisches Original erschienen 1978: Illness as metaphor. New York Times, 16. 7. 1978).
- Statistik Austria (2018). *Todesursachen gesamt. Aktuelle Jahresergebnisse [2017]*. Wien: Statistik Austria. Verfügbar unter: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html [2. 4. 2019].
- Tausch, A.-M. (1981). *Gespräche gegen die Angst. Krankheit – ein Weg zum Leben*. Reinbek: Rowohlt.
- Teichmann-Wirth, B. (2008). (M)eine Krebserkrankung. Eine personzentrierte Wegbeschreibung. In M. Tuczai, G. Stumm, D. Kimbacher & N. Nemeskeri (Hrsg.), *Offenheit & Vielfalt. Personzentrierte Psychotherapie. Grundlagen, Ansätze, Anwendungen* (S. 291–305). Wien: Krammer-Verlag.
- Teichmann-Wirth, B. (2010). Die wissende Lücke. Zur Weisheit des Organismus im Leben mit Krebs. *Focusing Journal*, 11 (2 [Nr. 24]), 20–23.
- Teichmann-Wirth, B. (2015). *Leben Dürfen – Leben Wollen. EMDR in der Onkologie*. Vortrag bei der Tagung des EMDR-Netzwerks Österreich, 19. 9. 2015 in Wien.
- Topaloglou, H. M. (2017). *Im Erleben einer Krebserkrankung. Personzentrierte Psychotherapie zwischen Diagnose, onkologischer Versorgung und Lebensrealität* (Reihe: Psychotherapiewissenschaft in Forschung, Profession und Kultur, Bd. 19). Münster: Waxmann.
- Turner, K. A. (2015). *9 Wege in ein krebsfreies Leben. Wahre Geschichten von geheilten Menschen*. München: Irisiana (englisches Original erschienen 2014: Radical remission. Surviving cancer against all odds. New York: Harper).
- Uvnäs-Moberg, K. (2003). *The oxytocin factor. Tapping the hormone of calm, love and healing*. New York: Da Capo Press (schwedisches Original erschienen 2000: Lugn och beröring. Oxytocinets läkande verkan i kroppen. Stockholm: Natur och kultur).
- Weber, W. (2011). *Hoffnung bei Krebs. Der Geist hilft dem Körper* (vollst. überarb. Neuaufl.). München: Herbig.
- Williges, R. (2001). Wortmeldung. In Österreichische Gesellschaft für Psychoonkologie (ÖGPO) (Hrsg.), *Außergewöhnlich günstiger Verlauf einer Krebserkrankung. Ergebnisse einer Expertentagung* (S. 11–30). Wien: Krammer.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational process and the facilitating environment*. New York: International Universities Press.

(Erschwerte) Trauer nach Suizid

Personzentriertes Verstehen und Trauerbegleitung von Hinterbliebenen nach Suizid

Monika Tucza
Wien, Österreich

Fast jeder Mensch kennt jemanden, der sich das Leben genommen hat. Je näher die Beziehung erlebt wird, umso tiefer trifft der Verlust. Im vorliegenden Artikel werden die Besonderheiten der Trauer von Hinterbliebenen nach Suizid beschrieben. Es wird dargestellt, wie Suizidtrauernde auf den Verlust reagieren und mit welchen spezifischen inhaltlichen Traueraspekten sie konfrontiert sind, z. B. Schuld- und Schamgefühle, Zurückweisung, Stigmatisierung. Dabei wird deutlich, dass sich die Trauerreaktion nach Suizid nicht grundsätzlich von der Trauer nach anderen Todesursachen unterscheidet, dass jedoch Suizidtrauernde mit höherer Wahrscheinlichkeit erschwerte Trauerprozesse erleben. Weiterhin wird die Trauerreaktion nach Suizid aus personenzentrierter Sicht dargestellt, und es wird gezeigt, dass ein personenzentriertes Beziehungsangebot, wie es von Rogers beschrieben wurde, in der Trauerbegleitung von besonderem Wert und von Bedeutung ist.

Schlüsselwörter: Trauer, prolongierte Trauer, Trauerbegleitung, Hinterbliebene nach Suizid, Suizidtrauernde

(Complicated) grief after suicide. Person-centered understanding and counseling of the bereaved after suicide. Nearly each person knows somebody who committed suicide. The closer the relationship is experienced the deeper hits the loss. This article illustrates how suicide survivors react and with which specific thematic issues they are confronted, e. g. guilt and shame, rejection, stigma. This makes clear, that bereavement after suicide does not profoundly differ from bereavement after other causes of death, but that suicide survivors are at higher risk to experience complicated grieving processes. Furthermore the reactions of bereavement after suicide will be described from a person-centered point of view. It will be shown that a person-centered therapeutic relationship, as specified by Rogers, is of particular virtue and importance in grief counseling.

Keywords: grief, prolonged grief, grief counseling, suicide survivors

Einleitung

Bisher fand das Thema „Trauer von Hinterbliebenen nach Suizid“, insbesondere im deutschen Sprachraum, wenig Aufmerksamkeit (z. B. Brathuhn, Melching & Adelt, 2014; Otzelberger, 1999/2016; Paul, 2012; Schenk, 2014). Die Notwendigkeit der sogenannten „Postvention“ (damit ist die Prävention von Nachfolgesuiziden der Hinterbliebenen gemeint) wird zwar in der Literatur über Suizidalität und Suizidprävention (z. B. Bronisch, 2014; Sonneck, 2000; Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011) erwähnt, ebenso finden sich Artikel zum Thema in der Fachliteratur über Trauer und Trauerprozesse (aus personenzentrierter Sicht: Jerneizig, Langenmayr & Schubert, 1991/1994; Backhaus, 2017), die

Beiträge gehen aber selten über ein einzelnes – zumeist auch sehr kurz gefasstes – Kapitel hinaus.

Geht es um Forschung zum Thema, wird man fast ausschließlich im englischsprachigen Raum fündig: Jordan und McIntosh (2011b) beispielsweise geben einen hervorragenden Überblick über den Stand der (zumeist quantitativen) Forschung seit den 1970er-Jahren bzgl. der Auswirkungen von Suizid auf die Hinterbliebenen. Einen aktuellen Überblick über qualitative Studien zum Thema liefern Shields, Kavanagh und Russo (2017). Andriessen, Krysinska und Grad (2017b) beschreiben neben dem aktuellen Wissensstand zum Thema vor allem weltweit bestehende Projekte und Initiativen zur Begleitung und Unterstützung Suizidtrauernder.

Es kann von einer beträchtlichen Anzahl an Suizidtrauernden ausgegangen werden. Aufgrund der Todesart und der damit verknüpften – nicht nur gesellschaftlichen, sondern auch in der Person verinnerlichten – Bewertungen sind Suizidtrauernde auffallend intensiv und zumeist über einen längeren Zeitraum

Mag^a. Monika Tucza, geb. 1969, Personenzentrierte Psychotherapeutin und Supervisorin in freier Praxis in Wien. Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin. Arbeitsschwerpunkte: Krisenintervention, Trauma, Trauer, Burnout. Kontakt: monika.tuczai@gmx.at

mit bestimmten Themen beschäftigt. Diese werden nachfolgend dargestellt und mit der personenzentrierten Perspektive verknüpft. Damit soll zu einem vertieften Verstehen für Trauerprozesse nach Suizid beigetragen und außerdem gezeigt werden, dass ein personenzentriertes Beziehungsangebot besonders geeignet erscheint, Suizidtrauernde in ihrem Prozess förderlich zu begleiten. Auf eine Darstellung von Trauer und Trauerprozessen wird verzichtet, da hierzu im vorliegenden Themenheft zwei Artikel vorliegen (vgl. Backhaus und Paul, in diesem Heft) und die Grundprinzipien der Trauerbegleitung unabhängig von der Todesursache gelten.

Hinterbliebene nach Suizid: Daten und Fakten

Schätzungen zur Anzahl Hinterbliebener

„For each committed suicide there are an estimated half-dozen survivor-victims whose lives are thereafter benighted by that event“ (Shneidman, 1969/1973, S. 22; zit. nach Berman, 2011, S. 110). Studienergebnisse weisen darauf hin, dass es sogar mehr als doppelt so viele Personen sein können, wenn nicht nur die Kernfamilie, also Partnerinnen,¹ Kinder, Eltern, Geschwister, sondern auch Freundinnen, Schul-, Studien- und Arbeitskolleginnen als persönlich und direkt betroffene Personen miteinbezogen werden (Berman, 2011; Jordan & McIntosh, 2011c).

Laut WHO (2014/2016) sterben weltweit geschätzte 804 000 Menschen pro Jahr durch Suizid. Da Suizid ein sensibles und häufig tabuisiertes Thema ist und darüber hinaus in einigen Ländern immer noch als illegal gilt, geht die WHO davon aus, dass die Zahlen noch höher liegen. In Österreich starben im Jahr 2017 insgesamt 1224 Personen durch Suizid (Statistik Austria, 2018), in Deutschland waren es 9838 Personen im Jahr 2016 (Statistisches Bundesamt, o.J.) und in der Schweiz 1071 Personen im Jahr 2015 (Bundesamt für Statistik, o.J.). Ausgehend von den o.g. Schätzungen der WHO (2014/2016) kann also von einer beachtlichen Anzahl an Hinterbliebenen nach Suizid ausgegangen werden.

Leiden Hinterbliebene nach Suizid mehr als andere Trauernde?

In der einschlägigen Fachliteratur herrscht Einigkeit, dass die Trauer nach Suizid nicht grundlegend von der Trauer nach anderen Todesfällen unterschieden werden kann (vgl. Andriessen,

Krysinska & Grad, 2017a; Backhaus, 2017; Jordan & McIntosh, 2011b; Otzelberger, 1999/2016; Paul, 2012; Shields et al., 2017). Suizidtrauernde erleben ebenso Schmerz und Trauer über den Verlust sowie Sehnsucht nach der verstorbenen Person, verknüpft mit Verzweiflung darüber, dass dieser Wunsch unerfüllbar ist; diese Reaktionen gelten als universelle Aspekte des Trauerns, als gesellschaftlich anerkannt und „normal“. Spezifische inhaltliche Aspekte sind jedoch viel typischer nach einem Verlust durch Suizid (und auch nach anderen gewaltsamen Todesursachen) als nach einem Verlust durch natürliche Todesursachen und werden von den Hinterbliebenen auch intensiver und über einen längeren Zeitraum erlebt (vgl. Backhaus, 2017; Jordan & McIntosh, 2011b; Otzelberger, 1999/2016; Paul, 2012). Review-Studien (vgl. Jordan & McIntosh, 2011b; Shields et al., 2017; Sveen & Walby, 2008) weisen dabei insbesondere auf folgende inhaltliche Trauer-Aspekte hin: Schuld und Verantwortung, Zurückweisung, Scham und Stigmatisierung sowie Versuche der Hinterbliebenen, eine Erklärung für den Suizid bzw. eine Antwort auf die Frage nach dem „Warum!?“ zu finden. Ebenso zeigen Forschungsergebnisse, dass Hinterbliebene nach Suizid im Vergleich zu Trauernden nach nicht gewaltsamen Todesursachen ein erhöhtes Risiko aufweisen, eine Depression, Angststörung und/oder Posttraumatische Belastungsstörung zu erleiden, komplizierte Trauer zu erleben und/oder Suizidgedanken zu äußern bzw. Suizid(versuche) zu verüben (Cerel, Maple, van de Venne, Moore, Flaherty & Brown, 2016; Jordan & McIntosh, 2011b; Sanford, Cerel, McGann & Maple, 2016). Dieses Risiko wird beeinflusst von der erlebten Nähe und Qualität der Beziehung zur verstorbenen Person, aber auch von der Persönlichkeit der Hinterbliebenen vor dem Verlust, deren Resilienz und/oder Vulnerabilität.

Im Folgenden wird ein Überblick über die spezifischen inhaltlichen Aspekte von Trauer nach Suizid gegeben und wie diese aus personenzentrierter Sicht verstanden werden können. Um die Themen auf der Erlebensebene greifbarer zu machen, werden einzelne Kapitel mit Zitaten von Saskia Jungnikl (2014) und Freya von Stülpnagel (2013), die öffentlich über ihren Trauerweg nach dem Suizid einer nahestehenden Person geschrieben haben, versehen.

Das Unerwartete passiert: Schock als unmittelbare Reaktion

„Wenn ich mich zurückerinnere, als mir die Nachricht von dem Suizid meines Sohnes mitgeteilt wurde, so weiß ich noch, dass ich die Worte zwar mit meinem ‚äußeren‘ Ohr hörte, sie aber nicht verstand“ (Stülpnagel, 2013, S. 19).

Die Nachricht über den Suizid einer nahe stehenden Person geht mit einem Schockerleben und einem Gefühl von

1 Im Artikel wird die Umsetzung einer geschlechtsneutralen Sprache angestrebt. In den Fällen, wo dies nicht möglich ist, wird die weibliche Form verwendet; es sind dabei selbstverständlich beide Geschlechter gleichwertig gemeint.

Unwirklichkeit einher; sie löst bei den Hinterbliebenen eine ausgeprägte und intensive Stressreaktion aus (vgl. Jordan & McIntosh, 2011b). Bei manchen zeigt sich der Schock als Betäubung, Empfindungs- und Teilnahmslosigkeit; andere weinen oder schreien bis zur Erschöpfung; wieder andere reagieren nach außen sehr gefasst, ihre Gefühle brechen sich erst nach Stunden oder Tagen Bahn. Der Körper reagiert mit Unruhe, Schlaf- und Appetitlosigkeit, Herzstolpern, Atemlosigkeit bzw. flacher Atmung, Verspannungen, Körperschmerzen, Konzentrationsschwierigkeiten (vgl. Paul, 2017, S. 73). Nach dem Schock kommt die Fassungslosigkeit: „Das kann nicht wahr sein!‘ ‚Das ist ein Traum, aus dem ich gleich erwachen werde ...‘ ‚So was passiert anderen, aber doch nicht mir ...“ (ebd., S. 70).

Personenzentriert betrachtet ist die Person aufgrund der Unabänderlichkeit des Suizids mit einer Situation totaler Macht- und Hilflosigkeit konfrontiert, die der Organismus als bedrohlich bewertet, weil Kampf wie auch Flucht zwecklos sind.

„Ich fühle mich wie eine Gefangene, die nirgendwo hin kann. Ich kann nicht vor mir selbst flüchten und vor den Stimmen in meinem Kopf und den Gefühlen in meinem Bauch und meiner Brust“ (Jungnikl, 2014, S. 19).

Als Folge beginnt das Erleben der akuten Inkongruenz (vgl. Biermann-Ratjen, 2003, S. 129). Die Person erlebt etwas, das nicht mit ihrem Selbstkonzept vereinbar ist bzw. ihr bestehendes Selbstkonzept änderte, wenn sie die Erfahrung als Selbsterfahrung zuließe. Sie erlebt Entsetzen, körperliche Erstarrung, intensiven Schmerz, tiefgehende Trauer und absolute Ohnmacht. Der Schockzustand und die darauf folgende Fassungslosigkeit verhindern zunächst das Eindringen dieser heftigen organismischen Erfahrungen ins Bewusstsein und stehen damit im Dienste der Abwehr von Erfahrung zum Zweck der Erhaltung des Selbstkonzeptes sowie gleichermaßen im Dienste des Überlebens des Gesamtorganismus.

Spezifische Themen bei Suizidtrauernden

Schuldgefühle und Schuldzuweisung

Schuldgefühle und Schuldzuweisungen sind Reaktionen, die von fast allen Suizidtrauernden erlebt werden (vgl. Andriessen et al., 2017a; Jordan & McIntosh, 2011b; McIntosh & Jordan, 2011; Shields et al., 2017). Derartige Reaktionen gehören zwar zu den meisten Trauerprozessen, nach einem Suizid werden sie jedoch in einem anderen Kontext und intensiver erlebt und nehmen damit mehr Raum ein als bei Trauer nach anderen Verlusten (vgl. Backhaus, 2017; McIntosh & Jordan, 2011; Metz, 2002; Paul, 2012).

Schuldgefühle richten sich gegen die eigene Person und äußern sich in Form von Selbstvorwürfen, die Anzeichen für den Suizid nicht erkannt oder nicht ernst genommen zu haben und damit (mit)verantwortlich bzw. „schuldig“ zu sein: „Ich hätte es kommen sehen müssen!“², „Hätte ich die Zeichen erkannt und ernst genommen, so hätte ich den Suizid verhindern können!“, „Mir war meine Arbeit wichtiger als mein Partner, und deshalb war ich nicht aufmerksam genug!“. Wenn die verstorbene Person schon viele Jahre an einer psychischen Erkrankung litt und Suizidalität den Alltag prägte, können Schuldgefühle auch deshalb auftreten, weil sich Hinterbliebene erleichtert fühlen, dass die ständige Sorge nun ein Ende hat (vgl. Andriessen et al., 2017a).

Schuldzuweisungen hingegen richten sich nach außen, entweder an die verstorbene Person selbst oder an andere Personen im sozialen Umfeld, in der Familie bzw. auch an Personen, die im professionellen Hilffsystem aus Sicht der Suizidtrauernden versagt haben. Sie sind häufig mit intensiver Wut verbunden.

Insgesamt erscheinen gegen die eigene Person gerichtete Schuldgefühle sowie Schuldzuweisungen gegenüber anderen eine geeignete Antwort auf das Nichtverstehen des Suizids und auf die Ohnmachtsgefühle zu sein. Paul (2013) spricht von sogenannten instrumentellen Schuldgefühlen, die sie als „ein meist unbewusst eingesetztes Instrument zur momentanen oder langfristigen Situationsbewältigung“ (S. 65) versteht. Sie können Erklärungszusammenhänge liefern und ein Gefühl von persönlicher Handlungsfähigkeit geben; die Rat- und Hilflosigkeit wird überschaubar, die erlebte Ohnmacht aushaltbar. „Als ‚Schuldiger‘ [...] bin ich in der Lage, Einfluss zu nehmen“ (ebd., S. 77). Auch die Beschuldigung anderer kann als Versuch verstanden werden, Kontrolle wiederzuerlangen; darüber hinaus kann dadurch die eigene Schuld entlastet, und die Wut muss nicht gegen die verstorbene Person gerichtet werden (vgl. Dunn & Morrish-Vidners, 1988).

Aus personenzentrierter Perspektive können konstruierte Schuldzusammenhänge als Ausdruck der erhaltenden Funktion der Selbst-Aktualisierungstendenz verstanden werden. Sie stellen das Selbstkonzept der Person, stets handlungsfähig zu sein und mit allen Situationen umgehen zu können, nicht infrage. Das für das Selbstkonzept bedrohliche organismische Erleben von Ohnmacht, Entsetzen, Schmerz, Zurückweisung und Trauer kann durch Schuldgefühle bzw. Schuldzuweisungen – zunächst – abgewehrt werden. Obgleich sie nicht aus dem Personenzentrierten Ansatz kommt, merkt Paul (2013, S. 75) dazu sehr treffend an: „Ein bewusstes Eingeständnis ihrer Ohnmacht [...] würde ihr Selbstbild zerstören. Es passt besser zu

² Die in Anführungsstriche gesetzten Aussagen sind keine wörtlichen Zitate von Klientinnen, sondern sinngemäße Zusammenfassungen aus von mir begleiteten Suizidtrauerprozessen.

ihrer Identität, sich Einfluss auf das Sterben der anderen zuzuschreiben“.

Im Trauerprozess wird es zunächst darum gehen, den schützenden Aspekt der Schuldgefühle unbedingt positiv zu beachten und in der Folge deren subjektive Bedeutung vertiefend zu explorieren und zu verstehen. Ein Ausweg aus den Schuldgefühlen ist laut Paul (2012, S. 110ff.) möglich, wenn sich Suizidtrauernde mit dem Thema „Erklärung“ auseinandersetzen, die verlorene Beziehung mit all ihren Stärken und Schwächen betrachten und sich mit den Begrenzungen der Existenz befassen.

Erlebte Zurückweisung, Wut und Selbstwert

Die meisten Menschen haben tief sitzende Überzeugungen über sich als wertvolle Person, die ihr Leben kontrollieren und beeinflussen kann, über Andere und die Beziehungen zu ihnen. Durch einen Suizid (und andere unerwartete und gewaltsame Todesursachen) können diese Überzeugungen massiv erschüttert werden. Es „drängt sich die mögliche Freiwilligkeit der Tat in die Trauer der Hinterbliebenen“ (Zwierlein, 2014, S. 24): „Du hast mich verlassen und im Stich gelassen!“, „Wie konntest du mir das nur antun?!“, „Wenn du mich genug geliebt hättest, hättest du anders entschieden“. Dies wird als immense Zurückweisung erlebt und kann tiefe Verzweiflung und Schmerz sowie intensive und heftige Wut auslösen (vgl. Jordan, 2011). Der Suizid rüttelt am Selbstwert (vgl. Zwierlein, 2014) bzw. – personenzentriert gesagt – am Selbstkonzept als liebenswerte Person:

„Wenn also der wichtigste und prägendste Mann in meinem Leben mir die schlimmste Wunde überhaupt zufügt, was bedeutet das dann? Was bin ich dann wert?“ (Jungnikl, 2014, S. 176).

Die Wahrnehmung des eigenen Selbst und des (gemeinsamen) Lebens vor dem Suizid, das Wissen über bzw. die Vertrautheit mit der verstorbenen Person und die Beziehung zu ihr wird infrage gestellt (vgl. Jordan, 2011; Sands, Jordan & Neimeyer, 2011; Shields et al., 2017). „Warum hast du dich mir nicht anvertraut?“, „Wie konntest du vor mir verheimlichen, wie es dir wirklich geht?“. Es ist nicht einfach zu akzeptieren, dass die nahe stehende Person ihre Probleme nicht angesprochen, nicht um Hilfe gebeten und auch keine erkennbaren Signale für Suizidalität vermittelt hat (vgl. Andriessen et al., 2017a).

Die erlebte Zurückweisung und die Erschütterung des Vertrauens in die Beziehung sowie die damit (mitunter) verbundene Wut können wiederum zu den oben dargestellten Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen führen bzw. diese insofern bestärken, selbst nicht genug Liebe, Aufmerksamkeit, Fürsorge und Unterstützung gegeben zu haben und darum verantwortlich für den Suizid zu sein oder im Sinn von „Ich darf nicht wütend sein auf einen Toten“ oder „Wut ist ein Gefühl, das in der Trauer nicht erlaubt ist“. Die erlebte Wut wird von vielen

Trauernden häufig als sehr schwieriges Gefühl wahrgenommen, in dem sie sich kaum annehmen können. Ein Selbstkonzept als liebende Person ist nicht vereinbar mit Wut, noch dazu, wenn diese auf die geliebte verstorbene Person gerichtet ist.

Aus personenzentrierter Sicht kommt es „zu einer Des-Integration und Inkongruenz, da die verlorengegangene Beziehung Teil des Selbst war“ (Metz, 2002, S. 590). Durch den Suizid tritt eine „radikale Änderung“ (ebd.) der Beziehung zur verstorbenen Person ein, was mit einer massiven Verunsicherung des eigenen Selbstkonzeptes einhergehen kann. Dies umso mehr, je bedeutsamer und näher die Beziehung zur verstorbenen Person war. Im Trauerprozess wird es notwendig sein, sich selbst „nach einem Verlust (wieder/ anders als bisher) als getrennte Person wahrzunehmen, mit eigenen Gefühlen, Erfahrungen, Lebensperspektiven“ (ebd., S. 590).

Die existenzielle Dimension der Trauer

Hinterbliebene nach Suizid sind in ihrem Trauerprozess jedoch nicht nur mit tief greifenden Veränderungen ihrer Einstellungen zu sich selbst – und damit ihres Selbstkonzeptes – und zur Beziehung zur verstorbenen Person beschäftigt, sondern auch mit existenziellen Fragen, insbesondere bzgl. der „Begrenzungen unseres Seins, nicht zuletzt ein unfreiwilliges Ausgesetztsein, auch gegenüber Widrigkeiten und tragischen Dimensionen wie dem Tod und Leid“ (Stumm, 2014, S. 168). Wie jede Trauer konfrontiert auch die Suizidtrauer mit der Endlichkeit des Lebens, auch des eigenen, aber auch mit anderen Herausforderungen und Eigenheiten menschlicher Existenz. Die bisherige Vorstellung von der Welt erweist sich als Illusion, „nämlich, dass das Leben im Sinne einer persönlichen Besonderheit Sicherheit und Schutz garantiere“ (Stumm, 2014, S. 169).

„Ich zweifle an meiner Wahrnehmung. Es ist eine selbstverständliche Annahme, dass die Menschen um mich herum leben und nicht sterben wollen, und sein Tod dreht also dieses tiefste innere Prinzip um. Alles steht auf dem Kopf“ (Jungnikl, 2014, S. 175).

Letztlich besteht bei vielen Menschen eine „grundsätzliche und universelle Schwierigkeit, mit unserer Existenz einhergehende Ungewissheiten und Widrigkeiten [...] zu akzeptieren“ (Stumm, 2014, S. 169). Menschen versuchen, sich durch verschiedene Strategien davor zu schützen: bei Suizidtrauernden z. B. die Wiedererlangung der Kontrolle durch Schuldgefühle und Schuldzuweisung (s. o.) oder durch die Suche nach Erklärungen und Antworten (s. u.). Diese Strategien können personenzentriert als Formen der Abwehr verstanden werden, nicht nur des organismischen Erlebens, sondern auch der „ontologischen (seinsmäßigen) Verfasstheit“ (ebd.). Sie dienen der Erhaltung eines Selbstkonzeptes, das die Welt im Allgemeinen als sicher, verstehbar, gut und gerecht wahrnimmt. Für

das Vorankommen im Trauerprozess wird es als bedeutsamer Schritt gesehen, sich mit Kontrollverlust und der Ungültigkeit dessen, dass alles wieder gut wird, auseinanderzusetzen und sich auf die eigenen Gefühle der Einsamkeit, Zerbrechlichkeit und Hoffnungslosigkeit einzulassen (vgl. Dunn & Morrish-Vidners, 1988; Backhaus, 2017; Ehrmann, 1992; Metz, 2002).

Erklärungen für den Suizid und Antworten auf die Frage nach dem „Warum“ finden

„Da gibt es nur den harten Kampf um das Verstehen und die Suche nach dem Warum“ (Jungnikl, 2014, S. 179).

Für viele Hinterbliebene ist der Suizid einer ihnen nahestehenden Person unerklärlich und ohne offensichtlichen Grund. „Suicide thus remains a cause of death that cries out for explanation“ (Jordan, 2011, S. 181). Die Suche nach Antworten auf das „Warum“ beschäftigt daher die meisten Suizidtrauernden. Sie beinhaltet das Bemühen, die (Vor-)Geschichte des Suizids zu rekonstruieren. Dies umfasst sowohl die Ereignisse, die zum Suizid geführt haben könnten, als auch Überlegungen darüber, wie sich die verstorbene Person vor dem Suizid gefühlt haben mag.

Abschiedsbriefe können die Rekonstruktion erleichtern (vgl. Wagner, 2013) und Schuldgefühle sowie Schuldzuweisungen lindern, wenn die verstorbene Person die eigenen Suizidmotive darstellt. Sie können aber auch erschwerend wirken, wenn darin negative Gefühle und Anschuldigungen enthalten sind. Das Fehlen von Abschiedsbriefen kann das Gefühl der eigenen Wertlosigkeit und der erlebten Zurückweisung verstärken: „Ich war dir nicht einmal ein paar Zeilen zum Abschied wert!“

Aus personenzentrierter Sicht kann die Suche nach Antworten auf das „Warum“ wiederum als Ausdruck der Selbst-Aktualisierungstendenz verstanden werden. Die Person versucht zunächst, das bestehende Selbstkonzept durch Wiedererlangen von Kontrolle zu erhalten. Das Bemühen um Rekonstruktion kann in der Folge in die Entfaltung des Organismus, inklusive Selbstkonzept, münden, wenn die suizidtrauernde Person in ihrem Trauerprozess Schritt für Schritt das Nichtwissen und die Ohnmacht akzeptieren und für sich selbst eine ausreichend glaubhafte Erklärung finden kann (vgl. Jordan, 2011; Sands et al., 2011; Shields et al., 2017), „die komplex („der Suizid war das Ergebnis von vielen Faktoren, nicht nur von einem“), realistisch („mein Beitrag zum Suizid war begrenzt oder sogar nicht existent und ich erkenne die Grenzen, was ich hätte tun können“) und mitfühlend („ich, mein Umfeld und mein geliebter Verstorbener haben das Bestmögliche getan in Anbetracht dessen, wer wir waren und womit wir umzugehen hatten“) ist“ (Jordan, 2011, S. 199; Übersetzung durch die Autorin).

Der soziale Kontext der Trauer

„Ich tue mir immer noch schwer damit, es auszusprechen, was weniger daran liegt, dass ich ein Problem damit habe, als vielmehr damit, dass ich mein Gegenüber gar nicht erst unvorbereitet in diese Situation bringen will. [...] Fast jedes Mal ist die Unterhaltung darauf beendet“ (Jungnikl, 2014, S. 180).

Stigmatisierung und Scham

Studien über Suizidtrauernde zeigen, dass sie sich stereotypen Vorstellungen, Vorurteilen und Ausgrenzung bzw. Diskriminierung ausgesetzt fühlen und dass erlebte Stigmatisierung den Trauerprozess erschweren kann (vgl. Hanschmidt, Lehnig, Riedel-Heller & Kersting, 2016; Scocco, Preti, Totaro, Ferrari & Toffol, 2017; Shields et al., 2017; Young et al., 2012).

Da Suizid – auch in unserer Gesellschaft – eine immer noch tabuisierte Todesursache ist, kann es für Hinterbliebene schwierig sein, offen über ihren Verlust zu sprechen (vgl. Jerneizig et al., 1991/1994; Young et al., 2012). Im kirchlichen Umfeld z. B. hat sich in den letzten Jahren zwar einiges „verbessert“, bis vor wenigen Jahrzehnten wurde jedoch noch eine christliche Bestattung verweigert. Die Zuschreibung des Suizids als sündhaft und verwerflich passiert immer noch und ist häufig verinnerlicht. Nicht nur die Bewertung der Suizidhandlung an sich, sondern auch die Bewertung der psychischen Erkrankung, die häufig damit verknüpft ist, spielt bei der Stigmatisierung eine Rolle. Auch das eigene soziale Umfeld kann diese Bewertung in sich tragen, was sich im Verhalten Trauernden gegenüber entsprechend auswirken kann: Der Fokus wird häufig viel mehr auf die Todesumstände als auf die trauernde Person gelegt, Spekulationen über Schuld werden angestellt. Darunter leiden die Anteilnahme und der Respekt den Trauernden gegenüber (vgl. Paul, 2017, S. 139).

Auch Suizidtrauernde selbst haben diese gesellschaftlichen, kulturellen und/oder religiösen Bewertungen und Tabus verinnerlicht; manche fühlen sich selbst befleckt, entwertet, unbehaglich (Hanschmidt et al., 2016, S. 8). Sie schämen sich, darin versagt zu haben, die verstorbene Person zu schützen und sie am Suizid zu hindern; sie schämen sich, weil die verstorbene Person keinen anderen Ausweg sah; sie schämen sich wegen ihrer eigenen Trauerreaktion.

Unbeholfenheit im Umgang mit Trauer

„Viele Menschen wissen nicht, wie sie das Thema ansprechen oder wie sie den unmittelbar Betroffenen begegnen sollen. Sie wollen helfen, aber sie wollen nicht aufdringlich sein“ (Jungnikl, 2014, S. 244).

Hinzu kommt eine allgemeine Unbeholfenheit der Gesellschaft, mit Tod und Trauer umzugehen (vgl. Jerneizig et al., 1991/1994; Jordan, 2008; Paul, 2012), die durch das Thema Suizid noch

verschärft wird. Viele Menschen wissen nicht, wie sie helfen können, und vermeiden den Kontakt zu den Hinterbliebenen. In der Folge fühlen sich Suizidtrauernde in ihrem großen Bedürfnis nach einem zuhörenden, verstehenden und Raum gebenden Gegenüber durch das soziale Umfeld oft zurückgewiesen oder zum Schweigen gezwungen und sehen sich stattdessen mit Erwartungen konfrontiert, wie ihre Trauerreaktion auszusehen hat: Es sollen nicht zu viele, aber auch nicht zu wenige Gefühle geäußert werden; „richtige“ Trauer soll nicht zu kurz, aber auch nicht zu lange dauern (vgl. Backhaus, 2017; Jerneizig et al., 1991/1994). Durch diesen Mangel an Verständnis und durch die Kontaktvermeidung fühlen sich Suizidtrauernde mit ihrem unerträglichen Schmerz alleingelassen und haben das Gefühl, damit unaushaltbar und unzumutbar bzw. gar verrückt zu sein. Insofern bestätigt das soziale Umfeld das bestehende Selbstkonzept, in dem es ohnehin kaum Platz für das intensive Trauererleben gibt.

Aber auch, wenn das Umfeld unterstützend reagieren wollte, zeigen sich viele Suizidtrauernde nicht offen in ihrem Schmerz, mit ihren nicht enden wollenden Tränen, in ihrer Bedürftigkeit und Einsamkeit oder auch in ihrer Wut. Sie sind überzeugt, dass niemand ihren Schmerz wirklich verstehen kann, der nicht selbst so etwas Schreckliches erlebt hat. Viele fühlen sich nur von Personen verstanden, die dieselbe Erfahrung gemacht haben (vgl. Shields et al., 2017). In Selbsthilfegruppen fühlen sie die Sicherheit, sich nicht verstellen zu müssen, sondern in allen Gefühlen ausgehalten zu werden und damit zumutbar zu sein.

Schwierigkeiten in der Familie

Auch innerhalb der Familie werden die Gefühle rund um den Verlust oft nicht geteilt (vgl. Jordan, 2008; 2011; Shields et al., 2017), zum einen, um sich vor gegenseitigen Schuldzuweisungen zu schützen oder einander nicht zu belasten oder aufzuzuregen zum anderen, weil die Fokussierung auf die eigene Trauer so stark werden kann, dass es unmöglich ist, die unterschiedlichen Trauerprozesse einzelner Familienmitglieder anzuerkennen.

„Jeder versucht, mit der Situation und dem Verlust alleine und auf seine Weise fertig zu werden. Jeder wird auch nur auf seine Weise mit der Sache fertig. Und es kommt auch eine gewisse Scheu hinzu: Wenn ich gerne einmal darüber reden möchte, bin ich nicht sicher, ob der andere das auch möchte. Vielleicht geht es ihm gerade gut damit, und ich erinnere ihn nur schmerzlich an etwas“ (Jungnickl, 2014, S. 215).

Stigmatisierung, Scham sowie Unbeholfenheit im Umgang mit Trauer können dazu führen, dass sich Suizidtrauernde zurückziehen, ihre trauerbezogenen Gefühle nicht zeigen oder gar unterdrücken und/oder die eigentliche Todesursache verheimlichen (vgl. Hanschmidt et al., 2012; Shields et al., 2017).

Zudem schwächen sie „das Selbstwertgefühl der Hinterbliebenen und verstärken die empfundene Isolation“ (Paul, 2012, S. 101). In der Folge können sie den Trauerprozess behindern und das Aufsuchen und Annehmen von (nicht nur) professionellen Hilfsangeboten erschweren – aus Angst, auch von diesen Personen verurteilt und nicht verstanden zu werden (vgl. Hanschmidt et al., 2012; Jerneizig et al., 1991/1994; Shields et al., 2017).

Es soll an dieser Stelle nicht ungesagt bleiben, dass Phasen des Rückzugs zum Trauerprozesses gehören und manchmal auch die Voraussetzung dafür sind, sich wieder für neue Menschen und Gefühle öffnen zu können (vgl. Paul, 2012, S. 140).

„Jetzt fühle ich mich wie ein verletztes Tier, das nicht genau weiß, was passiert ist, nur dass es sich zurückziehen muss und seine Wunden lecken, bevor es wieder hinausgeht“ (Jungnickl, 2014, S. 155).

Differentialdiagnostische Überlegungen zu Trauer nach Suizid

Trauer und/oder Trauma?

Bei Suizidtrauernden kann sich die Trauer mit Aspekten von Trauma überlappen (vgl. Jordan, 2008; 2011; Paul, 2014; Wagner, 2013). Trauer und Trauma sind Reaktionen auf ein belastendes Ereignis. Auf belastende Ereignisse reagiert das Individuum zunächst mit einer ersten unmittelbaren Schockreaktion (s.o.), die in der ICD-10 als „akute Belastungsreaktion“ (F43.0; Dilling, Mombour & Schmidt, 2006, S. 162) beschrieben wird. Auf diese folgt ein Bewältigungsprozess, der in der ICD-10 als „Anpassungsstörung“ (F43.2; ebd., S. 166) kodiert ist; darin werden Trauerfälle explizit als mögliche Auslöseereignisse benannt. Unter besonderen Bedingungen kann sich eine „Posttraumatische Belastungsstörung“ (F43.1; ebd., S. 164) entwickeln; dies ist insbesondere dann der Fall, wenn Suizidtrauernde die verstorbene Person selbst entdeckt haben. Dann können sich Bilder des Entsetzens im Gedächtnis einprägen und noch Jahre später in Form von Flashbacks und/oder Alpträumen ins Bewusstsein drängen. Auch wenn die verstorbene Person nicht selbst aufgefunden wurde, können imaginierte Bilder vom Fundort oder vom Zustand des Leichnams als intrusive Bilder auftauchen (vgl. Backhaus, 2017; Jordan, 2008; 2011; Wagner, 2013). Die posttraumatischen Bilder und Eindrücke sind von anderen Gedächtniseindrücken dissoziiert; sie schieben sich vor alle anderen Erinnerungen – auch vor die angenehmen – und können den Trauerprozess behindern (vgl. Backhaus, 2017).

Obgleich der Verlust durch Suizid ein traumatisches Verlustereignis darstellt, entwickelt jedoch die Mehrzahl der Suizidtrauernden keine Posttraumatische Belastungsstörung, auch

wenn sie im Vergleich zu Trauernden nach natürlichen, nicht gewaltsamen Todesursachen ein nachweislich erhöhtes Risiko dafür aufweisen (vgl. Mitchell & Terhorst, 2017). Es ist jedoch, insbesondere bei erschwerten Trauerprozessen, empfehlenswert, den Blick auf die Symptomatik einer Posttraumatischen Belastungsstörung offenzuhalten (vgl. Holland & Neimeyer, 2011; Sanford et al., 2016).

Persistierende komplexe bzw. prolongierte Trauerstörung: Bedarf es einer eigenständigen Diagnose für Trauer?

Suizidtrauernde sind einem erhöhten Risiko ausgesetzt, komplizierte Trauer zu erleben (vgl. z. B. Andriessen et al., 2017a; Jordan & McIntosh, 2011a; 2011c), insbesondere wenn sie in der gedanklichen Beschäftigung mit den oben dargestellten Themen verhaftet bleiben und keinen Weg finden, sich davon zu distanzieren. Das Risiko für die Entwicklung einer komplizierten Trauer wird von folgenden Faktoren beeinflusst: plötzlicher und unerwarteter Tod, entsetzliche Bilder im Zusammenhang mit den Todesumständen, gewaltsamer Tod durch Fremdeinwirkung, stigmatisierende Todesumstände, mehrfache Verluste, Verlust eines Kindes (vgl. Wagner, 2013, S. 35). Die meisten der Risikofaktoren treffen auf Suizidtrauernde zu. Die komplizierte Trauer wurde von der WHO (o. J.) in die 11. Revision der ICD mit der Bezeichnung „prolonged grief disorder“ als eigenständige Diagnose aufgenommen. Im DSM-5 ist sie als „persistent complicated bereavement disorder“ enthalten, allerdings noch nicht als eigenständiges, sondern als Störungsbild, das noch weiterer Forschung bedarf (vgl. Steinig & Kersting, 2015). In Fachkreisen wird kritisch und kontrovers diskutiert, ob eine Trauer überhaupt pathologisch sein kann.³ Die beschriebenen Symptome sind nicht von der natürlichen Trauer zu unterscheiden, lediglich deren Dauer und Intensität könnten zu problematischen Trauerverläufen führen. Besonders umstritten ist der für die ICD-11 vorgeschlagene Zeitraum von sechs Monaten nach dem Verlust als für die Diagnosestellung relevant (im DSM-5 sind es 12 Monate). Es wird zwar betont, dass der soziale, kulturelle und/oder religiöse Kontext des Individuums einzubeziehen ist, dennoch halte ich es, wie auch Backhaus (2017), für nicht sehr realistisch anzunehmen, dass eine „normale“ Trauer (zumindest innerhalb des mitteleuropäischen Kulturkreises, in dem ich selbst lebe) nach sechs Monaten bereits abgeschlossen sein soll. Dies baut falsche Erwartungen auf in einer Gesellschaft, die immer schnelllebiger wird und in der das Funktionieren müssen die tatsächlichen menschlichen Möglichkeiten überfordert.

³ Eine differenzierte Erörterung dieser Diskussion ist im Rahmen dieses Artikels nicht möglich (vgl. z. B. Albrecht & Mucksch, 2017; Wakefield, 2013).

Dennoch halte ich es, insbesondere bei Hinterbliebenen nach Suizid (oder anderen gewaltsamen Todesursachen), für bedeutsam, ein chronifiziertes, prolongiertes Trauererleben erkennen zu können, weil dies im Unterschied zur Begleitung von „unkomplizierten“ Trauerprozessen eines psychotherapeutischen Vorgehens bedarf.

Suizidtrauer und Personzentrierter Ansatz

Trauerreaktion nach Suizid aus personzentrierter Sicht

Ausgehend vom Grundprinzip des Personzentrierten Ansatzes können alle Trauerreaktionen als Ausdruck der Wirksamkeit der Aktualisierungstendenz verstanden werden, angesichts des erschütternden Ereignisses zunächst eher in ihrer erhaltenden und später, bei Vorhandensein von förderlichen Bedingungen, in ihrer entfaltenden Qualität. „Any expression of grief, however ‘inappropriate’ it might seem to the outsider, is understood as the most healthy reaction for the person in that moment“ (Haugh, 2012, S. 24). Welche Gefühle ein suizidtrauernder Mensch auch immer erlebt, mit welchen Verhaltensweisen auch immer er reagiert, aus der Sicht des Organismus ist die jeweilige Reaktion „die beste und sinnvollste, die er in diesem Moment treffen kann“ (Gutberlet, 1985, S. 58). Die individuelle und subjektive Trauerreaktion kann demnach als sinnvoller Versuch betrachtet werden, „sich inneren und äußeren Bedingungen so anzupassen, daß der Organismus erhalten wird und – wenn die Erhaltung gesichert scheint – auch wachsen kann“ (ebd., S. 57). Insofern trägt das Vertrauen in die Tendenz des Organismus, sich zu aktualisieren, dazu bei, die trauernde „Person in ihrer eigenen Logik zu erfassen, statt sie zu verurteilen“ (Stumm, 2010, S. 136f.).

Zunächst reagiert der Organismus angesichts des Entsetzens mit Schock und Betäubung, was als Ausdruck der Aktualisierungstendenz in ihrer erhaltenden Funktion verstanden werden kann. So wird der Gesamtorganismus vor dem intensiven Erleben des Entsetzens, des Schmerzes, der Trauer und der Ohnmacht geschützt und sein Überleben gesichert. Die Betäubung hält nicht allzu lange an, das organismische Erleben drängt zunehmend ins Bewusstsein, der Organismus will sich entfaltend aktualisieren, er will wachsen. Treffen die Erfahrungen des sich aktualisieren wollenden Organismus auf ein Selbstkonzept, das durch diese Erfahrungen bedroht wird, reagiert die suizidtrauernde Person mit Inkongruenz. Teile ihrer Erfahrung stimmen nicht mit ihrem bestehenden Selbstkonzept überein und müssen abgewehrt werden. Die Person erlebt Spannung: Sie strebt einerseits danach, das bestehende Selbstkonzept zu erhalten, andererseits es im Sinne der gesamtorganismischen Bewertung zu erweitern.

Im Trauerprozess kann die Suizidtrauerreaktion entweder als angemessene organismische Erfahrung im Selbstkonzept symbolisiert werden und somit zu positiven Veränderungen, Wachstum und Entwicklung des Selbstkonzeptes beitragen (Selbstentfaltung) (vgl. Gutberlet, 1985). Wenn aber das Selbstkonzept die Oberhand gewinnt, kann die Erfahrung erfolgreich vom Bewusstsein ferngehalten oder verzerrt symbolisiert werden. Somit kann sich das „alte“ Selbstkonzept behaupten, die Abwehr der Erfahrung war im Sinne der Selbsterhaltung erfolgreich (ebd.). Dann kann sich die Trauer zu einer chronifizierten Inkongruenz (Biermann-Ratjen, 2003, S. 131) entwickeln und z. B. in der oben beschriebenen prolongierten Trauerstörung (WHO, o. J.), aber auch in Form von Depression oder Angst, zum Ausdruck kommen. Die Erfahrung kann aber auch aufgrund ihrer Unerträglichkeit zu einem Zusammenbruch des Selbstkonzeptes führen, wenn sie weder integriert noch durch Verzerrung oder Verleugnung abgewehrt werden kann. Dabei wären, durch das Überflutetwerden von Erleben bei gleichzeitigem Verlust eines stabilen Selbstgefühls, auch psychotische Entwicklungen möglich (vgl. Gutberlet, 1985).

Trauerbegleitung nach Suizid und Personzentrierter Ansatz

„Die Rückkehr ins normale Leben ist schwieriger, als ich es mir in guten Momenten gedacht, und genauso schwierig, wie ich es in meinen schweren Momenten befürchtet habe“ (Jungnikl, 2014, S. 153).

Da das vorliegende Themenheft zwei Artikel über Trauer und Trauerbegleitung enthält (vgl. die Artikel von Backhaus und Paul, in diesem Heft), wird an dieser Stelle auf eine ausführliche Darstellung verzichtet. Stattdessen wird gezeigt, dass der Personzentrierte Ansatz für die Begleitung von Trauerprozessen nach Suizid besonders geeignet erscheint. Darüber hinaus werden gedankliche Anstöße an Psychotherapeutinnen gegeben, worüber es Sinn macht zu reflektieren, wenn sie Suizidtrauernde begleiten (möchten).

Jerneizig und Kollegen (1991/1994, S. 62) entwickelten zwischen 1987 und 1991 eine „Klientenzentrierte Trauertherapie“ und konstatieren: „Wenn man die spezifischen Bedürfnisse Trauernder, ihre Erfahrungen mit den Reaktionen der sozialen Umwelt und die extreme Tabuisierung der Thematik Trauer in unserer Gesellschaft berücksichtigt, erweist sich die klientenzentrierte Trauertherapie als die Methode der Wahl“ (ebd.). Für diese Sichtweise gibt es (wenn auch nicht beabsichtigt) Bestätigung in der einschlägigen Fachliteratur über Suizidtrauer. So betont John R. Jordan (2008), amerikanischer Psychologe und Familientherapeut, dessen Arbeitsschwerpunkt seit vielen Jahrzehnten die Trauer nach Suizid und anderen traumatischen Verlustereignissen ist: „The central role of a compassionate, empathic, and patient therapeutic relationship in facilitating the

long term healing process for survivors cannot be overstated“ (S. 4). Ähnlich schlussfolgern Shields und Kolleginnen (2017) in ihrem Überblick über elf qualitative Studien zum Thema: „Indeed, providing a space for the bereaved to talk about and share their experience openly and honestly in an understanding and non-judgemental environment may, in itself, help them through the process of being bereaved by suicide“ (S. 451).

Es muss nicht betont werden, dass die genannten Qualitäten einigen Prämissen des Personzentrierten Ansatzes entsprechen: Konstruktive „Persönlichkeitsveränderung von Bedeutung“ kann nach Rogers (1957a/2004, S. 169) nur innerhalb einer Beziehung zustande kommen. Das Beziehungsangebot der Personzentrierten Psychotherapeutin ist von unbedingt positiver Beachtung, Empathie und Kongruenz gekennzeichnet.

Die Haltung der *unbedingt positiven Beachtung* aufseiten der Psychotherapeutin ermöglicht es Suizidtrauernden, alle ihre Gefühle und Empfindungen unmittelbar erleben und benennen zu dürfen. Sie werden nicht bewertet, sondern dürfen sein, wie sie gerade in diesem Moment sind. Die konsequente unbedingt positive Beachtung fördert auch den Ausdruck derjenigen trauerbezogenen Gefühle, in denen sich die trauernde Person selbst (noch) nicht annehmen kann. Durch das Erleben der wertschätzenden Haltung der Psychotherapeutin können Suizidtrauernde den „ganz eigenen und individuellen Weg ihrer Trauer herausarbeiten“ (Backhaus, 2017, S. 38). Sie fühlen sich „von dem Druck befreit, sich in irgendeiner Form ‚verhalten zu müssen““ (Jerneizig et al., 1991/1994, S. 65).

Das Bemühen um *Einführung* in den individuellen inneren Bezugsrahmen der suizidtrauernden Person durch die Psychotherapeutin ermöglicht es, die persönliche, subjektive Bedeutung einzelner Trauerinhalte Schritt für Schritt empathisch zu verstehen (vgl. Jerneizig et al., 1991/1994). Warum erlebt eine Person ihre Trauer genau so und nicht anders? Welche Aspekte ihres Idealbildes als trauernder Person sind vielleicht bedroht? Welches organismische Erleben rund um den Verlust ist mit dem bestehenden Selbstkonzept nicht vereinbar und muss daher (zunächst) abgewehrt werden? Welche Abwehrstrategien werden zu welchem Zweck angewendet, und welche subjektive Bedeutung haben sie? Sich gemeinsam all diesen Aspekten zuzuwenden, kann zu mehr Selbstakzeptanz und einem vertiefenden Verstehen des eigenen Erlebens aufseiten der suizidtrauernden Person führen. Die konsequente Exploration des – oft auch widersprüchlichen – eigenen Erlebens und der Ausdruck desselben ermöglicht es, im eigenen Tempo eine Ordnung in das erlebte Gefühlschaos zu bringen. Das „erschütterte Selbstbild kann sich allmählich wieder neu strukturieren“ (Backhaus, 2017, S. 38). Für Psychotherapeutinnen ist es wichtig, sich dabei ausschließlich am inneren Bezugsrahmen der trauernden Person zu orientieren und sich „nicht verleiten zu lassen, die Gründe für den Suizid zu analysieren

(um uns selbst Sicherheit zu verschaffen) und damit eine Beurteilung der Situation vorzunehmen anstatt uns dem Hinterbliebenen zuzuwenden und zu versuchen, ihn zu verstehen“ (ebd., S. 105).

„Echte“ Empathie und unbedingt positive Beachtung sind jedoch nur dann gewährleistet, wenn die Psychotherapeutin in der Begegnung *kongruent*, also sie selbst, sein und bleiben kann. Sie kann dann angesichts des Schmerzes der Suizidtrauernden präsent bleiben, den Schmerz teilen, ihn gemeinsam aushalten und muss ihn nicht sofort auflösen (vgl. Jordan, 2008, S. 4).

Dazu ist nach meiner Erfahrung in der Begleitung (nicht nur) von Suizidtrauernden die Auseinandersetzung mit folgenden Themen von großer Bedeutung, wenn nicht sogar eine Voraussetzung dafür, als Psychotherapeutin authentisch, präsent, berührbar und in Kontakt mit der suizidtrauernden Person sein und bleiben zu können (vgl. auch Backhaus, 2017; Haugh, 2012; Jerneizig et al., 1991/1994; Jordan, 2008; Sanford et al., 2016).

Ich halte es für sinnvoll und notwendig, sich als Psychotherapeutin der eigenen schmerzhaften Verluste bewusst sein und einen offenen Umgang mit dem eigenen Trauererleben haben zu können sowie sich der eigenen Sterblichkeit gewahr zu sein. Ebenso erachte ich es als bedeutsam, sich mit den eigenen Werten, Vorstellungen und Überzeugungen über Trauer und Trauerprozesse auseinanderzusetzen. In der Begleitung von Suizidtrauernden erlebe ich es darüber hinaus als essenziell, die eigene Einstellung und Haltung zu Suizid zu reflektieren. Weiterhin betrachte ich ein Wissen über die oben dargestellten spezifischen Themen des Trauerns nach Suizid und über die Bedürfnisse von Trauernden als hilfreich.

Wenn Psychotherapeutinnen aufgrund eigener – vielleicht negativer – Einstellungen zu Tod, Suizid und Trauer selbst inkongruent werden, kann es passieren, dass Suizidtrauernde das Gefühl bekommen, auch im professionellen Kontext mit Stigmatisierung und Hilflosigkeit im Umgang mit Suizid und Trauer konfrontiert zu sein. Die Folge wäre ein weiterer Rückzug und der Verlust von Hoffnung auf Hilfe. Wenn Psychotherapeutinnen hingegen ein personenzentriertes Beziehungsangebot zur Verfügung stellen können und dieses von der suizidtrauernden Person im Sinne der sechsten der notwendigen und hinreichenden Bedingungen (vgl. Rogers, 1957a/2004) auch wahrgenommen werden kann, erfährt die hinterbliebene Person, dass ihre individuelle, subjektive Trauerreaktion empathisch einfühlbar und nachvollziehbar ist. Sie erlebt unbedingt positive Beachtung in allen Aspekten ihrer Trauer ebenso wie das Vertrauen in ihre Fähigkeit, den eigenen individuellen Trauerweg selbstständig bewältigen zu können (vgl. Jerneizig et al., 1991/1994).

Fazit

Die Trauer nach Suizid wird aufgrund der Todesumstände und der damit verknüpften Tabuisierung zumeist als erschwert erlebt. Dennoch ist Suizidtrauer grundsätzlich nicht als pathologisch im Sinne einer prolongierten Trauerstörung zu verstehen, sondern als angemessene und nachvollziehbare Reaktion auf ein außergewöhnlich entsetzliches und (zumeist) unerwartetes Ereignis. Eine Begleitung, die geprägt ist von Einfühlung, Mitgefühl und einer nicht-wertenden Haltung ist aus der Sicht von Suizidtrauerexpertinnen notwendig und hilfreich. Daraus erschließt sich, dass ein personenzentriertes Beziehungsangebot besonders geeignet erscheint, Hinterbliebene nach Suizid in ihrem Trauerprozess zu begleiten. Von besonderer Bedeutung dabei ist, sich als Psychotherapeutin mit den oben dargestellten spezifischen Suizidtraueraspekten auseinanderzusetzen und die eigene Einstellung zu Suizid und Trauer zu reflektieren, um nicht Gefahr zu laufen, der suizidtrauernden Person mit eigenen Vorurteilen, Unsicherheiten und Ängsten zu begegnen oder durch eigene Vorstellungen einer „richtigen“ Trauer den persönlichen Trauerweg zu behindern. „Angesichts der erschweren Trauersituation im Fall des Suizids kann man den Trauernden nur verständnisvolle und verständige Menschen an ihrer Seite wünschen“ (Zwierlein, 2014, S. 28).

Literatur

- Albrecht, J. & Mucksch, N. (2017). Trauerstörung. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 18(1), 28–35.
- Andriessen, K., Kryszynska, K. & Grad, O. T. (2017). Current understandings of suicide bereavement. In K. Andriessen, K. Kryszynska & O. T. Grad (Hrsg.), *Postvention in action. The international handbook of suicide bereavement support* (S. 3–16). Boston: Hogrefe.
- Andriessen, K., Kryszynska, K. & Grad, O. T. (Hrsg.). (2017). *Postvention in action. The international handbook of suicide bereavement support*. Boston: Hogrefe.
- Backhaus, U. (2017). *Personenzentrierte Beratung und Therapie bei Trauer und Verlust*. München: Reinhardt.
- Berman, A. L. (2011). Estimating the population of survivors of suicide: Seeking an evidence base. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(1), 110–116.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2003). Das gesprächspsychotherapeutische Verständnis von Psychotrauma. *Person*, 7(2), 128–134.
- Brathuhn, S., Melching, H. & Adelt, T. (Hrsg.). (2014). Suizid: Aus-Weg-Los!? [Themenheft]. *Leidfaden*, 4(4).
- Bronisch, T. (2014). *Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention* (6., überarb. Aufl.). München: Beck.
- Bundesamt für Statistik (o. J.). *Psychische Gesundheit*. Neuchâtel, Schweiz: Bundesamt für Statistik. Verfügbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/psychische.html> [1. 2. 2019].
- Cerel, J., Maple, M., Venne, J. v. d., Moore, M., Flaherty, C. & Brown, M. (2016). Exposure to suicide in the community: Prevalence and correlates in one U.S. State. *Public Health Reports*, 131 (1), 100–107. Verfügbar

- unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4716477/pdf/phr1310000100.pdf> [1. 2. 2019].
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2006). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis / Weltgesundheitsorganisation* (4., überarb. Aufl.). Bern: Huber (englisches Original erschienen 1988: Tenth revision of the International Classification of Diseases, Chapter V (F). Genf: WHO).
- Dunn, R. G. & Morrish-Vidners, D. (1988). The psychological and social experience of suicide survivors. *Omega — Journal of Death and Dying*, 18 (3), 175–215.
- Ehrmann, W. (1992). Als wär's ein Stück von mir. Die Bedeutung von Verlust und Trauer für das Selbstkonzept. In P. Frenzel, P. F. Schmidt & H. Winkler (Hrsg.), *Handbuch der personzentrierten Psychotherapie* (S. 381–398). Köln: EHP.
- Gutberlet, M. (1985). Entwurf zu einem Krisenmodell in der Gesprächspsychotherapie/Klientenzentrierten Psychotherapie. *GWG-Info*, 12 (4 [Nr. 61]), 51–62.
- Hanschmidt, F., Lehnig, F., Riedel-Heller, S. G. & Kersting, A. (2016). The stigma of suicide survivorship and related consequences – A systematic review. *PLoS ONE*, 11 (9), e0162688. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5033475/pdf/pone.0162688.pdf> [2. 1. 2019].
- Haugh, S. (2012). A person-centred approach to loss and bereavement. In J. Tolan & P. Wilkins (Hrsg.), *Client issues in counselling and psychotherapy* (S. 15–29). Los Angeles: Sage.
- Holland, J. M. & Neimeyer, R. A. (2011). Separation and traumatic distress in prolonged grief: The role of cause of death and relationship to the deceased. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(2), 254–263.
- Jerneizig, R., Langenmayr, A. & Schubert, U. (1994). *Leitfaden zur Trauertherapie und Trauerberatung* (2., unveränd. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Erstaufl. erschienen 1991).
- Jordan, J. R. (2008). Bereavement after suicide. *Psychiatric Annals*, 38 (10), 670–685. Verfügbar unter: https://www.johnjordanphd.com/pdf/pub/Jordan_Bereavement%20.pdf [2. 1. 2019].
- Jordan, J. R. (2011). Principles of grief counseling with adult survivors. In J. R. Jordan & J. L. McIntosh (Hrsg.), *Grief after suicide. Understanding the consequences and caring for the survivors* (Reihe: Series in death, dying, and bereavement; S. 179–223). New York: Routledge.
- Jordan, J. R. & McIntosh, J. L. (Hrsg.). (2011a). *Grief after suicide. Understanding the consequences and caring for the survivors* (Reihe: Series in death, dying, and bereavement). New York: Routledge.
- Jordan, J. R. & McIntosh, J. L. (2011b). Is suicide bereavement different? A framework for rethinking the question. In J. R. Jordan & J. L. McIntosh (Hrsg.), *Grief after suicide. Understanding the consequences and caring for the survivors* (Reihe: Series in death, dying, and bereavement; S. 19–42). New York: Routledge.
- Jordan, J. R. & McIntosh, J. L. (2011c). Suicide bereavement: Why study survivors of suicide loss? In J. R. Jordan & J. L. McIntosh (Hrsg.), *Grief after suicide. Understanding the consequences and caring for the survivors* (Reihe: Series in death, dying, and bereavement; S. 3–17). New York: Routledge.
- Jungnickl, S. (2014). *Papa hat sich erschossen*. Frankfurt: Fischer.
- McIntosh, J. L. & Jordan, J. R. (2011). The impact of suicide on adults. In J. R. Jordan & J. L. McIntosh (Hrsg.), *Grief after suicide. Understanding the consequences and caring for the survivors* (Reihe: Series in death, dying, and bereavement; S. 43–79). New York: Routledge.
- Metz, C. (2002). Personzentrierte Trauertherapie und Palliative Care. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 585–607). Wien: Springer.
- Mitchell, A. M. & Terhorst, L. (2017). PTSD Symptoms in survivors bereaved by the suicide of a significant other. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 23 (1), 61–65. Verfügbar unter: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1078390316673716> [2. 1. 2019].
- Otzelberger, M. (2016). *Suizid: Das Trauma der Hinterbliebenen* (8., unveränd. Aufl.). München: dtv (Erstaufl. erschienen 1999).
- Paul, C. (2012). *Warum hast du uns das angetan? Ein Begleitbuch für Trauernde, wenn sich jemand das Leben genommen hat* (2., unveränd. Aufl. d. vollst. Taschenbuchausg.). München: Goldmann.
- Paul, C. (2013). *Schuld – Macht – Sinn. Arbeitsbuch für die Begleitung von Schuldfragen im Trauerprozess* (2., durchges. Aufl.). Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Paul, C. (2014). (K)eine Trauer wie jede andere? Erfahrungen aus 16 Jahren in der Begleitung von Suizidtrauernden. *Leidfaden*, 3 (4), 72–77.
- Paul, C. (2017). *Ich lebe mit meiner Trauer*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Rogers, C. R. (2004). Die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. In C. R. Rogers & P. F. Schmid (Hrsg.), *Person-zentriert. Grundlagen von Theorie und Praxis* (Reihe: Edition Psychologie und Pädagogik; 4., unveränd. Aufl. d. 2. erw. Aufl. von 1995; S. 165–184). Mainz: Grünewald (Original erschienen 1957a: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103).
- Sands, D., Jordan, J. R. & Neimeyer, R. A. (2011). The meanings of suicide: A narrative approach to healing. In J. R. Jordan & J. L. McIntosh (Hrsg.), *Grief after suicide. Understanding the consequences and caring for the survivors* (S. 249–282). New York: Routledge.
- Sanford, R. L., Cerel, J., McGann, V. & Maple, M. (2016). Suicide loss survivors' experiences with therapy: Implications for clinical practice. *Community Mental Health Journal*, 52 (5), 551–558.
- Schenk, M. (2014). *Suizid, Suizidalität und Trauer. Gewaltvoller Tod und Nachsterbewunsch in der Begleitung* (Reihe: Edition Leidfaden). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Scocco, P., Preti, A., Totaro, S., Ferrari, A. & Toffol, E. (2017). Stigma and psychological distress in suicide survivors. *Journal of Psychosomatic Research*, 94, 39–46.
- Shields, C., Kavanagh, M. & Russo, K. (2017). A qualitative systematic review of the bereavement process following suicide. *Omega – Journal of Death and Dying*, 74 (4), 426–454.
- Shneidman, E. S. (1973). *On the nature of suicide* (Reihe: The Jossey-Bass behavioral science series; 2., unveränd. Aufl.). San Francisco: Jossey-Bass (Erstaufl. erschienen 1969).
- Sonneck, G. (2000). *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Wien: Facultas.
- Statistik Austria (2018). *Todesursachen gesamt*. Wien: Statistik Austria. Verfügbar unter: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html [2. 1. 2019].
- Statistisches Bundesamt (o. J.). *Todesursachen*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen.html> [2. 1. 2019].
- Steining, J. & Kersting, A. (2015). Anhaltende komplexe Trauerreaktion – ein neues Krankheitsbild? *PSYCHUP2date*, 9(5), 281–295. Verfügbar unter: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0041-102927.pdf> [2. 1. 2019].
- Stülpnagel, F. v. (2013). *Warum nur? Trost und Hilfe für Suizid-Hinterbliebene*. München: Kösel.
- Stumm, G. (2010). Die Aktualisierungstendenz: eine Synopse in Thesen. *Person*, 14(2), 135–138. Verfügbar unter: <http://www.gerhardstumm.at/aktualisierungstendenz.pdf> [2. 1. 2019].
- Stumm, G. (2014). Existenzielle Ebene. In G. Stumm & W. W. Keil (Hrsg.), *Praxis der Personzentrierten Psychotherapie* (S. 167–176). Heidelberg: Springer.
- Sveen, C.-A. & Walby, F. A. (2008). Suicide survivors' mental health and grief reactions: A systematic review of controlled studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(1), 13–29.

- Wagner, B. (2013). *Komplizierte Trauer. Grundlagen, Diagnostik und Therapie*. Heidelberg: Springer.
- Wakefield, J. C. (2013). Is complicated grief a disorder? Why the proposal to add a category of complicated grief disorder to the DSM-5 is conceptually and empirically unsound. In M. Stroebe, H. Schut & J. v. d. Bout (Hrsg.), *Complicated grief. Scientific foundations for health care professionals* (S. 99–114). New York: Routledge.
- World Health Organization (WHO) (2016). *Suizidprävention. Eine globale Herausforderung*. Genf: WHO. Verfügbar unter: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779-ger.pdf?sequence=14> [2. 1. 2019] (englisches Original erschienen 2014: Preventing suicide. A global imperative. Genf: WHO).
- World Health Organization (WHO) (o. J.). *Prolonged grief disorder*. Genf: WHO. Verfügbar unter: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314> [2. 1. 2019].
- Wolfersdorf, M. & Etzersdorfer, E. (2011). *Suizid und Suizidprävention*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Young, I. T., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M. & Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 177–186. Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3384446/pdf/DialoguesClinNeurosci-14-177.pdf> [2. 1. 2019].
- Zwierlein, E. (2014). Über die dreifache Trauer nach Suizid. *Leidfaden*, 3(4), 24–28.

Rezensionen*

Monika Tucza

Ulrike Backhaus: Personzentrierte Beratung und Therapie bei Verlust und Trauer

München: Reinhardt, 2019, 188 Seiten, ISBN: 978-3497026678. EUR (D) 24,90 / EUR (A) 25,60 / CHF 41,90.

Das Buch von Ulrike Backhaus ist nicht in erster Linie an Personzentrierte PsychotherapeutInnen gerichtet. Vielmehr ist es ihr Anliegen einen Überblick über Arten der Trauer und über Trauerprozesse zu geben sowie die Bedeutung und die Wirksamkeit des Personzentrierten Ansatzes (PZA) in der Trauerbegleitung zu betonen und darzustellen. Damit möchte sie Fachleute und StudentInnen ebenso ansprechen wie interessierte Laien.

Insofern findet sich am Beginn des Buches – nach einem Vorwort und einer Einleitung – in Kapitel 2 ein Überblick über die Grundlagen des PZA. Darin skizziert Backhaus das Leben und Werk von Rogers ebenso wie die therapeutischen Haltungen und die aktuelle Bedeutung des PZA. (Letzteres ist – vor allem in Hinblick auf die aktuelle berufspolitische Situation des PZA in Deutschland – sehr verkürzt dargestellt, aber für das vorliegende Buch auch nicht wesentlich.)

Nach dieser allgemeinen Einführung legt sie in Kapitel 3 dar, warum für sie der PZA „das Konzept der Wahl [ist], wenn es um die Begleitung von Menschen in Krisen geht, die durch schwere Krankheit, Sterben und Verlust hervorgerufen sind“ (S. 12). Sie beschreibt die Geschichte der Hospiz- und der Selbsthilfebewegung, die wesentlich zur Entwicklung der Trauerbegleitung beigetragen haben und in die „personzentrierte Grundhaltungen und Umgangsweisen implizit oder explizit Eingang gefunden haben“ (S. 41). Ebenso erörtert sie konkret die Bedeutung von Kongruenz, unbedingt positiver Beachtung und Empathie im Zusammenhang mit professioneller Trauerbegleitung, -beratung und/oder -therapie, und zwar sowohl aus der Sicht der Bedürfnisse von trauernden Personen als auch hinsichtlich der Herausforderungen, die sich daraus für TrauerbegleiterInnen und PsychotherapeutInnen ergeben (können).

Weil es aus Sicht der Autorin für eine fundierte personzentrierte Beratung und/oder Psychotherapie mit trauernden Personen unerlässlich ist, sich mit der fachlichen Perspektive von Trauerprozessen auseinanderzusetzen, widmet sie sich in

Kapitel 4 ausgewählten Modellen. Diese betrachtet sie als „eine wichtige Ergänzung des Personzentrierten Ansatzes, die in sein Grundkonzept eingearbeitet werden und zum besseren Verständnis trauernder Menschen beitragen“ (S. 41) können. Beginnend bei Freud stellt sie in aller Kürze verschiedene Phasenmodelle vor, z. B. nach Lindemann, Kübler-Ross und Kast. Den Modellen ist gemeinsam, dass sie am Anfang des Trauerweges eine Phase des Schocks, der Betäubung sehen, gefolgt von einer Phase unterschiedlicher intensiver Gefühle wie Schmerz, Verzweiflung, Wut, Angst, Hilflosigkeit und schließlich eine Phase der Neuorientierung. Ausführlicher widmet sie sich dem Modell der vier „Traueraufgaben“ von William Worden, der „Trauerprozesse als Entwicklungsweg, der aktiv gegangen wird und nicht passiv über den Trauernden hereinbricht“ (S. 45), betrachtet. Es geht darum, den Verlust der Realität zu akzeptieren (Traueraufgabe 1), den Schmerz zu verarbeiten (Traueraufgabe 2), sich an die Welt ohne die verstorbene Person anzupassen (Traueraufgabe 3) und eine dauerhafte Verbindung zur verstorbenen Person inmitten des Aufbruchs in ein neues Leben zu finden (Traueraufgabe 4). Die Darstellung ergänzt sie mit Erkenntnissen weiterer TrauerforscherInnen (Roland Kachler, Robert Neimeyer, Chris Paul, Margret Stroebe & Henk Shut sowie George Bonanno), illustriert sie mit Beispielen aus ihrer Praxis und stellt sie in Bezug zu der therapeutischen Haltung des PZA.

Dem schließt sie in Kapitel 5 Aspekte aus der Existenzphilosophie an, da sie es in der Trauerberatung als günstig erachtet, „wenn wir sensibel für sie sind“ (S. 70), vor allem dann, wenn von der trauernden Person die Sinn- und Bedeutungssuche einen entsprechenden Raum fordert.

Danach richtet sie in Kapitel 6 einen kritischen Blick auf das Konzept der verlängerten Trauer („prolonged grief disorder“), das in die – im Mai 2019 verabschiedete – 11. Revision der ICD der WHO unter den stressassoziierten Störungen Eingang gefunden hat. Unabhängig von ihrer kritischen Frage, ob es dafür überhaupt eine psychiatrische Diagnose gebraucht hätte, weist Backhaus auf die Bedeutung der Benennung unterschiedlicher Trauerverläufe hin, insbesondere in Hinblick auf die Qualifikation der passenden TrauerbegleiterInnen. Dies vor allem

* Beabsichtigte Rezensionen sollten mit einem verantwortlichen Redakteur besprochen werden; Detailinformationen zu Rezensionen siehe hintere innere Umschlagseite (U3).

deshalb, da Trauerbegleitung häufig von ehrenamtlichen HelferInnen geleistet wird, es jedoch für erschwerte, anhaltende und traumatische Trauerverläufe gegebenenfalls psychotherapeutischer Unterstützung bedarf. Differenziert beschreibt sie die Kennzeichen dieser unterschiedlichen Trauerverläufe und durch welche Faktoren diese begünstigt werden, z. B. Resilienz, soziale und/oder familiäre Unterstützung, plötzliche und/oder gewaltsame Todesart, Art der Beziehung zur verstorbenen Person, frühere Verluste, biografische Belastungen, insbesondere unsicher-ambivalenter Bindungsstil. Sie ist der Meinung, dass das Wissen um unterschiedliche Trauerverläufe das Erkennen „ungünstiger“ Trauerprozesse erleichtern bzw. auch zu einem besseren Verstehen trauernder Personen beitragen kann.

Aus der eigenen Praxis der personenzentrierten Beratung und Therapie mit trauernden Menschen berichtet sie in Kapitel 7, das mit 75 Seiten das umfassendste ist und somit den Hauptteil des Buches darstellt. Darin bringt sie sehr nachvollziehbare Beispiele von Begleitungen von Trauernden bei nicht erschwerter sowie bei erschwerter Trauer. Besonderes Augenmerk der erschweren Trauer richtet sie dabei auf Trauerprozesse um ein Kind, nach Suizid und im Zusammenhang mit einer ambivalenten Beziehung zum/zur Verstorbenen. Ebenso finden sich Beispiele von anhaltender, traumatischer (nach unerwarteten und/oder gewaltsamen Todesarten wie insbesondere Unfällen, Suizid oder Mord) und länger zurückliegender Trauer (z. B. von Erwachsenen, die als Kind einen Verlust erlitten haben oder

auch von jahrelang versteckter Trauer) sowie Beispiele von der Trauer vor dem Tod (d. h. bei Trauer im Rahmen einer Sterbebegleitung im Zuge einer schweren Erkrankung) und der Trauer bei Verlusten ohne Todesfall (z. B. bei Alzheimererkrankung). Die Fallbeispiele werden anhand der in den vorangestellten Kapiteln dargestellten theoretischen Grundlagen und in Hinblick auf die therapeutische Haltung im PZA reflektiert.

Das Buch schließt mit einem Kapitel über Selbstschutz und Selbstpflege für Beratende. Backhaus schreibt von der Bedeutung des achtsamen Umgangs von TrauerbegleiterInnen mit sich selbst, von der Wichtigkeit des Bewusstseins über und der Auseinandersetzung mit eigenen schmerzhaften Verluste Erfahrungen, vom Einfluss eigener Weltanschauungen, vom Wissen über unsere Motivation beratend und/oder psychotherapeutisch tätig zu sein, von Mitgefühl, Ohnmacht und Professionalität sowie von der Erlaubnis das eigene Leben freudvoll zu genießen.

Insgesamt kann das Buch allen Personen nahegelegt werden, die bereits mit trauernden Menschen arbeiten bzw. in der Zukunft arbeiten wollen. Es bietet im theoretischen Teil einen guten Überblick über die verschiedenen fachlichen Perspektiven, die zur intensiveren Nachlese anregen können. Im – aus meiner Sicht besonders wertvollen – praktischen Teil finden sich zahlreiche Hinweise für ein konkretes Vorgehen. Nicht zuletzt wird die Qualität des PZA in der Begleitung trauernder Personen deutlich.

Mark Galliker

Josef Giger-Bütler: Wenn Menschen sterben wollen. Mehr Verständnis für einen selbstbestimmten Weg aus dem Leben

Stuttgart: Klett-Cotta. 2018, 226 Seiten, ISBN: 978-3-608-96184-3. EUR (D) 18,95 / EUR (A), 19,50 / CHF 29,90

Der Autor der vorliegenden Schrift, der Innerschweizer Gesprächspsychotherapeut Josef Giger-Bütler, der seit vielen Jahren auf die Therapie von Depressionen spezialisiert ist, stellt folgende Fragen: Wie selbstbestimmt dürfen wir aus dem Leben gehen? Müssen wir suizidale Menschen vor sich selbst schützen? Oder erfordert es die Würde des Menschen, den Freitod zu akzeptieren? Auch fragt er, wie es den Angehörigen zumute ist und wie ihrem Gefühlschaos begegnet werden kann.

Solche Fragen werden häufig nicht richtig behandelt, sind sie doch gesellschaftlich tabuisiert oder – wenn offen gestellt – emotional aufgeladen. Sie sind sehr alt und sind auch in der Philosophiegeschichte bedeutsam. So hat David Hume 1741 in seinen *Essays Moral* die üblichen Argumente gegen den Freitod

überprüft und insbesondere unter Berücksichtigung der Religion detailgenau aufgezeigt, dass diese Tat frei ist von persönlicher Schuld.

Nach Giger-Bühler kommt es bei suizidalen Menschen darauf an, dass man sich in sie hineinversetzt und zumindest erahnt, was sie auf sich nehmen und durchmachen müssen. Dazu gehört u. a., dass anerkannt wird, dass dieser Schritt zu diesem Menschen gehört, zu ihm und seinem Leben und dass sein „Entschluss zu sterben nicht von seinem Leben [abgetrennt werden darf]“ (S. 158).

Viele Bezugspersonen machen den Fehler, den Personen, die einen Suizid ins Auge fassen, diesen ihnen ausreden zu wollen. Wer indes einen Depressiven oder leidenden Betagten

vom Suizid explizit oder implizit abhalten will, erreicht das Gegenteil: Der Betroffene verschließt sich und lässt nichts mehr an sich heran, denn er möchte ernst genommen und in seiner Absicht respektiert werden.

„Wenn man [...] mit ihm spricht in der Art von *„Ich verstehe dich schon, aber... Ich sehe schon, aber... Du hast schon recht, aber...“*, dann kann er sich nicht verstanden und angenommen fühlen. Eine Redewendung besagt: *„Man spürt die Absicht und ist verstimmt“*. So muss sich der suizidale Mensch fühlen, wenn man sich nicht offen mit ihm auseinandersetzt und ihn und seine Art zu denken und zu fühlen nicht respektiert und anerkennt“ (S. 217; Hervorhebungen von Giger-Bütler).

Die „Ja, aber-Gespräche“ sind ein Beispiel für Pseudoeinfühlung, mangelnde Akzeptanz und Inkongruenz. Das Gegenüber registriert, dass es eigentlich *nicht* um seine Person geht, sondern um die Interessen des Therapeuten oder der Therapeutin. Mögen auch die besten Absichten hinter diesen Gesprächen stecken: sie bleiben manipulativ und beweisen dem Suizidalen nur, dass sein eigenes Denken nicht so wichtig genommen wird wie jenes des „Helfers“ oder seiner „Helferin“ und deren Institution.

Der suizidale Mensch ist nur dann bereit, über sich zu sprechen, wenn er merkt, dass seine Gedanken nicht als „falsch“ oder gar als „krank“ abgetan werden. „Wenn der Betroffene merkt, dass es nicht um ihn geht, sondern darum, dass er sich fügt und das macht, was die anderen wollen, verschließt er sich, wird trotzig und bockig und entzieht sich dem Gespräch, zuerst innerlich und dann auch äußerlich“ (S. 217).

Indessen weiß Giger-Bütler, dass es für viele Menschen, mitunter auch professionelle Helfer und Helferinnen, nicht leicht ist, nachzuvollziehen, was in einem suizidalen Menschen geschieht und ihn auf dem richtigen, nämlich für den Klienten oder die Klientin richtigen Weg zu sehen. Sie verstricken sich dabei oft selbst in innere Widersprüche. Der Autor ist sich bewusst, dass die Inkongruenz vieler Therapeuten und Therapeutinnen mitunter auch externe Ursachen hat: „Der Suizid muss mit allen Mitteln verhindert werden, sonst werden Ärzte und andere Fachleute wegen mangelnder Sorgfaltspflicht oder unterlassener Hilfsleistung zur Rechenschaft gezogen. Es wird auch heute noch als gesichert ausgegeben, dass der Suizid eine unüberlegte Handlung, eine Affekthandlung oder Verzweiflungstat sei und nichts zu tun habe mit Freiheit und Selbstverantwortung“ (S. 61f.).

Das Hauptthema der Schrift ist die *Kongruenz* der am therapeutischen Prozess beteiligten Personen. Wenn suizidale Personen ihr Leben beenden wollen, versuchen sie ihren Weg zu vollenden, weil er für sie stimmig ist. Oft sehen sie sich indes gezwungen, ihrem Therapeuten bzw. ihrer Therapeutin oder auch ihren Nächsten etwas vorzumachen, wodurch sie zwangsläufig zumindest in ihrem Verhalten inkongruent

werden. Klienten und Klientinnen dürfen nicht wegen der Inkongruenz von Gesprächspsychotherapeuten und -therapeutinnen inkongruent werden. Wolfgang Keil hat bereits 1997, im ersten Artikel der ersten PERSON, darauf hingewiesen, wie wichtig deren Kongruenz oder gegebenenfalls Einsicht in deren eigene Inkongruenz ist.

Nach Giger-Bütler ist jedoch ein Freitod bei depressiven oder betagten Menschen sehr selten. Wenn ihnen die Kraft zum Leben fehlt, fehlt sie ihnen auch zum Sterben. Sie verbleiben in einem Leben, das immer weniger Freiräume bietet, auch wenn es für sie so nicht mehr stimmt. „Wer alt ist und sterben will, muss heute weiterleben. Alte Menschen sind, wenn sie gehen wollen, gezwungen, ein Leben zu leben, das sie nicht wollen, weil es von anderen als lebenswert und schützenswert definiert wird, eine Sichtweise, der sie sich unterzuordnen haben“ (S. 136).

Für die Angehörigen ist es sicherlich sehr schwierig, den Suizid (oder auch ein Vorhaben zu einem solchen) einer Bezugsperson verarbeiten zu können, kommen doch meistens Gefühle der Trauer, des Unverständnisses, der Wut und der Hilflosigkeit zusammen. Mit wem können sie reden, wenn sie selbst nicht mehr weiter wissen? Sie befinden sich in einer Ausnahmesituation, so dass es mehr als verständlich ist, dass sie sich nicht zuletzt auch für sich selbst einsetzen. „Wichtig aber ist, dass sie dabei *von sich* sprechen, dass sie deutlich machen, dass es um sie geht und sie Mühe haben, dass *sie* Angst haben, damit nicht fertig zu werden“ (S. 220; Hervorhebung von Giger-Bütler).

Der Autor setzt sich für die Möglichkeit des begleiteten Suizids ein. Damit wäre für Personen, die sterben wollen, sowie für ihre Bezugspersonen ein selbstbestimmter Tod ohne Heimlichkeit, Verbergen und Verschweigen möglich. „Die Angehörigen sollten nicht überrascht werden vom Suizid, sondern sie sollten eingebettet werden können in den Entscheidungsprozess und in die Form und den Zeitpunkt, so wie es schwer körperlich Kranke mit einer Sterbehilforganisation tun können“ (S. 65).

Giger-Bütler glaubt, dass durch Begleitung am ehesten Stimmigkeit für alle Beteiligten erreicht werden kann. „In Frieden gehen können, mit dem Einverständnis und dem Segen der Zurückgebliebenen, genau *das* hat mit Würde zu tun“ (S. 23; Hervorhebung von Giger-Bütler). Indessen ist sich der Autor bewusst, dass die gesetzlichen Bestimmungen noch zu wenig seinen Vorstellungen und Anliegen entsprechen. Deshalb richtet sich sein Buch auch an die Gegner einer Liberalisierung des begleiteten Suizides. In der Schweiz ist gemäß Art. 115 StGB Beihilfe zum Suizid nicht strafbar, wenn sie nicht aus eigenem nützigen Motiven erfolgt. Hingegen ist in Österreich die aktive Sterbehilfe, d. h. die Tötung eines Menschen, gemäß Artikel 293 und 294 StGB auch unabhängig von den Motiven des Täters strafbar. In Deutschland hat 2015 das Parlament neue Gesetze

zur Sterbehilfe verabschiedet und die sogenannte „geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“ zurecht unter Strafe gestellt, doch wird diese Förderung auf „Wiederholung“ hin reduziert, wodurch auch Sterbehilfeorganisationen und Ärzte eingeschlossen werden (vgl. StGB § 217). Dieses Gesetz hat viel Verwirrung gestiftet, so dass es nun vom Bundesverfassungsgericht überprüft wird.

Das vorliegende Werk wurde ganz im Sinne der Humanistischen Psychotherapie geschrieben. Es erscheint viel Neues und auch Altbekanntes, das in einem neuen Licht gesehen wird. Für mich persönlich waren vor allem die klaren Ausführungen zu Verstehen, bedingungsloser Akzeptanz und Kongruenz bei einer Personengruppe, die in unserer Gesellschaft meistens immer noch abgelehnt und diskriminiert wird, bereichernd.

Veranstaltungskalender 2019/20

GwG-Fachtag Psychotherapie

„Zwischen Beliebigkeit, Selbstverunsicherung und Identität – Orientierung durch personenzentrierte Begegnung“

Zeit: 29. November 2019

Ort: Mainz, Deutschland

Info: www.gwg-ev.org

GwG-Fachtag Sozialtherapie

Zeit: 20.–21. März 2020

Ort: Mainz, Deutschland

Info: www.gwg-ev.org

Forum Gesprächspsychotherapie 2020

Zeit: 25. April 2020

Ort: Hamburg

Info: ab Herbst 2019 unter www.dpgg.de

Person(en)zentrierter Encounter in Drosendorf

Zeit: 20.–23. Mai 2020

Ort: Drosendorf, Niederösterreich

Info: www.vrp.at

Focusing-orientiertes systemisches Arbeiten mit Paaren

Workshop mit Dipl.-Päd. Silvia Bickel-Renn

Zeit: 5.–6. Juni 2020

Ort: Raum Wien

Info: www.forum-personenzentriert.at

Jubiläumskongress 50 Jahre GwG

„Die personale Begegnung als Wirkfaktor – der Personenzentrierte Ansatz heute“

Keynotes von Ariadne von Schirach, Mick Cooper und Jürgen Kriz

Zeit: 19.–20. Juni 2020

Ort: Köln, Deutschland

Info: www.gwg-ev.org

PCE2020 – 14. PCE Weltkongress

Zeit: 1.–5. Juli 2020

Ort: Auckland, Neuseeland

Info: www.pce.2020.com

Psychotherapie und Geschlecht - samma genderkompetent oder wie damma?!

MITTWOCH, 23. OKTOBER	DONNERSTAG, 24. OKTOBER	FREITAG, 25. OKTOBER	SAMSTAG, 26. OKTOBER
<p>10:30 - 11:00 Ankunft und Registrierung Foyer</p> <p>11:00 - 12:30 Meet & Greet mit Sektempfang Foyer</p> <p>12:30 - 13:00 Begrüßung und Einführung Organisationskomitee Großer Saal</p> <p>13:00 - 14:30 Eröffnungsquartett in der Fishbowl Prof. Mag. Wolfgang Keil Mag.^a Dr.ⁱⁿ Beatrix Mitterhuber Eva Brenner, MSc Hubert Rieger, MSc Großer Saal</p>	<p>09:30 - 11:00 Sex sells, Gender matters! Der Gender-Aspekt in der Personzentrierten Psychotherapie/Beratung Mag.^a Karin Macke Großer Saal - Vortrag</p> <p>11:15 - 12:30 Reflexionsgruppe Vertiefende Reflexionsgruppe zum Vortrag "Sex sells, Gender matters!" Moderation: Sylvia Keil Großer Saal</p>	<p>09:00 - 10:30 Geschlechtliche Vielfalt: männlich/weiblich/divers Tobias Humer Großer Saal - Vortrag</p>	<p>10:00 - 11:30 Das Udenkbare denken Workshop der Ethikkommission Michael Bständig Dr.in Ulrike Diethart Sandra Frank Mag. Jürgen Kroemer (Koordinator der Ethikkommission) Maria Schmid, MSc Großer Saal - Workshop</p>
PAUSE	12:30 MITTAGESSEN	PAUSE	PAUSE
<p>15:00 - 16:30 Psychotherapie und Gender Die Rolle der Geschlechtszugehörigkeit im therapeutischen Prozess Dr.ⁱⁿ Brigitte Schigl, MSc Großer Saal - Vortrag</p>	<p>14:00 - 15:30 Männliche Identität im Wandel: Transitionen, Hegemonien und Brüche am Beispiel Vaterschaft Univ.-Prof. Mag.^a Dr.ⁱⁿ Claudia Höfner, MSc Großer Saal - Vortrag</p>	<p>14:30 - 16:00 Ist es doch nicht egal...? Kinder & Jugendliche Brigitte Pelinka, MSc & Gerd Naderer Großer Saal - Workshop</p>	
PAUSE	PAUSE	PAUSE	
<p>→ 17:00 - 18:30 Doing Gender in den Konstellationen der therapeutischen Dyade Dr.ⁱⁿ Brigitte Schigl, MSc Kleiner Saal - Workshop</p> <p>→ 17:00 - 18:30 Gender und Rollen - 5000 Jahre Gender Dr.ⁱⁿ Sonja Kinigadner Großer Saal - Vortrag</p>	<p>16:00 - 17:30 Do Bodies Really Matter? Der Einfluss körperlicher Prozesse auf die Psychotherapie Univ.-Prof. Mag.^a Dr.ⁱⁿ Claudia Höfner, MSc Großer Saal - Vortrag</p> <p>17:30 - 18:30 Reflexionsgruppe Vertiefende Reflexionsgruppe zum Vortrag "Do Bodies Really Matter?" Moderation: Sylvia Keil Großer Saal</p>	<p>→ 16:30 - 17:45 - RZ-Werkstatt - Zukunftswerkstatt - ÖGWG-Woche 2020 Treffpunkt großer Saal</p> <p>→ 16:30 - 17:45 Psychotherapie im Raum der Frau Workshop exklusiv für Frauen Vera Schwaiger Kleiner Saal - Workshop</p>	
18:30 ABENDESSEN	18:30 ABENDESSEN	PAUSE	
<p>20:00 - 21:30 Nonverbales Kennenlernen Lisa Schubert Großer Saal - Workshop</p>	<p>20:00 - 21:30 Kunst, Leiblichkeit & Gender Mag.^a Adelheid Scheurecker Großer Saal - Vernissage</p> <p>im Anschluss KARAOKE</p>	<p>19:00 - open end ÖGWG FEST</p>	

ÖGWG Woche 

14:30 - 18:00 ENCOUNTER



23.-26. Oktober 2019
Schloss Puchberg
in Wels



Vereinigung
Rogerianische
Psychotherapie

Association
for Rogerian
Psychotherapy

Forum^o

PERSONENZENTRIERTE PSYCHOTHERAPIE, AUSBILDUNG UND PRAXIS

1030 Wien, Schützengasse 25/5
Tel. 0664/1654303
www.vrp.at

1150 Wien, Schanzstraße 14/3.3
Tel +01/966 79 44
www.forum-personzentriert.at

WEITERBILDUNG PERSONENZENTRIERTE KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPIE

Beginn der Weiterbildung im Dezember 2019

Diese zweijährige Weiterbildung richtet sich an Personen, die eine Psychotherapieausbildung abgeschlossen haben bzw. in person- oder klientenzentrierter Ausbildung ab dem Status „in Ausbildung unter Supervision“ stehen und eine Spezialisierung in personenzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie anstreben.

Nähere Informationen bei:

Mag. Christine Wakolbinger (VRP)
chr.wakolbinger@chello.at

Mag. Marieluise Brückl (Forum)
marie.brueckl@chello.at

Jahrestagung der ÄGG

8. Nov. 2019, 9 – 16 Uhr

Beziehungserwartungen im 21. Jahrhundert – Beziehungsstörungen und ihre Therapie im digitalen Zeitalter

Frank Gauls: Beziehungserwartungen von PC-Süchtigen

Michael Behr: Interaktion in der Spieltherapie

Sarah Scholich: Die therapeutische Beziehungsgestaltung in der Klärungsorientierten Psychotherapie

Udo Bonnet: PC-gestützte Psychotherapie bei Depression – Deprexis

Jobst Finke: personenzentriertes Arbeiten an der therapeutischen Beziehung

Uwe Knierim: Balint-Gruppen

Ludwig Teusch: der schwierige Patient

Vortragsgebühren 30 €, Workshop-Gebühren 30 €

Programme, Anmeldung und Information

Sekretariat Frau Lührmann

Telefon: 02305/102-2858, Fax: 02305/102-2860

Email: g.ott@evk-castrop-rauxel.de

IBAN DE94 4307 0061 0609 1086 01, BIC DEUTDEDE430

Kennwort: Psychotherapie-Tagung in Castrop-Rauxel am 8.11.2019
Teilnahmegebühr Vorträge bzw. Vorträge + Workshop

Tagungsort

Evangelisches Krankenhaus Castrop-Rauxel, Grutholzallee 21, 44577 Castrop-Rauxel

VERANSTALTUNGEN IM WINTERSEMESTER 2019/20

- | | |
|--|---|
| 1.12.19: Schreiben heißt sich selber lesen | |
| 6.12.19: Begehren und Macht | 1.2.20: Studientag ‚Persönlichkeitsstörungen‘ |
| 6.12.19: Diagnose und Geschlecht | 7.2.20: Tabu Menstruation |
| 11.1.20: ‚Persönlichkeitsstörungen‘ | 14.2.20: Mikroprozesse |
| 17.1.20: „Nur“ Drama oder „doch“ Trauma? | 14.2.20: Der lange Schatten des Krieges |
| 18.1.20: Trauma & Posttraumatische Störungen | 21.2.20: „Das ist mir alles viel zu viel!“ |
| 18.1.20: Genug kann nie genügen! | 27.2.20: Personzentrierte Encounter-Gruppe |
| 24.1.20: Alter und Aktualisierungstendenz | 29.2.20: Stärken & Schwächen (Resilienz) |
| 25.1.20: Aggression und Wut | 14.3.20: Studientag Paartherapie |
| 26.1.20: Die wichtigste weibliche* Person? | 21.3.20: Angst & Angststörungen |

Nähere Informationen unter: <https://www.apg-ips.at/veranstaltungen>

APG•IPS SÜD – REGIONALPORTAL

Sie kommen aus dem Süden Österreichs (Steiermark, Kärnten, südl. Burgenland) und haben das Propädeutikum erfolgreich absolviert? Sie wollen nun möglichst schnell und in der Nähe mit einem personenzentrierten Fachspezifikum beginnen oder sind bereits im APG•IPS-Fachspezifikum und leben/arbeiten in der Region Süd?

Beim APG•IPS Süd – Regionalportal können Sie ab sofort fortlaufende Teile des personenzentrierten Fachspezifikums – wie Lehrtherapie, Lehrsupervision und eine laufende Selbsterfahrungsgruppe – in der Steiermark absolvieren.

APG•IPS Süd – Regionalportal Starter-Paket:

Einzeltherapie • Einzelsupervision • Selbsterfahrungs-Gruppe • Workshop „Was man satt hat, hat man satt. Auch wenn man es satt hat, es satt zu haben. Akzeptanz & Akzeptanzdilemmata“ • Workshop „Nur Drama oder doch Trauma? Zum personenzentrierten Verständnis von Lebenskrisen“ • Workshop „Das ist mir alles viel zu viel. Zur personenzentrierten Begleitung bei Überforderung“

Ausbilderin im APG•IPS Süd – Regionalportal ist Dr.ⁱⁿ Jasmin Novak, Klin. Psychologin, Gesundheitspsychologin, Personzentrierte Psychotherapeutin; seit 1993 auf den Listen des Gesundheitsministeriums eingetragen und fortlaufend als Psychotherapeutin in freier Praxis in Graz tätig; Ausbilderin des APG•IPS seit 2018.

Falls Sie sich für die Angebote des APG•IPS Süd – Regionalportals interessieren, wenden Sie sich bitte an:

dr.jasmin.novak@gmail.com oder 0664 1529366



INSTITUT FÜR GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE UND PERSONZENTRIERTE BERATUNG STUTT GART - IGB

Das IGB - Institut für Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung in Stuttgart – unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Dipl.-Psych. Michael Behr & Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Luderer – veranstaltet als größtes personzentriertes Institut in Süddeutschland regelmäßige Fort- und Weiterbildungen und befasst sich zugleich mit Forschung und theoretischen Entwicklungen zum personzentrierten Konzept. Das IGB ist sowohl Mitglied im Weltverband „World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling“ als auch Mitherausgeber der PERSON. Neben den Weiterbildungen in Personzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Personzentrierter Beratung und Gesprächspsychotherapie nach den Richtlinien der GwG - Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V. bietet das Institut Weiterbildungen in Personzentrierter Traumatherapie, Prüfungsvorbereitungskurse für die Heilpraktiker-Psychotherapie-Prüfung beim Gesundheitsamt und zweitägige Fortbildungsveranstaltungen. Alle Referent_inn_en sind erfahrene Therapeut_inn_en und Berater_inn_en mit langjähriger Praxis, die zusätzlich an Konzeptentwicklungen und in der Forschung arbeiten sowie regelmäßig auf Tagungen präsentieren und veröffentlichen. Weitere Informationen über das IGB, zu den Weiterbildungsangeboten und den Referent_inn_en finden Sie auf der Homepage unter: www.igb-stuttgart.de

Zweitägige Fortbildungsveranstaltungen

24.4.2020 15.00-21.00 Uhr und The practice of Person-Centred Couple and Family Therapy – **Charles O’Leary**
25.4.2020 9.30-18.00 Uhr Tagungsort: Ev. Kirchenpflege Ludwig Raiser Saal, Stuttgart Bad-Cannstatt

20.11.2020 15.00-21.00 Uhr und Personzentrierte Trennungs- und Scheidungsberatung – **Andreas Ritzenhoff**
21.11.2020 9.30-18.00 Uhr

Kosten

180€ für einen zweitägigen Workshop (Alumni 120€, IGB-Mitglieder 60€)

Anmeldung. Für alle Veranstaltungen erbitten wir eine schriftliche Anmeldung **bis spätestens 14 Tage** vor der Veranstaltung. Sie können den Anmeldevordruck aus dem Downloadbereich der Homepage des Instituts für Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung Stuttgart (IGB) benutzen oder eine E-Mail an Michael Behr (michael.behr@igb-stuttgart.de) mit allen erforderlichen Angaben (Name, Anschrift, Telefonnummer, Beruf) schicken. In der Mail muss der Satz „Die Teilnahmebedingungen erkenne ich an“ aufgeführt werden. Mit der Anmeldebestätigung erhalten Sie eine Rechnung über die Veranstaltungsgebühr. Diese bitten wir durch Überweisung zu begleichen. Unterkunft ist nicht in der Teilnahmegebühr enthalten. Die zweitägigen Fortbildungen gelten als Einheit, das heißt wir müssen die gesamte Teilnahmegebühr berechnen, auch wenn Sie nicht an beiden Tagen teilnehmen können. Mit der Anmeldebestätigung erhalten Sie eine genaue Wegbeschreibung zum Veranstaltungsort.

Rücktritt. Die Anmeldungen sind verbindlich. Erfolgt eine Abmeldung innerhalb der letzten 6 Wochen vor Veranstaltungsbeginn, fallen folgende Rücktrittsgebühren an: Abmeldung zwischen 4 und 6 Wochen vor der Veranstaltung: 25% der Teilnahmegebühr (mindestens €25), Abmeldung zwischen 3 Wochen und 4 Tage vor der Veranstaltung: 50% der Teilnahmegebühr (mindestens €50). Bei Abmeldung innerhalb der letzten 3 Tage vor der Veranstaltung oder bei Ausbleiben einer Abmeldung wird die volle Kursgebühr erhoben. Wird ein Ersatzteilnehmer oder eine Ersatzteilnehmerin benannt, entfallen die Rücktrittsgebühren. Das IGB als Veranstalter ist berechtigt, die Veranstaltung mangels ausreichender Teilnehmerzahl oder aus sonstigen wichtigen Gründen auch kurzfristig abzusagen. Bereits entrichtete Teilnahmegebühren werden in diesem Fall in vollem Umfang erstattet. Sonstige Schäden im Zusammenhang mit Teilnahme oder Absage werden Teilnehmern grundsätzlich nur erstattet, sofern dem Veranstalter der Vorwurf groben Verschuldens nachzuweisen ist. Für die Veranstaltungen wird Ihnen eine Teilnahmebescheinigung ausgestellt.

Beginn Weiterbildungen gemäß den Mindeststandards der GwG

Personzentrierte Psychotherapie/Beratung mit Kinder- und Jugendlichen (GwG)

Modul 1: 10./11.9.2020 - alle weiteren Module nach Vereinbarung, fortlaufend

Kontakt: dorothea.huesson@igb-stuttgart.de

Personzentrierte Beratung (GwG/DGfB)

Modul 1: 10./11.9.2020 - alle weiteren Module nach Vereinbarung, fortlaufend

Kontakt: dorothea.huesson@igb-stuttgart.de

Personzentrierte Psychotherapie Modul 1: 10./11.9.2020 – alle weiteren Module fortlaufend nach Vereinbarung

Kontakt: hj.luderer@gmx.de



Mitglied im Weltverband
World Association for
Person-Centered and
Experiential Psychotherapy
and Counseling

Dagmar Nuding

Effects of Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling with Children and Young People: Review and Meta-Analysis

GwG-Verlag, Köln 2018
308 Seiten, kart.
24,90 Euro
ISBN 978-3-926842-57-2

Das Buch gibt einen kurzen Überblick über die theoretischen Grundlagen und die Praxis der Personenzentriert-Experientialen Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Anschließend wird der aktuelle Stand der Wirksamkeitsforschung zur Personenzentriert-Experientialen Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen differenziert dargestellt. Insbesondere wird die von der Autorin durchgeführte Megaanalyse zu 78 relevanten Primärstudien aus den Jahren 1949 bis 2016 vorgestellt. Neben einer Gesamteffektstärke werden auch störungsspezifische differentielle Effekte zu den verschiedenen Anwendungsbereichen für Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen ausgewiesen.

Die Autorin

Dagmar Nuding arbeitet hauptamtlich im Fachbereich Pädagogische Psychologie, Beratung und Intervention an der Pädagogischen Hochschule in Schwäbisch Gmünd, zudem ist sie in einer Praxis Kinder- und Jugendpsychotherapie praktisch tätig. Sie verfügt über Weiterbildungen in Personenzentrierte Beratung und Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen und deren Bezugspersonen sowie über die GwG-Kursleiterqualifikation in Personenzentrierter Beratung und Personenzentrierter Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und deren Bezugspersonen. Sie ist neben Mick Cooper und Jeanne Watson Herausgeberin des Buches „Person-Centered Psychotherapy works“ und hat mit Michael Behr, Dorothea Hüsson und Christine Wakolbinger das Buch „Psychotherapie und Beratung bei Kindern, Jugendlichen und Familien. Personenzentrierte Beiträge aus zwei Jahrzehnten“ herausgegeben. Von 2010 bis 2016 war sie Redaktionsmitglied der internationalen Fachzeitschrift PERSON. In ihrer Funktion als Schriftführerin der GwG war sie von 2011 bis 2016 Alleinerherausgeberin der Verbandszeitschrift „Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung“, seit 2016 ist sie 2. Vorsitzende der GwG und in diesem Rahmen vorwiegend für den Bereich Beratung und herapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien zuständig.

Dorothea Hüsson

Kitabasierte Spiel- und Entwicklungsförderung zur Reduzierung psychischer Auffälligkeiten am Beispiel von ängstlichen Kindern

GwG-Verlag, Köln 2019
200 Seiten, kart.
24,90 Euro
ISBN 978-3-926842-58-9

Bereits im Vorschulalter zeigt eine Vielzahl von Kindern psychische Verhaltensauffälligkeiten, die unbehandelt zu einer Chronifizierung und Entwicklung weiterer Störungen führen können. Die Kitabasierte Spiel- und Entwicklungsförderung (KbSE) will dem entgegenwirken und Kinder in der Kindertageseinrichtung frühzeitig und niederschwellig durch ein spezielles Spielangebot erreichen.

Im Rahmen einer Interventionsstudie wurde die Wirksamkeit der Kitabasierten Spiel- und Entwicklungsförderung (KbSE) untersucht. 91 Kinder mit (sub)klinischen Symptomen der Angststörung erhielten in der Kindertageseinrichtung – auf der Grundlage der personenzentrierten Spieltherapie und orientiert an dem Konzept der amerikanischen School-Based Play Therapy – Spiel- und Entwicklungsförderung (KbSE). Das vorliegende Buch präsentiert die theoretischen Grundlagen der Spiel- und Entwicklungsförderung (KbSE), das Forschungsdesign und die Studienergebnisse aus der Perspektive der Eltern, Erzieherinnen und Kinder.

Die Autorin

Dorothea Hüsson ist Erzieherin, Dipl. Sozialpädagogin, Personenzentrierte Kinder- und Jugendlichentherapeutin (GwG) und Personenzentrierte Beraterin (GwG). Sie arbeitet an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd im Studiengang Kindheitspädagogik, Abteilung Pädagogische Psychologie, Beratung und Intervention. Seit über 20 Jahren führt sie Weiterbildungen in Spieltherapie, Beratung und Gesprächsführung durch.

Bestellung und weitere Informationen:

GwG – Gesellschaft für Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung
Melatengürtel 127
50825 Köln
brandt@gwg-ev.org

PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

Richtlinien

Veröffentlicht werden wissenschaftliche Beiträge, Praxisberichte, Projektberichte, Tagungsberichte, aktuelle Stellungnahmen, Diskussionsforen und Rezensionen aus dem Gebiet der Person-/Klientenzentrierten bzw. Experienziellen Psychotherapie, aus anderen Bereichen des Personzentrierten Ansatzes und in besonders begründeten Fällen aus angrenzenden Gebieten. In der Regel werden Originalbeiträge publiziert, des Weiteren Beiträge, die die wesentlichen Aussagen einer umfangreicheren Publikation zusammenfassend darstellen, oder Beiträge, die in der vorgelegten Form ansonsten schwer zugänglich wären, beispielsweise Übersetzungen aus anderen Sprachen.

Über die Veröffentlichung entscheidet die Redaktion, die dazu Gutachten einholt. Ein Fachbeirat unterstützt die Redaktion in konzeptioneller und fachlicher Hinsicht.

Es wird auf sprachliche Gleichbehandlung Wert gelegt. Wenn es nicht ausdrücklich erwähnt ist, sind bei geschlechtsspezifischen Formulierungen beide Geschlechter in gleicher Weise gemeint.

Hinweise zur Manuskriptabgabe

Die Beiträge sind gemäß Merkblatt „Hinweise für Autorinnen und Autoren“ (erhältlich bei der Redaktionsadresse) gestaltet als E-Mail-Attachment einzureichen.

PERSON – Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

c/o Univ.-Prof. Dr. Christian Korunka, Fakultät für Psychologie der Universität Wien, A-1010 Wien, Universitätsstraße 7
Tel.: +43 1 42 77 47 881; Fax: +43 1 42 77 47 889
E-Mail: christian.korunka@univie.ac.at

PERSON wird die Beiträge nach Ablauf eines Jahres als Volltext in die Datenbank pce-literature.org einspeisen. Autorinnen und Autoren, die damit nicht einverstanden sind, werden gebeten, dies bei der Einreichung des Beitrages bekannt zu geben, da andernfalls von einer Zustimmung ausgegangen wird.

Zusendungen sollen enthalten:

- Autor bzw. Autorin, Titel, allenfalls Untertitel
- Zusammenfassung (deutsch und englisch; max. je 120 Wörter)
- Schlüsselwörter/Keywords: ca. 3–5
- Text (Richtwert 5000, max. 8000 Wörter pro Artikel), allenfalls inkl. Fußnoten, Tabellen, Grafik etc.
- Literaturverzeichnis: gemäß Merkblatt „Hinweise für Autorinnen und Autoren“
- Biografie: Angaben zum Autor bzw. zur Autorin (3–5 Zeilen: Geburtsjahr, Beruf, psychotherapeutische/beratende usw. Tätigkeit und allenfalls Ausbildungstätigkeit, wichtige Publikationen, Arbeitsschwerpunkte)
- Kontaktadresse und E-Mail-Adresse

Zitationsweise

Die Zitationsweise erfolgt nach den Regeln der American Psychological Association (APA) bzw. analog nach den Regeln der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs). Die Titel von Carl Rogers sind nach der Rogers-Bibliografie von Peter F. Schmid (www.pfs-online.at/rogers.htm) und Doppelheft 3 & 4 des Jahrgangs 4 (2005) von Person-Centered and Experiential Psychotherapies) zitiert. Die Jahreszahl mit dem Kleinbuchstaben bezeichnet das Ersterscheinungsjahr, die Seitenzahlen in deutschsprachigen Texten beziehen sich auf die angegebene deutschsprachige Ausgabe.

Rezensionen

PERSON veröffentlicht nach Möglichkeit Rezensionen von allen wichtigen Neuerscheinungen in deutscher und englischer Sprache aus dem Bereich der personzentrierten und experienziellen Ansätze, darüber hinaus von den wichtigsten schulenübergreifenden Werken aus dem Bereich der Psychotherapie und Beratung.

Es werden drei Varianten von Rezensionen unterschieden:

- 1.) Normalfall: max. 1000 Wörter
- 2.) Kurzrezensionen: max. 500 Wörter
- 3.) Längere Rezensionsartikel: Diese werden wie Fachartikel begutachtet.

Beabsichtigte Rezensionen sollten mit einem verantwortlichen Redakteur besprochen werden, dzt.:

- Mag.^a Monika Tuczai, Wien, E-Mail: monika.tuczai@gmx.at
- Dipl.-Psych. Jana Lammers, Hamburg, E-Mail: jana.lammers@me.com

Rezensionen sind per E-Mail bei einer der beiden Redakteurinnen einzureichen.

Leitlinie für die Auswahl von Rezensionen ist, dass sie von Personen verfasst sind, die in keinem Abhängigkeitsverhältnis oder Naheverhältnis zu den Autoren bzw. Autorinnen der besprochenen Werke stehen. Gefälligkeitsrezensionen werden nicht abgedruckt.

Urheberrecht

Autorinnen und Autoren, die einen Beitrag zur Veröffentlichung einreichen, garantieren damit, dass es sich (wenn nicht ausdrücklich anderes vereinbart wurde) um einen Originalbeitrag handelt und kein Copyright oder andere Rechte verletzt werden, dass sie somit das alleinige Verfügungsrecht besitzen, und weder diesen Beitrag noch einen, der diesem in seinem Inhalt im Wesentlichen entspricht, andernorts zur Publikation einreichen. Sie garantieren der Zeitschrift PERSON (wenn nicht ausdrücklich anderes vereinbart wurde) das nicht-exklusive, unwiderrufliche und kostenlose Recht zur gesamten oder teilweisen Veröffentlichung ihres Beitrages auf Deutsch sowie in der eingereichten Sprache, falls diese eine andere als deutsch ist. Es steht den Autorinnen und Autoren frei, den Beitrag nach Ablauf eines Jahres ab dem Zeitpunkt des Erscheinens unter Angabe der Zeitschrift PERSON als Ort der Erstveröffentlichung andernorts zu publizieren.

