

Chris Paul: Was ist schon normal?

Ein Versuch, die „anhaltende Trauerstörung“ einzuordnen, April 2016

Es gibt drei verschiedene Standpunkte zur Einordnung von Trauerprozessen, die ich kurz skizziere

- A Trauer ist immer normal und gesund.
- B Trauer ist an sich eine krankhafte Erscheinung.
- C Es gibt einen Unterschied zwischen gesunden/normalen Trauerprozessen und unterstützungsbedürftigen Trauerprozessen“.

A Trauer ist immer normal und gesund.

Wenn Trauer immer normal und gesund ist, müssen wir uns fragen lassen, wieso wir seit Jahrzehnten Menschen in Trauerbegleitung qualifizieren. Die Antwort darauf bezieht sich in der Regel auf gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die den Menschen des 20. und 21. Jahrhundert in Mitteleuropa das Trauern abgewöhnt und unmöglich gemacht haben. Trauerbegleitung wäre dann ein Ersatz für fehlende soziale Unterstützung und verlorene rituelle Formen. Sie wäre auch eine Art Lernprogramm, um Menschen wieder an die ursprünglich vorhandenen Fähigkeiten zur Verlustbewältigung heranzuführen. Sie wäre darüber hinaus daran interessiert, die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu verändern, um Menschen wieder mehr akzeptierten Raum und gemeinschaftlich unterstützte Ausdrucksformen für ihre Trauer zu ermöglichen.

Viele Mitglieder des BVT e.V. finden sich in diesem Standpunkt ganz oder teilweise vertreten.

B Trauer ist an sich eine krankhafte bzw. eine verstörende Erscheinung.

Wenn Trauer an sich als krankhaft angesehen wird, müsste sie immer behandelt werden. Jeder Hinterbliebene bräuchte ärztliche oder psychotherapeutische Unterstützung. Als dritte „Behandlergruppe“ kämen eventuell Trauerbegleitende dazu.

Dieser Standpunkt der Krankheitswertigkeit von Trauerprozessen ist aus meiner Sicht nicht dasselbe wie das Unbehagen vieler Menschen angesichts von offen gezeigten Emotionen und sichtbaren Leistungseinbußen, die viele Trauernde erleben. Trauer gilt als „nervig“, als störend, als mangelnde Beherrschung. Aus Unkenntnis und Hilflosigkeit wird Trauer dann nicht als Trauer wahrgenommen, sondern mit „Krankheitsnamen“ belegt: vor allem mit dem Begriff „Depression“

Für manche psychotherapeutischen Behandler existiert Trauer als eigenständiger Prozess gar nicht. Sie ordnen sie gleich in andere Krankheitsbilder ein: Trauerprozesse gelten dann als Abfolge von depressiven Episoden oder als Traumafolgestörung. Dementsprechend werden Gefühle und Gedanken „behandelt“, dazu gehört auch, dass ihnen mit Antidepressiva die Intensität genommen wird.

Der BVT e.V. und alle seine Mitglieder lehnen diese Position in allen Ausformungen ab.

C Es gibt einen Unterschied zwischen gesunden/normalen Trauerprozessen und unterstützungsbedürftigen Trauerprozessen.

Diese Einstellung findet sich in der gesamten Fachliteratur über Trauerbegleitung/-beratung/-therapie. Die Begriffe für unterstützungsbedürftige Trauerprozesse variieren stark – z.B. pathologische Trauer, versteinerte Trauer, komplizierte Trauer, komplexe Trauer, übertriebene Trauer, traumatische Trauer, erschwerte Trauer und viele andere mehr.

Eine Arbeitsgruppe des BVT hat 2010 den Vorschlag vorgelegt, vier Oberbegriffe zu verwenden (Paul 2011):

Nicht erschwerte Trauer für die vermuteten 80 – 90 % der Trauerprozesse, die im Rahmen der jeweils gültigen kulturellen Normen mit Unterstützung aus dem unmittelbaren sozialen Umfeld ausreichend Hilfe erhalten.

Erschwerte Trauer für Trauerprozesse, die durch eine Überzahl von Risikofaktoren und einen Mangel an Ressourcen gekennzeichnet sind. Dieser Begriff kann auch als Prognose verwendet werden, dafür dass Trauerkomplikationen mit großer Wahrscheinlichkeit auftreten werden.

Traumatische Trauer benennt nach Angaben der Arbeitsgruppe die Trauerprozesse, die durch traumatische Ereignisse überlagert werden. Die können entweder mit dem Tod direkt verbunden sein (erschütternde Todesumstände) oder in der Vergangenheit des Trauernden liegen.

Komplizierte Trauer/verlängerte Trauerstörung/ anhaltende Trauerstörung ist die Benennung für Trauerprozesse, die durch einige wenige Symptome auffallen. Der Anstoß für diese „Kategorie“ kommt aus der internationalen Trauerforschung, wo seit ca. 15 Jahren daran gearbeitet wird, bestimmte Formen von Trauer in die internationalen Klassifizierungen von psychischen Störungen aufzunehmen. Die Symptome sind: Unstillbare, übermäßige Sehnsucht nach dem Verstorbenen, starkes Grübeln und Schuldzuweisungen, Schwierigkeiten, den Tod als Tatsache zu akzeptieren, anhaltender Rückzug und Weigerung, neue soziale Beziehungen einzugehen. Die Symptome schränken die Lebensqualität massiv und dauerhaft ein. Sie treten über einen bestimmten Zeitraum nach dem eigentlichen Verlust in unverminderter Heftigkeit auf.

Die Definition dieses Komplexes hat sich ebenso verändert, wie die Benennung. Ich habe zum ersten Mal 2006 in London einen Vortrag über die damals noch so genannte „Komplizierte Trauer“ (Complicated Grief) gehört. Damals war als weiteres entscheidendes Kriterium für diese mögliche Diagnose eine frühe Bindungsstörung genannt. Die Ansätze von R. Neimeyer, auf die ich später eingehe, greifen das wieder auf. Das Zeitkriterium war damals der Zeitraum von mindestens 13-14 Monaten nach dem Verlustereignis. Das macht aus meiner Sicht Sinn, da es das gesamte erste Trauerjahr bis deutlich über den ersten Todestag hinaus als „normal“ deklariert.

DSM und ICD

Es existieren zwei große Klassifizierungssysteme für psychische Störungen – der **DSM wird in den USA** erarbeitet und dort angewendet, deshalb beziehen sich alle unseren zahlreichen US-amerikanischen Kollegen/Forscher/Autoren darauf und wir bekommen das in ihren Statements mit. Dabei wird in Deutschland vorwiegend nach dem zweiten Klassifizierungssystem, dem **ICD gearbeitet, den die WHO** herausgibt. In beiden Systemen gab es bis 2013 keine Möglichkeit, Trauerprozesse mit einer abrechenbaren Diagnose zu bezeichnen.

Das heißt – die Tausende von Trauernden, die in den letzten Jahren psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen haben und in psychosomatischen Kuren waren, haben diese mit folgenden Diagnosen getan: Anpassungsstörung und Depression. (Kachler 2010)

In der **5. Auflage des DSM 2013** ist der sog. „Trauervorbehalt“ auf 2 Wochen verkürzt worden. Das heißt, dass eine Diagnose nach dem DSM auf Depressionen nun schon 2 Wochen nach einem Verlust gestellt werden kann (der Zeitraum, in dem KEINE Depressionsdiagnose gestellt werden durfte, war bis dahin einige Monate lang). Für Deutschland macht das de facto keinen Unterschied, da die Krankschreibungen und Psychotherapianträge nach ICD hier ohnehin mit Anpassungsstörung oder Depression begründet wurden.

Mai 2018

Im Mai 2018 wird die 11. Auflage des für Deutschland maßgeblichen Klassifizierungssystems ICD erscheinen – nachdem diese Aktualisierung mehrfach verschoben wurde. Vieles wird neu geordnet und benannt. Dazu gehört, dass die seit 15 Jahren vorgeschlagene und diskutierte Diagnose für bestimmte Trauerprozesse sehr wahrscheinlich darin enthalten sein wird. Sie heißt aktuell:

Prolonged Grief Disorder/ anhaltende Trauerstörung (Rosner 2015)

Länger als 6 Monate nach dem Verlust anhaltendes und den Alltag behinderndes

- Schweres und anhaltendes Verlangen/Sehnsucht nach der verstorbenen Person
- Gedankliches Verhaftetsein mit der verstorbenen Person
- Plus: Verbitterung über den Verlust
- Plus Schwierigkeiten den Verlust zu akzeptieren
- Plus: Beeinträchtigtes Identitätsgefühl oder Selbstkonzept (z.B. „ein Teil von mir ist gestorben“)
- Plus: Vermeidung von Erinnerungsanlässen
- Plus: Medikamente und Psychotherapien zur Behandlung von Depressionen helfen nicht
- Plus: Therapien speziell zur Behandlung der anhaltenden Trauerstörung helfen

Bisher Vorgeschlagene Therapieformen (Auswahl)

Kognitive Verhaltenstherapie: Bearbeitung von „Dysfunktionalen Gedanken und Exposition mit besonders belastenden oder vermiedenen Momenten z.B. Sterbesituation (Rosner u.a. 2015)

Kurze Online-Schreib-Therapie (nach Wagner): Schreibaufgaben und Rituale

Konstruktivistische Erinnerungsarbeit nach R. Neimeyer (Neimeyer 2011)

Mögliche Vorteile der Diagnose „anhaltende Trauerstörung“:

Besonders schwere Trauerprozesse werden als endlich Trauer wahrgenommen in klarer Abgrenzung von Depressionen, Angststörungen und Traumafolgestörungen.

Spezialisierte Behandlungskonzepte für diese Trauerprozesse müssen entwickelt und angewandt werden, statt Behandlungen gegen Depressionen und Traumafolgestörungen auf Trauernde anzuwenden.

Trauertherapie wird abrechenbar (für Ärzte, Psychotherapeuten, Kliniken, in eingeschränktem Maß für psychotherapeutische Heilpraktiker, für andere?)

Mögliche Nachteile der Diagnose „anhaltende Trauerstörung“:

Mögliche Stigmatisierung aller Trauernden und vor allem der Trauernden mit diesen Symptomen.

Die Zeitangabe (ab 6 Monate) ist aus Sicht verschiedener Fachleute falsch.

Die (nicht nur) aus meiner Sicht zentrale Bedeutung d. frühen Bindungsstörung fehlt.

Für die Trauerbegleitung von Ehrenamtlichen und auf Beratungsniveau öffnet sich nach wie vor keine öffentliche Finanzierungsmöglichkeit.

Meine Vermutung:

Die Diagnose wird unabhängig von unserer (BVT e.V.) Zustimmung oder Ablehnung in den ICD 11 aufgenommen werden – oder nicht. Es ist recht wahrscheinlich, dass sie kommen wird. Es ist wahrscheinlich, dass sich daran die Geister scheiden werden– die einen werden sie komplett ablehnen, die anderen werden damit arbeiten, als gäbe es keine Zweifel.

Meine Anregungen (Chris Paul, April 2016):

Ruhig bleiben und die Vorteile suchen.

Unsere Fachkompetenz als Trauerbegleitende einbringen, und das **Zeitkriterium hinterfragen**. Es in unserer Arbeit nicht bei 6 Monaten setzen, sondern bei 14 oder mehr Monaten. (Wittkowski 2015).

Unsere Fachkompetenz einbringen und den Blick auf biografische Erlebnisse der **unsicheren Bindung** lenken. Gegebenenfalls den Fokus der Unterstützung auf die konstruktivistische Erinnerungs- und Bindungsarbeit legen (R. Neimeyer).

Bei unserer Fachkompetenz bleiben und **Trauerprozesse weiter ganzheitlich betrachten und differenziert einschätzen**, z.B. mit den zusätzlichen Begriffen erschwerte, nicht-erschwerte, traumatische Trauer (BVT e.V.).

Aufbaumodule zur Begleitung/Therapie von anhaltender Trauer entwickeln und anbieten (Verhandlungen mit Krankenkassen zur Kostenübernahme führen) – eine Arbeitsgruppe des BVT e.V. hat sich am 26.4.16 gebildet und wird daran arbeiten.

In der Öffentlichkeit differenziert argumentieren: Trauer ist an sich normal und gesund, manche Trauerprozesse (10-20%) brauchen aber fachliche Unterstützung, die gibt es jetzt endlich. Der Missstand, dass diese Trauernden manchmal irrtümlich und dadurch erfolglos mit Antidepressiva und Traumatherapien behandelt wurden, wird behoben.

Vorschlag des BVT e.V. durch seine Arbeitsgruppe 2010, (C. Paul: „Trauerprozesse benennen“ 2011),
Diagramm und Aktualisierung Chris Paul 2016:

Stand 2016	bis 6 Monate nach Todeszeitpunkt	6-13 Monate nach Todeszeitpunkt (oder länger?)	Begleitung ODER Therapie
Nicht Erschwerte Trauer (BVT)	Viele Ressourcen Wenig Risikofaktoren Wenig Symptome	dito	Mitmenschliche Dabeisein als Freund/Angehörige/Nachbar etc. Geschulte Ehrenamtliche Begleitung, Trauercafe
Erschwerte Trauer (BVT)	Wenig Ressourcen Viele Risikofaktoren Viele Symptome	dito	Fachliche Begleitung auf Beratungsniveau Große Basisqualifizierung (BVT e.V.)
Anhaltende Trauerstörung BVT ICD 11		Symptome: Anhaltende Verzweiflung Nicht nachlassender Schmerz und Sehnsucht Tod bleibt unwirklich Andauernder Rückzug	Fachliche Begleitung auf Beratungsniveau Große Basisqualifizierung (BVT e.V.) plus Zusatzqualifikation BVT e.V. Psychotherapie
Traumatische Trauer (BVT)		Symptome einer PTBS: - Intrusionen/ Flashbacks - Überflutung/Dissoziation - Übererregtheit - Vermeidungsverhalten - Wiederholungsverhalten	Fachliche Begleitung auf Beratungsniveau Große Basisqualifizierung (BVT e.V.) Traumatherapie

Literatur:

Kachler: Hypnosystemische Trauerbegleitung. Carl-Auer 2010.

Neimeyer. Eine Umarmung des Himmels. In: C. Paul: Neue Wege in der Trauer- und Sterbebegleitung, Gütersloh 2011, S. 111-122.

Paul: Trauerprozesse benennen. In: C. Paul: Neue Wege in der Trauer- und Sterbebegleitung, Gütersloh 2011, S. 69 – 84.

Paul: Dokumentationssystem für Trauerbegleitungen, TrauerInstitut 2015.

Rosner u.a.: Anhaltende Trauerstörung. Hogrefe 2015.

Wittkowsi u.a.: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 23 (4), S. 169-176, Hogrefe Verlag, Göttingen 2015.

Znoj: Trauer und Wissenschaft, Trauer und Forschung. In: E. Schärer-Santschi (Hg): Trauer. Huber 2012, S. 38 – 74.

Znoj: Komplizierte Trauer, Hogrefe 2004.