

"Trauer kann verstören – ist aber keine Störung"

- Trauerbegleitung als Wegbegleitung in Zeiten der Verstörung.

Fortbildungssymposium

für Ärzte/innen und Psychologische Psychotherapeuten/innen

Resilienz – Von der Chance, die eigenen Möglichkeiten und Stärken zu entdecken

10. Oktober 2018

Forschungs- und Entwicklungszentrum Witten

in Zusammenarbeit mit Trauerarbeit Hattingen e.V.

Norbert Mucksch – Münster – Nordrhein-Westfalen
Diplom Sozialarbeiter, Diplom Theologe, Supervisor (DGSv/GwG), Pastoralpsychologe (DGfP), Ausbilder für Trauerbegleitung (BVT),
Vorstandsmitglied BVT
n.mucksch@organisationsberatungmuenster.de

05.10.18

1

Zum Einstieg: eine authentische Aussage

- Liebe Marie!
- Es vergeht kein Tag, an dem wir nicht an Dich denken!

**Die Trauer hört niemals auf,
sie wird ein Teil unseres Lebens.**

Sie verändert sich und wir verändern uns mit ihr.

**Für den Raum, den ihr uns immer wieder schenkt möchten wir
von Herzen danken!**

05.10.18

2

Bestandsaufnahme

2 Thesen vorab:

- Schwertrauernde Menschen wünschen sich eine Würdigung ihrer Situation.
- Trauernde erleben eine „Verlegenheitsdiagnose“ (Anpassungsstörung oder depressive Störung) möglicherweise als Belastung.

05.10.18

3

Eine Bestandsaufnahme

- Trauernde erleben ihre Trauer überwiegend nicht als „Störung“.
- Trauernde haben in den allermeisten Fällen ein deutliches Bild für die Sinnhaftigkeit Ihrer Trauer.

Fragt man trauernde Menschen, ob man Ihnen Ihre Trauer nehmen dürfe (unabhängig davon, dass das nicht geht), erhält man in aller Regel die Antwort:

Nein auf keinen Fall!

Das gilt auch für Trauernde nach schwerwiegenden Verlusten.
(Tod des Kindes, Suizid, Unfalltod)

05.10.18

4

Eine Bestandsaufnahme

- Qualifizierte Trauerbegleitung wertschätzt Trauer und versucht Trauernden Wege zu bahnen, selbst auch die eigene Trauer wertzuschätzen.
- Trauer als Ressource / Trauer als fließende seelische Bewegung

Aus welchem Blickwinkel oder mit welcher inneren Haltung schauen wir auf Trauer?

- Schauen wir wertschätzend auf Trauer als etwas, das gerade nicht störend ist, sondern genau das Gegenteil?
- Können wir auf die Trauer schauen als etwas, das hilfreich ist, sofern es nicht unterbunden wird oder stagniert?

05.10.18

5

Trauer (ver-)stört, ist aber keine Störung!

- Ein solcher Blick macht deutlich: Trauer an sich stört gerade nicht! Das was den Terminus Störung ausmacht und rechtfertigt sind die individuellen Umstände.
- Diese können im Einzelfall besonders schwerwiegend sein und dazu führen, dass Trauererleben deutlich länger dauert als für die Neufassung der ICD10/11 vorgesehenen 6 Monate.

Untersuchungsergebnis der Umfrage mit 2088 Praktikern der Humboldt Universität:

49,2% der Befragten sind für ein Zeitkriterium von mind. 12 Monaten.

Lediglich 11,3 % halten die aktuell vorgeschlagenen 6 Monate für sinnvoll.

05.10.18

6

Eine authentische und fachlich versierte Stellungnahme:

Arthur Kleinman (Psychiater / Harvard University)

- „Im März 2011 starb meine Frau, und ich erlebte, was Trauer bedeutet.
- Ich fühlte mich unendlich traurig und sehnte mich nach ihr.
- Ich schlief nicht gut.
- Wenn ich in das leere Haus kam, verfiel ich in sinnlosen Aktionismus.
- Ich fühlte mich erschöpft und konnte mich nicht mehr auf meine wissenschaftliche Arbeit konzentrieren.
- Ich nahm ab und hatte keinen Appetit mehr.
- Diese dunklen Erfahrungen lichteten sich mit der Zeit, nach sechs Monaten waren sie nicht mehr so intensiv.

05.10.18

7

Eine authentische und fachlich versierte Stellungnahme:

- Aber nach 46 Jahren Ehe wird es niemanden erstaunen, dass ich, als sich der erste Todestag näherte, immer noch Trauer spürte und damit haderte, dass ein wichtiger Teil von mir für immer gegangen war. Ich bin nicht sicher, ob meine Sorge um meine Frau, die an Alzheimer starb, mit ihrem Tod endete.
- **Ich Sorge immer noch für unsere Erinnerungen.
Ist daran irgendetwas falsch oder gar pathologisch?**

(Nuber, U., Trauer: Der Preis der Liebe. In: Psychologie Heute, 06/2012)

05.10.18

8

Der temporäre Aspekt im Vorschlag „**anhaltende** Trauerstörung“

Doppelte Problematik:

- Die konkrete Quantifizierung (6 Monate)
- Der Begriff „anhaltend“

Dagegen steht:

Wir brauchen die Weite von langfristiger Trauer!

05.10.18

9

Zur konkreten Quantifizierung auf 6 Monate

Wem nützt eine solche Zeitangabe?

- Möglicherweise den Arbeitgebern, denen ein möglichst baldiges „vollständiges Funktionieren“ wichtig ist.
- Oder auch bestimmten Berufsgruppen, weil sich durch eine neue Abrechnungsziffer weitere Klientengruppen erschließen.

Durch das Schaffen einer neuen ICD Kategorie eine „Störung“ (von Trauernden) mit einer engen Zeitangabe zu definieren, die eine Behandlungsbedürftigkeit nach sich zieht,

- wird trauernden Menschen nicht gerecht,
- missachtet die Sinnhaftigkeit von psychischem Erleben
- und nutzt vor allem die vorhandenen **Ressourcen** von betroffenen Menschen nicht.

(Albrecht, J., Mucksch, N. 2017)

05.10.18

10

Der Begriff „*anhaltend*“ Ein temporärer Begriff

Ich halte diesen Begriff für sachlich falsch!

Der Trauer wohnt es wesensmäßig inne, dass sie *anhaltend* ist.

Ein Mensch, der einen Partner, ein Kind oder ein Elternteil verloren hat, mit dem er in Liebe und Zuneigung tief verbunden war, wird die Liebe und Zuneigung auch weiterhin leben wollen.

Die Trauer ist dafür der Zugang bzw. das Mittel.

Die Begrifflichkeit „anhaltende Trauerstörung“ geht hinter die Erkenntnisse der neueren Trauerforschung zurück.

Und:

Dieser Begriff verändert die bestehende Kultur der Trauer.

05.10.18

11

Trauer macht Sinn!

Thomas Hülschhoff (Sozialmediziner KatHo Münster / Nordrhein-Westfalen)

- Die Fähigkeit zu trauern macht biologisch Sinn.
- Weinen hat nicht nur eine seelisch kathartische Wirkung, sondern die Inhaltsstoffe der Tränenflüssigkeit wirken nachweislich antibakteriell.
- Die Apathie, das Zurückfahren motorischer Prozesse sowie der soziale Rückzug können auch in ihrer positiven Funktion betrachtet werden.
- Rückzug des Körpers in den Modus von Schonung. (Hülschhoff 2008)
- Es kann zu schweren Erkrankungen führen, sich einen Trauerprozess nicht zu erlauben bzw. nicht erlaubt (zugestanden) zu bekommen. (Hülschhoff 2006)

Was leitet unseren Blick ?

05.10.18

12

Wertschätzung von Trauer Personzentrierte Trauerbegleitung

- Zentrale Grundannahme:
- Trauer ist vorrangig eine normale und gesunde Reaktion von Menschen auf erlittene Verluste.
- Sie ist keine Reaktion mit Krankheitswert!
- Aber: Trauer nicht zuzulassen oder die Blockierung von Trauer kann krank machen.
- Es ist dann aber wohlgemerkt nicht die Trauer, die krank macht, sondern die individuellen Umstände.
- D.h.: Trauernde benötigen grundsätzlich keine Therapie, wohl aber benötigen Sie wachsame, verständnisvoll-einfühlsame und wertschätzende Mitmenschen als Begleiter/innen.

(Mucksch, N., Trauernde hören, wertschätzen, verstehen. Die personzentrierte Haltung in der Begleitung, Göttingen 2015)

05.10.18

13

Ein Zitat von C.R. Rogers (1902-1987) zu seinem Menschenbild

- „I'm shure, I will die young (...) and when death comes, it comes.“
- D.h. aus dem Munde des alternden und inzwischen über 80 jährigen Carl Rogers:
- Ich bin sicher, dass ich mich **bis zu meinem Lebensende** zum Guten entwickeln kann und dass mein Leben und grundsätzlich das aller Menschen eine produktive Ausrichtung hat, die Menschen nutzen können, **sofern ihre sie umgebenden Bedingungen gut sind.**

05.10.18

14

Bedeutung für die Begleitung Trauernder

- Gerade für diesen Kontext hat die vorgenannte Aussage ihre Berechtigung!
- **Für Begleitende** ist es stärkend und entlastend zugleich, wenn sie sich diese personenzentrierte Grundannahme **immer wieder neu** zu eigen machen.
- Ein solches Bild von einem trauernden Menschen **schützt!** :
 - vor eigener Falscheinschätzung in der Begleitungsrolle und damit vor Selbstüberschätzung.
- **Es schützt** aber nicht zuletzt **die zu begleitenden trauernden Menschen**, da ihre eigene (mitunter verschüttete) Kraft und auch ihre Selbstverantwortung und die damit verbundene Selbstachtung nicht genommen bzw. abgesprochen wird.

05.10.18

15

Die andere Wirklichkeit:

Trauernde Menschen, die in heftigster Form und Intensität leiden und am Verlust eines Menschen zu zerbrechen drohen.

- Die Eltern, die innerhalb von nicht einmal 1 Jahr zwei Kinder durch Suizid verlieren.
- Die Eltern, deren sehnlichst erwartetes einziges Kind im 5. Lebensjahr an Leukämie verstorbt.
- Die Frau, deren Mann im Urlaub von jetzt auf gleich an plötzlichem Herzversagen stirbt.
- Die Tochter, die erst nach vielen Jahren erfährt, dass ihr Vater nicht an einem Herzinfarkt verstorben ist, sondern durch einen Suizid und bei der intensiv Fragen aufbrechen zur eigenen Entwicklung und Prägung.

05.10.18

16

Resilienz vs. Ressource

Unfähigkeit zu trauern – Die Fähigkeit zu trauern

Trauerfähigkeit ist nicht gleich Resilienz

05.10.18

17

Die Sinnhaftigkeit der Aufnahme einer Diagnoseziffer für erschwerte Trauer im ICD11

- Menschen, deren erlittener Verlust so herausfordernd ist, dass sie daran zu erkranken drohen benötigen einfache und selbstverständliche Zugänge zu professioneller Hilfe.
- Dazu **kann, soll und muss** eine Aufnahme einer zusätzlichen Ziffer im neuen ICD 11 beitragen.
- Es geht nicht darum , die Situation dieser Menschen im ICD nicht auftauchen zu lassen.

Aber: Es geht um einen notwendigen sehr sensiblen Umgang mit Begrifflichkeiten!

05.10.18

18

Die grosse Bedeutung,
die Worte „auf die Goldwaage“ zu legen

„Anhaltende Trauerstörung“

(Kategorie 6B42 in der ICD 11.)
Vorstellung im Frühsommer 2018
Geplante Verabschiedung/ WHO Versammlung Mai 2019
Geplantes Inkrafttreten: 01.01.2022

05.10.18

19

Den geplanten Terminus „**anhaltende
Trauerstörung**“ auf die Goldwaage legen!

05.10.18

20

Genau hinsehen

Genau hinhören

05.10.18

21

Worum es geht:

- Es geht um Bewusstwerdung.
- Es geht um Sensibilisierung.
- Es geht um Genauigkeit.
- Es geht um Wachsamkeit.

05.10.18

22

Worum es nicht geht!

- Es geht nicht um „Erbsenzählerei“!

05.10.18

23

Worum es nicht geht!

Es geht nicht darum 'Recht' zu haben!

05.10.18

24

Worum es nicht geht:

- Es geht in einem komplexen und vielschichtigen Feld nicht um **die eine richtige Position**.
- Es geht um ein gemeinsames Ringen um einen geeigneten Begriff, der möglichst viele Aspekte in sich vereint,
- auch die kulturellen Besonderheiten und die historischen Wurzeln.
- Dieses Ringen um den Begriff dauert schon lange an:
 - Pathologische Trauer
 - Komplizierte Trauer
 - Traumatische Trauer
 - Prolongierte Trauer
 - Anhaltende Trauerstörung

(vgl. Wagner, B. 2016 – Wann ist Trauer eine psychische Erkrankung?)

05.10.18

25

- „Die Diagnose der „Trauerstörung“ bezieht sich nicht auf alle Trauernden.“
- „Eine Diagnose würdigt das Leid – nämlich als behandlungswürdig.“

All das lässt sich aber auch durch eine andere Begrifflichkeit zum Ausdruck bringen, die weniger missverständlich und erläuterungsbedürftig ist!

Z.B.: „Erschwerte Trauer aufgrund besonderer Verlustumstände“

Oder: Belastungsstörung bei schwerwiegendem Verlust. (DHPV Handreichung)

-Was stört?

-Wer oder was wird gestört?

-Wer fühlt sich gestört?

-Trauerstörung – Störung der Trauer oder Trauer als Störung

05.10.18

26

Es geht auch um Konkurrenzen

Con-currere: Zusammen laufen.

Con-fligere: Zusammen schlagen / zusammen stoßen.

Bereicherung in der Unterschiedlichkeit.

Aktuelle Diskussion: wertvoller Diskurs / nicht als Gegeneinander.

05.10.18

27

„Gemeinsam – laufen“ Sich wechselseitig achten

Dazu gehört für mich auch:

- Die Adressatinnen und Adressaten von Trauerbegleitung ganzheitlich in den Blick nehmen. Menschen mit „erschwerter Trauer“ sind mehr als ihre psychische Störung und ein „Begleitungsfall“ ist komplexer als das klassifikatorische Gerüst einer ICD 11 Kategorisierung
- Trauerbegleiter/innen müssen noch mehr das „Eigene“ entwickeln und nach innen und außen vertreten. (ein berechtigtes Selbstbewusstsein)
- Im Sinne des „Con-currere“ sind grundsätzlich die wechselseitigen Kompetenzen aller Disziplinen gefragt aber nicht immer (in jeder Situation) und erst recht nicht als Automatismus bei eigener Ratlosigkeit (vgl. Ader 2016)

05.10.18

28

Das not-wendige Selbstbewusstsein von Trauerbegleitenden im aktuellen Diskurs

- Es ging/geht um eine proaktive Positionierung in der lfd. Diskussion.
- Das hat zu tun mit Glaubwürdigkeit, berechtigtem Selbstbewusstsein und einer klaren Positionierung als Fachverband.
- Es geht darum, die Diskussion offen zu halten.
- Dafür braucht es ein differenziertes Verständnis und einen ebenso differenzierten Umgang mit den Begrifflichkeiten.

05.10.18

29

Fazit: Das eine tun ohne das andere zu lassen

- Trauer nicht pathologisieren!
- Schweres Leid nicht normalisieren sondern würdigen (auch durch eine ICD Ziffer)!
- Gesellschaftliche Veränderungen auf den Weg bringen!

05.10.18

30

Dazu gehört:

- Betroffene müssen die individuelle Unterstützung erhalten können, die sie brauchen. Das bewegt sich zwischen ehrenamtlichen Angeboten und fachlicher Hilfe.
- Dafür braucht es eine sorgfältige Versorgungsforschung (Was ist da – was braucht es noch).
- Bereits bestehende Angebote evaluieren, ggf. bedarfsgerecht ausbauen. Finanzielle Förderung.
- Multiprofessionelle und (hilfe-)systemübergreifende Vernetzung!!!
- Sorgfältiger Umgang mit Sprache. Sprache drückt Bewusstsein aus / schafft Wirklichkeit/en.
- „Anhaltende Trauerstörung“ vs. „Belastungsstörung nach dem Verlust einer nahestehenden Bezugsperson“ oder auch „...nach einem schwerwiegenden Verlust“.

05.10.18

31

Dazu gehört:

- Trauer muss zurückgeführt werden in die Mitte der Gesellschaft und vor allem in die Alltagswelt der Trauernden (Trauer braucht „Erlaubnis“, „Raum“, „Zeugenschaft“, „Struktur“)
- Vernetzung der Fachverbände (BVT, DGP, DHPV) und auf politischer Ebene (interfraktioneller Gesprächskreis Hospiz und Palliativmedizin im Deutschen Bundestag)
- Trauer muss wieder gesellschaftlich akzeptierter werden.
- Trauerbegleitung muss ‚selbstverständlich‘ geschehen.
- Es geht um das Wiedergewinnen einer „not-wendigen“ Erinnerungskultur.
- Es geht darum das wiederzuentdecken, was in Krisen des Lebens trägt und zählt.

(Albrecht, J. / Mucksch, N., Zeitschrift für Palliativmedizin Heft 1 2017)
05.10.18

32

User acceptability of the diagnosis of **prolonged grief disorder:** How do professionals think about inclusion in ICD-11 ?

Zusammenfassung und deren Übersetzung von Norbert Mucksch und Dr. Klaus Onnasch (Mitglieder der Fachgruppe Trauer im DHPV)

- Die Diskussion um die Neufassung der ICD 11 im Blick auf die vorgeschlagene Diagnose "**Anhaltende Trauerstörung**" bedarf **dringend** einer Weiterführung. In ihr sollen die Ergebnisse der Umfrage zu diesem Vorschlag berücksichtigt werden.
- Diese Umfrage aus dem Jahr 2017 (2088 Teilnehmende aus Psychotherapie, Psychologie, Begleitung, Medizin und Palliative Care) zeigt, dass die **Uneinigkeit**, die sich über die Diagnose **in der Fachliteratur** findet, sich **auch in den Antworten der Teilnehmenden spiegelt**. Deshalb sind weitere Diskussionen und Studien im Rahmen der ICD Revision notwendig.

05.10.18

33

User acceptability of the diagnosis of **prolonged grief disorder:** How do professionals think about inclusion in ICD-11 ?

Im einzelnen ergeben sich aus der Umfrage folgende Tendenzen:

- Die vorgeschlagene Diagnose "Anhaltende Trauerstörung" findet in der Umfrage keine Mehrheit. Diese Klassifizierung als separate Diagnose wird nur von 24,8 % bevorzugt. 60,0 % stimmen für Alternativen bezüglich der Klassifizierung; 15,2 % möchten keine Einbeziehung in ICD 11. Somit will eine Mehrheit die Einbeziehung einer Klassifikation in ICD 11, aber nicht in der vorgeschlagenen Weise.
- Der Zeitraum von 6 Monaten seit Verlust zur Diagnose findet mehrheitlich keine Zustimmung (nur 11,3 % für diesen Vorschlag), 49,2% wollen einen Zeitraum von 12, 14 oder 24 Monaten; 32,3 % wollen keine zeitliche Bestimmung einbeziehen.
- 51,1 % nehmen an, dass es durch die vorgeschlagene Diagnose zu einer Zunahme der Pathologisierung normaler Trauer kommt.

05.10.18

34

User acceptability of the diagnosis of **prolonged grief disorder:** How do professionals think about inclusion in ICD-11 ?

- In dem Artikel wird dargestellt, dass in der Fachliteratur mehrheitlich empfohlen wird, **bei der Diagnose auf den Verlust oder die erschwerenden Faktoren zu fokussieren,...**
- **...nicht aber auf die Trauer selbst oder den zeitlichen Aspekt (S.311).**
So kann verhindert werden, dass Trauer pathologisiert wird und Trauernde stigmatisiert werden.
- Andererseits kann durch Aufnahme einer angemessenen Diagnose ermöglicht werden, dass Menschen nach schwerem Verlust die Unterstützung und gegebenenfalls die Therapie erhalten, die sie in ihrer Situation brauchen.
- Im Artikel wird betont, dass auf diesem Gebiet ein **interdisziplinärer Austausch** in Forschung und Praxis weiterentwickelt werden sollte. (S.311).

05.10.18

35

„Verstehen geht über Verständigung“ (Hans Thiersch)

Wir müssen uns über das gemeinsame Feld immer wieder austauschen und verständigen (Con-currere – miteinander laufen).

Wir müssen uns in erster Linie bemühen um das Verstehen der trauernden Menschen

- In der Trauerbegleitung
- In der Trauerberatung
- In der therapeutischen Begleitung von erschwert trauernden Menschen.

In all diesen Bereichen geht es zuerst darum Menschen zu verstehen im Hinblick auf ihr Verhalten, ihre Symptome und ihre Beeinträchtigungen.

Jedes noch so „ver-rückte“ Verhalten von (trauernden) Menschen macht subjektiv betrachtet auch einen Sinn.

Und die Lebenswelt und –wirklichkeit von Trauernden ist massiv „ver-rückt“.

05.10.18

36

Verstehen statt diagnostizieren

- Darum ist es wichtig, mit einer Diagnosestellung sehr zurückhaltend zu sein.
- Darum ist es wichtig im Fall einer pathologischen Situation die Diagnose nicht so mit dem Trauerbegriff zu koppeln, wie es derzeit im Gespräch ist.

- Trauer verrückt
- Trauer verstört
- Aber: **Trauer ist keine Störung!**
- **Trauer ist Ressource, kein Problem!**

05.10.18

37

Das Zitat vom Beginn:

- Es vergeht kein Tag, an dem wir nicht an Dich denken!
**Die Trauer hört niemals auf,
sie wird ein Teil unseres Lebens.
Sie verändert sich und wir verändern uns mit ihr.
Für den Raum, den ihr uns immer wieder schenkt möchten wir von Herzen danken!**

05.10.18

38

Abschließende Fragen zum „Mitnehmen“:

- Wollen wir unser Trauerverständnis weiter in Bewegung halten – oder wollen wir uns festlegen lassen?
- Was prägt mein eigenes Bild von Trauer und wie beeinflusst das meinen Umgang mit trauernden Menschen? (Ressource oder Problem)
- Welchen Blick habe ich auf trauernde Menschen aus meiner beruflichen Rolle als Arzt/Ärztin oder Therapeut/in?
- Welche komplementären Angebote habe ich in meinem persönlichen Portfolio?
- In welcher inneren Haltung trauernden Menschen ggü. kann ich diese vermitteln?

05.10.18

39

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!

05.10.18

40