

# Alptraum Eschede: Zwischen Trauma und Trauer

*Alexander Korittko, Hannover*

*Lutz-Ulrich Besser, Isernhagen*

## Das Unglück

Am 6. Juni 1998 verunglückte der ICE "Conrad Wilhelm Röntgen" von München nach Hamburg nahe der Ortschaft Eschede in Niedersachsen. 101 Menschen starben, sehr viel mehr wurden verletzt. Innerhalb von 15 Minuten erreichten Rettungsmannschaften, Sanitäter und Notfallärzte den Unglücksort. Über 1.000 Menschen waren fünf Tage und Nächte mit der Bergung von Verletzten und Toten beschäftigt.

Eine Reihe von Zufällen führten dazu, dass schnell geholfen werden konnte. Ein Jahr zuvor ereignete sich eine Brandkatastrophe in der selben Gegend. In der Folgezeit hatten Feuerwehren und Rettungseinheiten einen differenzierten Notfall-Plan ausgearbeitet, der zu einer besseren Zusammenarbeit führte, als in anderen Gegenden Deutschlands. Zum zweiten fand zum Zeitpunkt des Unglücks in der Medizinischen Hochschule Hannover die Jahrestagung der Notfallärzte Deutschlands statt, 30 km von Eschede entfernt. Zum dritten hatte einen Monat zuvor die erste deutsche Tagung zum Thema "Post-traumatischer Stress" stattgefunden, das Feld der Psychologie und Psychotherapie hatte ein klareres Bewußtsein über Post-traumatische Stress-Belastung entwickelt.

Doch niemand war wirklich für eine Katastrophe dieses Ausmaßes vorbereitet. Die Hilfskräfte konnten nicht glauben, was sie sahen: Der Zug hatte eine Brücke zerstört, die dann auf den Zug gefallen war. Von 14 Waggons waren nur drei unversehrt. Der Rest hatte sich zu einem riesigen Haufen Metall, Glas und Steinen aufgetürmt, der die toten und verletzten Körper von Hunderten von Menschen unter sich begrub. Ein erfahrener Sanitäter sagte: "Wer davon nicht schockiert ist, muss so cool sein, dass er Eis pinkelt."

Es gab andere Katastrophen in der Vergangenheit, wie z.B. in Ramstein oder bei Grubenunglücken. Doch nicht jeder sieht sich ein Flugshow an und nur eine Minderheit arbeitet in Bergwerken. Aber jeder hätte in diesem Zug sitzen können. Deutschland war geschockt.

Anders als bei einem Flugzeug-Unglück waren die Namen der Verstorbenen und Verletzten - wie auch der nicht verletzten Reisenden - nicht bekannt. Es wurde zusätzlich dadurch komplizierter, dass die Bahn AG körperlich unversehrte Menschen mit Bussen nach Hamburg bringen ließ (damit sie ihren Anschlußzug erreichen sollten !?!), ohne dass die Namen notiert wurden. Wegen der immensen Zerstörung des Zuges und der Masse an Verletzten und Toten dauerte es drei Tage, bis alle Männer, Frauen und Kinder identifiziert waren.

Die Angehörigen warteten auf eine Nachricht über ihre Familienmitglieder und befanden sich gleichzeitig in einem ernsthaften traumatischen Stadium. Einige fuhren sofort mit dem Auto nach Eschede, einige warteten Tag und Nacht am Telefon, wieder andere versuchten über die

eingerrichtete Hotline Informationen zu bekommen, die sich oft innerhalb kürzester Zeit widersprachen. Die Einwohner von Eschede wandten enorme Kräfte auf, um die Bergungsmannschaften und die eingetroffenen Angehörigen physisch und psychisch zu versorgen.

Als letztendlich klar war, wer überlebt hatte und wer nicht, mußten die Angehörigen die Toten und deren Eigentum identifizieren. Eine Ehefrau berichtete, dass sie in eine Turnhalle geführt wurde, damit sie nach dem Koffer ihres Mannes suchen konnte. Sie mußte durch Reihen von Kleidung, Gepäckstücken, Schmuckstücken, Uhren und Ringen gehen, die teilweise blutbeschmiert waren. Das schrecklichste war die Reihe der Puppen und Stofftiere.

## Traumatische Trauer

Nach einem technologischen Desaster müssen die Überlebenden und die Hinterbliebenen mit traumatischen Erlebnissen und mit Verlust umgehen. Das "Diagnostic and Statistic Manual" (DSM) von 1994 geht davon aus, dass die Nachricht über den Tod eines nahe Angehörigen oder eines Freundes ein PTSD-Stressor ist, wenn der Tod plötzlich und unerwartet eintrifft. Menschen, die uns nahe stehen, beeinflussen unser Leben auf vielfältige Art und Weise, wenn sie von uns gegangen sind, ist der Verlust allgegenwärtig.

Kathleen O. Nader (1997) betont, dass

- das Zusammenwirken von Trauma und Tod die Symptome intensivieren kann, die für jeden der beiden Bereiche typisch sind
- Gedanken an die Verstorbenen zu traumatischen Rück-Erinnerungen (Flashbacks) führen können.
- traumatische Aspekte des Todes die Trauerarbeit erschweren oder verhindern können, die in anderen Situationen meist aus der Bearbeitung von Trauerträumen, der Arbeit an Beziehungsaspekten mit dem Verstorbenen und Formen der Identifikation besteht.
- Gefühle von post-traumatischer Entfremdung und Einsamkeit heilende Interaktionen beeinträchtigen.

Prigerson (1999) schlägt für die Definition von traumatischer Trauer folgende Kriterien vor:

### A Trennungs-Stress

- intrusive Gedanken an den Verstorbenen
- Sehnsucht nach dem Verstorbenen
- nach dem Verstorbenen "suchen"
- Einsamkeit als Resultat des Todes

### B Traumatischer Stress

- ein Gefühl von Sinnlosigkeit bzw. Nutzlosigkeit bezüglich der Zukunft
- ein subjektives Erleben von Empfindungslosigkeit, Beziehungslosigkeit oder Abwesenheit von Emotionalität
- Schwierigkeiten, den Tod anzuerkennen
- ein Gefühl, dass das Leben leer oder bedeutungslos ist
- ein Gefühl, dass ein Teil des Selbst verstorben ist

- die Annahme, dass der Verstorbene sich gefährlich verhalten hat
- unendliches Gereizt-sein, Bitterkeit oder Wut gegenüber dem Verstorbenen

Um sich über den Begriff "Trauma" Klarheit zu verschaffen, sind einige Informationen über die grundsätzlichen Aspekte erforderlich. Trauma wird als ein Ereignis definiert, in dem ein Mensch plötzlich in eine Situation gerät, die eine existenzielle Bedrohung des eigenen Lebens oder des Lebens anderer Menschen beinhaltet und in der weder Flucht noch Kampf möglich sind. Wir nennen diese Situation "Traumatische Zange"

Das traumatische Ereignis - in diesem Fall der plötzliche Unfalltod eines geliebten Familienmitgliedes - ist mit Angst, Panik, Schmerz und Verzweiflung verbunden. Weil keine Flucht und kein Kampf möglich sind, erlebt sich der Mensch hilflos und kraftlos, was wiederum zu einer Stressüberflutung mit neuro-biologischen Auswirkungen führt.

In der Folge dieses emotionalen Schockerlebnisses ist der Mensch nicht nur äußerlich "starr vor Schreck", sondern auch die Verarbeitung des Erlebnisses auf der neurologischen Ebene "friert ein". Das Ereignis wird im Gehirn nicht als kompettes Ereignis gespeichert, sondern in minimalen Fragmenten, oft ohne Verbindungen zueinander. Die hauptsächlichen Aspekte der fragmentierten Speicherung betreffen den sensorischen Input von Bildern, Gerüchen, Kognitionen, Körperempfindungen und Beziehungskontexten. Gerade der plötzliche Verlust eines geliebten Menschen beinhaltet auch den Verlust von Sicherheit und Vertrauen in diese Welt.

Bevor ein auf diese Weise traumatisiert trauernder Mensch durch die Phasen des Trauerprozesses gehen kann, scheint es erforderlich zu sein, erst einmal die fragmentierten Erinnerungen sortiert wahrzunehmen, sie als ganzheitliches Ereignis mit Anfang-Verlauf-Ende zu verarbeiten und in die persönliche Lebensgeschichte und Identität zu integrieren.

Sachsse (1996) nennt die Hauptziele einer gelungenen Trauma-Integration:

- Bilden einer Synthese von Kognition, Bild, Affekt und Körperempfindungen
- Veränderung von unkontrollierbaren Stress-Reaktionen in kontrollierbare Stress-Reaktionen
- Integration des "Unaussprechlichen" in das narrative Gedächtnis
- Veränderung von negativen Grundannahmen in optimistischere Sichtweisen
- Erleben eines Unterschiedes durch "Lernen im alten Zustand" (state dependent learning)

Da ein Trauma dann integriert ist, wenn der Mensch klar erkennen kann, dass es Teil der Vergangenheit ist und nicht mehr auf Trauma-Erinnerungen körperlich reagiert, fokussierten wir in unserer Gruppen-Arbeit mit Hinterbliebenen der Eschede Katastrophe daher auch den traumatischen Aspekt des Trauerprozesses, anstelle einer ausschließlichen Arbeit am Abschiedsprozess.

## Das Gruppenprogramm

Einige Wochen nach der Zug-Katastrophe entwickelte die Deutsche Bahn ein Nachsorge-Programm für die Verletzten und Hinterbliebenen. Es entwickelte sich eine Zusammenarbeit zwischen den Psychologinnen der Deutschen Bahn, dem neu eingesetzten Ombudsmann und dem Deutschen Institut für Psychotraumatologie (DIPT). Zunächst sollten die unterschiedlichen Gruppen diagnostiziert werden, sodass neben den erforderlichen körperlichen Reha-Massnahmen auch psychologische Unterstützung zur Verfügung gestellt werden konnte. Außerdem sollte finanzielle Unterstützung für problematische Folgen des Unglücks bei Einzelnen organisiert werden.

In den ersten drei Wochen nach einer Katastrophe (Notfall-Phase) entwickelt sich meist ein hoher Grad von sozialer Unterstützung. Aber zwischen der vierten und sechsten Woche (Hemmungsphase) wird es für viele Menschen problematischer, die Geschichten der Betroffenen anzuhören. In dieser Phase sollen oft Trauerfeiern "einen Abschluß bilden". In dieser Zeit hören Traumatisierte Sätze wie "Bald wird es sein wie früher" oder "Die Zeit heilt alle Wunden". Gut gemeinte Bemerkungen wie diese führen zu einer Spaltung zwischen dem "sozialen Selbst" und dem "traumatisierten Selbst": die Menschen versuchen nach außen hin zu funktionieren und leiden innerlich. Die soziale Unterstützung unterbleibt nach sechs bis acht Wochen fast ganz. In dieser Zeit entscheidet sich bei den Betroffenen, ob sie ihr Trauma verarbeitet oder chronische Störungen entwickelt haben, die dann als PTBS diagnostiziert werden können.

Im November 1998, fünf Monate nach der Katastrophe, wurde deutlich, dass mehr als nur individuelle Hilfe notwendig war. Deswegen wurden regionale Gruppen für Verletzte und Hinterbliebene entlang der Strecke München-Hamburg eingerichtet. Die Gruppen (jeweils nicht mehr als 12 TeilnehmerInnen) sollten sich alle 14 Tage für eine Stunde treffen und von zwei Trauma-TherapeutInnen aus der Region begleitet werden. Ziel war die Unterstützung der TeilnehmerInnen, nicht Therapie. Zu diesem Zeitpunkt gab es noch keine klaren Konzepte über die Arbeit mit Trauma und Verlust, sodass die TherapeutInnen Interventionen entwickeln mußten, die sie für ihre Gruppe für angemessen hielten.

## Die Gruppe

Im Dezember 1998 begannen wir mit einer Gruppe, die sich aus trauernden Ehefrauen und Eltern zusammensetzte. Es stellte sich uns als eine besondere Herausforderung dar, als rein männliches Team mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen (Psychiater; Paar- und Familientherapeut) mit dieser Gruppe zu arbeiten. Wegen der langen Anreise einiger Gruppenmitglieder trafen wir uns einmal monatlich für drei Stunden. Zwischen Dezember 1998 und November 2001 fanden 21 Treffen statt.

Die Gruppe bestand aus sechs Frauen und einem Mann. Zwei Eltern, beide um die 60, hatten ihre 24jährige Tochter verloren. Eine Frau, Sozialarbeiterin, hatte ihre 27jährige Tochter verloren. Drei Frauen um die 30 hatten ihre Ehemänner verloren. Zwei dieser Ehemänner starben auf einer gemeinsamen Geschäftsreise. Die älteste Teilnehmerin war die Mutter des dritten verstorbenen Ehemannes. In der Gruppe war also ein Paar, zwei Frauen waren durch die berufliche Beziehung

ihrer Ehemänner freundschaftlich verbunden, zwei Frauen waren Schwiegermutter und Schwiegertochter. In dieser Zusammensetzung arbeitet die Gruppe über den gesamten Zeitraum von drei Jahren, keiner verließ die Gruppe.

Die Gruppentreffen fanden in einem kleinen Hotel in der Nähe von Hannover statt. Weil die Gruppenmitglieder fanden, dass der Kuchen in diesem Hotel sehr teuer war, begannen sie damit, reihum selbst Kuchen oder Schnittchen mitzubringen. Nach einigen Treffen brachte ein Gruppenmitglied (die Sozialarbeiterin!) Blumen und etwas Dekoration für die Mitte des Stuhlkreises mit. Von da an wechselten sich die Gruppenmitglieder auch in der Gestaltung der "Gruppenmitte" ab.

Die TeilnehmerInnen tauschten mit der Zeit auch ihre Adressen und Telefon-Nummern untereinander aus und hielten zwischen den Treffen Kontakt zueinander. An Jahrestagen der Katastrophe und zur Eröffnung der Gedenkstätte 2001 erschien die Gruppe gemeinsam.

Trotz der wachsenden Nähe gab es auch eine Form von Spaltung in der Gruppe. Der einzige Mann engagierte sich besonders in einer größeren Gruppe, die sich mit der Deutschen Bahn in Auseinandersetzungen über die Höhe der Entschädigung und über die Gestaltung des Mahnmals begab. Er nahm in dieser Zeit in der Gruppe viel Raum ein, sodass einige TeilnehmerInnen Probleme entwickelten, ihm zuzuhören. Einige unterstützten ihn, andere verdeutlichten, dass ihr persönlicher Weg der Trauer anders war.

## Gruppenthemen

Im ersten Jahr sprachen die Gruppenmitglieder häufig über die Probleme, ihr Leben weiter sinnvoll zu gestalten angesichts vieler unbeantworteter Fragen. Sie hatten Schwierigkeiten "es" zu benennen. Einige nannten "es" Mord, andere Verlust, wieder andere Trauer. Sie benötigten auch Hilfe dabei, ihre eigenen Reaktionen zu verstehen. Als sie mehr und mehr herausfanden, dass sich ihre emotionalen Prozesse ähnelten, fühlten sie sich besser. In Zeiten, in denen sie nicht mit anderen Menschen sprechen mochten, weil sie weniger soziale Unterstützung erlebten, gewann die Gruppe für sie an Bedeutung. Sie hatten das Bedürfnis, über den letzten Augenblick im Leben ihrer Angehörigen zu sprechen und sie konnten auch zu einer Form von melancholischem Humor finden, als wir sie nach Erlebnissen mit den Verstorbenen fragten, an die sie sich gern erinnern.

Im zweiten Jahr war ein allmählicher Genesungsprozess bei den Gruppenmitgliedern zu erkennen. Sie lösten sich jedoch immer wieder schnell von ihrer errungenen Lebensfreude, wenn sie durch Nachrichten über andere tragische Ereignisse in ihr persönliches Trauma zurückgeworfen wurden: Lawinenkatastrophen in Österreich, Zugunglücke in England und Deutschland, Absturz der Concorde, World Trade Center.

Auch persönlich bedeutsame Daten hatten die Kraft, sie wieder in eine post-traumatische Starre zu versetzen: Geburtstage, Weihnachten, Hochzeitstage, Familienfeiern.

Obwohl es zeitweise zu einem Spaltungsprozess in der Gruppe kam, der sich um den Entwurf der Gedenkstätte und dem juristischen Prozess gegen die Deutsche Bahn entwickelte, wurde die Gruppe zur wichtigsten Ressource für alle Mitglieder. Sie ermöglichte es ihnen, Kraft zu sammeln und sie fühlten sich in einer Welt, die sich für sie seit Juni 1998 extrem verändert hatte, verstanden und unterstützt.

## Typische Gruppentreffen und spezielle Interventionen

Während der ersten 30 bis 40 Minuten jedes Treffens sprach jedes Gruppenmitglied über die derzeitig vorherrschende emotionale Stimmung im Alltag (Gefühle, Konflikte, Fortschritt im persönlichen Bewältigungsprozess). Nach einer Pause mit Getränken und Snacks arbeitete die Gruppe an speziellen Themen, Übungen und Interventionen, die von den Gruppenleitern vorgeschlagen wurden.

In der ersten Phase intervenierten wir mit weitergehenden Fragen und positiven Übersetzungen ausschließlich negativ erfahrener Situationen (positiv reframing). Als z.B. eine Teilnehmerin berichtete, dass sie kaum noch mit anderen Menschen darüber spricht, wie sehr sie ihren Ehemann vermisst, und daher mehr Zeit als früher in ihrem Garten verbringt, sagte einer von uns, dass sie sich auf diese Weise vielleicht vor Zurückweisungen schützt und dass sie sich mit dem Wachstum (der Pflanzen) beschäftigt, um für sich eine gute Balance gegenüber ihren traurigen Gedanken zu entwickeln. Als die Gruppe den Entwurf des Mahnmals und den juristischen Prozess gegen die Deutsche Bahn diskutierte, interessierte uns der psychologische Prozess rund um diese Themen. Der männliche Teilnehmer benutzte hierbei das Bild einer Zwiebel: im Zentrum seines Empfindens befindet sich der Schmerz, der jedoch von vielen Schalen der Wut und der Argumentation umschlossen wird. Einer von uns fragte ihn, was er tun müsste, damit er nicht so hartherzig wird, wie er diejenigen wahrnimmt, gegen die er kämpft.

Während der Pause baten wir die TeilnehmerInnen, einen IES Fragebogen auszufüllen (Impact of Event Scale). Die Ergebnisse sollten uns dazu anregen, angemessene Interventionen für den zweiten Teil zu entwickeln. Beim ersten und beim letzten Treffen füllten die TeilnehmerInnen zusätzlich den Fragebogen zum PTSS 10 aus (Post-Traumatic Stress Symptoms).

Im zweiten Abschnitt der Treffen regten wir Übungen an, von denen wir annahmen, dass sie zum derzeitigen Gruppenprozess passten. Wenn in der Gruppe deutlich stärker vermeidendes Verhalten berichtet wurde, boten wir Übungen an, die den intensivsten Schmerzpunkt rund um den Tod des geliebten Familienmitgliedes fokussierten. So baten wir sie z.B. an den schlimmsten Moment zu denken und sich dabei vorzustellen, dass das verstorbene Familienmitglied sie jetzt beobachtet, wie sie daran denken und den Schmerz empfinden. Was würde die verstorbene Person zu ihnen sagen? Oder wie würde ein Brief aussehen, den sie dem Verstorbenen schreiben würden? Was würden sie ihm von dem, was sie am deutlichsten vermissen, mitteilen wollen?

Wenn eher intrusive Symptome vorherrschten oder die Gruppenmitglieder von Zuständen starker körperlicher Erregung berichteten, boten wir Übungen an, die ihnen dazu verhelfen sollten, den "alten Film" zu kontrollieren. Wir benutzten häufig die sogenannte Screen-Technik, mit der die

Bilder auf einem imaginierten Bildschirm mit Hilfe einer vorgestellten Fernbedienung verändert werden.

Innerhalb des ersten Jahres war es zusätzlich erforderlich, Informationen über typische Abläufe bei traumatisierter Trauer und PTSD-Symptomen zu geben. Dies verhalf den Mitgliedern dazu, ihr Verhalten und ihre Emotionen zu verstehen und zu akzeptieren.

Wir benutzten zur Stabilisierung ebenfalls die bekannten Imaginations-Techniken (Innerer sicherer Ort, Tresor, Inneres Team, Baumübung, Lichtstromübung; siehe auch Reddemann 2001). Um positive Gefühle und Gedanken zu verankern, wandten wir eine EMDR-Gruppentechnik an, die "butterfly hug" genannt wird.

In einer speziellen Krisen-Situation arbeitete ich (A.K.) mit einer der älteren Frauen alleine. Sie hatte die Vorstellung, dass ihre Schwiegertochter ihr nicht mehr den Enkelsohn zur Betreuung überlassen würde, wenn sie über ihre schlechte psychische Verfassung sprechen würde, während die Schwiegertochter in der Gruppe anwesend ist. Sie fühlte sich in einer Falle: entweder ihren Zustand zu verheimlichen oder ihren Enkelsohn zu verlieren. Ich ermutigte sie, mit ihrer Schwiegertochter über diese Falle zu sprechen, da mir bekannt war, dass die junge Frau Angst davor hatte, dass ihre Schwiegermutter sich nicht mehr um den Sohn kümmern wolle. Sie hatte den Eindruck, dass die Betreuung selbst zu anstrengend für die alte Dame werden könnte, war aber selbst von der Betreuung durch die Großmutter abhängig.

Dies ist ein typisches Beispiel dafür, wie Familienmitglieder in ihrer Kommunikation in eine post-traumatische Erstarrung geraten: in der Absicht, die Situation für den jeweils anderen nicht noch schmerzvoller zu gestalten, schweigen sie und verlieren den emotionalen Kontakt zueinander.

Das einzige Paar in der Gruppe hatte einen sehr warmherzigen Kontakt zueinander. Gleichzeitig war eine Rollenaufteilung zu beobachten: der Ehemann kämpfte gegen die "Mörder" und organisierte das Leben des Paares lange Zeit um das Thema Eschede. Selten bekam er hinter all den "Zwiebelschalen" Kontakt zu seinen Gefühlen. Die Ehefrau hatte enorme Schwierigkeiten, ihr Leben in den Griff zu bekommen; sie war voller Tränen und voller Humor, manchmal beides zusammen. Damit auch die Ehefrau eine neue Struktur für sich entwickeln konnte und der Ehemann sich mit seinen Gefühlen auseinandersetzen konnte, arbeiteten wir mit ihnen an ihrer Kommunikation, sofern dies im Rahmen der Gruppenarbeit angemessen war.

## Evaluation des Gruppenprozesses

Im Vergleich zum Dezember '98 berichteten im November '01 im Rahmen des IES (Impact of Event Scale) fast alle Gruppenmitglieder eine geringere Symptomatik (Mittelwert 36/18 bei einem cut off von 26). Über den gesamten Zeitraum von drei Jahren berichteten sie durchgehend stärker intrusive Symptome im Vergleich zu Vermeidungs-Symptomen. Ihre Probleme waren also mehr mit ungewünschten Erinnerungen und Gefühlen verbunden. Diese Symptomgruppe stieg rund um besonders bedeutsamen Ereignissen an (Jahrestage, Weihnachten, andere Katastrophen). Danach ließen die Intrusionen nach, aber das Vermeiden wurde intensiver. Wir entwickelten daher die Hypothese, dass Menschen, die durch etwas "unglaublich Grausames"

oder besonders deutliches Vermissen erinnert werden, die alten schmerzvollen Qualen erneut durchleben und sich dann vor überwältigenden Schmerzen schützen, indem sie stärker als vorher Dinge oder Situationen vermeiden. Deswegen sollten die Interventionen mit trauernden Familienmitgliedern immer wieder die sogenannten Trigger (Schmerz-Auslöser) fokussieren, sowie die emotionalen Reaktionen auf diese Trigger.

Beim IES wurden die folgenden Items häufig mit "oft" oder "manchmal" beantwortet:

#### Intrusionen

- Jede Art von Erinnerung daran weckte auch die Gefühle wieder
- Andere Dinge erinnerten mich wieder daran
- Ich dachte daran, wenn ich nicht daran denken wollte
- Ich hatte deswegen starke Gefühlsaufwallungen

#### Vermeidung

- Mir kam es vor, als wäre es nicht wahr oder als wäre es gar nicht passiert
- Ich versuchte, nicht daran zu denken

Um einen Trauma-Trigger zu identifizieren, ist es sinnvoll zwischen dem generellen Ereignis (Tod des Familienangehörigen in Eschede) und dem individuellen traumatischen Augenblick mit der höchsten Anspannung einen Unterschied zu machen. Solche "Schmerzpunkte" können sein:

- drei Tage am Telefon zu sitzen, dann den Schlüssel in der Tür zu hören und zu denken "Das ist er"
- die Unglücksstelle zu sehen und zu denken "Hier ist keiner lebend herausgekommen"
- die Gepäckstücke des Ehemanns in einer großen Halle voller blutiger Kleidung und Spielsachen zu identifizieren
- in einem Hotel zu sitzen und die Todesnachricht zu erhalten

Zusammenfassend können wir davon ausgehen, dass wir der Gruppe über einen Zeitraum von drei Jahren einen hilfreichen Rahmen zur Verarbeitung ihres Traumas geboten haben. Da wir nicht eine wissenschaftliche Studie im Sinn hatten, sind an den Test-Ergebnissen Zweifel angebracht.

- die Untersuchenden waren gleichzeitig die Gruppenleiter
- die Gruppe war sehr klein
- es gab keine Kontroll-Gruppe
- wir benutzten die alte Ausgabe des IES, die keine Items zum Bereich "Übererregung" beinhaltet.

Die Ergebnisse des Tests gaben uns nichtsdestotrotz wertvolle Hinweise über den Verarbeitungsprozess der einzelnen Trauernden zwischen den Treffen und über den gesamten Zeitraum.

Im Dezember 2002, ein Jahr nach Beendigung der Gruppe, erhielten wir von der ältesten Teilnehmerin einen Brief:



"Ohne ihre Hilfe und die Unterstützung durch die Gruppe wäre ich nicht die, die ich heute bin. Zum ersten Mal habe ich wieder mit Freude meine Weihnachtseinkäufe getätigt. Ich habe auch wieder einen Weihnachtsbaum gekauft.

Meine Schwiegertochter hat jetzt einen neuen Partner. Ich mag ihn sehr und mein Enkel ist auch glücklich. Es war schwer für mich in diesem Jahr. Obwohl ich immer wollte, dass sie jemanden finden, mit dem sie glücklich sein können, stimmten mein Kopf und mein Herz nicht immer überein. Jetzt ist es für mich in Ordnung. Ich habe meinen Sohn nicht mehr, aber es gibt wieder einen Mann in meinem Leben, der mich hin und wieder in den Arm nimmt."

Die erfahrene niederländische Trauma-Therapeutin Joanie Spierings sagt: "Der schwierigste Verlust liegt nicht in der Person, die man verloren hat, sondern in der Person, die man gewesen ist."

Hannover, im August 2004

## Literatur:

- Horowitz, M., *Impact of Event Scale*. University of California, San Francisco  
Dtsch. Übersetzung: Hütter, Fischer, Hofmann, Düchting
- Nader, Kathleen O. (1997) *The Interaction of Trauma and Grief*.  
In: Figley et. al. *Death and Trauma*, Washington & London
- Prigerson et. al. (1999) *Consensus Criteria for Traumatic Grief*.  
*British Journal of Psychiatry*, 174
- Reddemann, Luise (2001) *Imagination als heilende Kraft*.  
*Pfeiffer leben lernen* 144
- Sachsse, Ulrich (1996) "Trauma-Therapie" In: *Selbstverletzendes Verhalten*,  
Göttingen
- Shear, M. Katherine & Krissa Smith-Caroff (2002) *Traumatic Loss and the Syndrome of Complicated Grief*.  
*PTSD-Research Quarterly*, Volume 13, 1
- Spierings, Joanie (1999) *EMDR and Mourning*. Vortragsmanuskript, Köln
- Wilson, John et.al. (2001) *Treating Psychological Trauma & PTSD*.  
New York & London