

**Praxis der Paar- und Familientherapie**

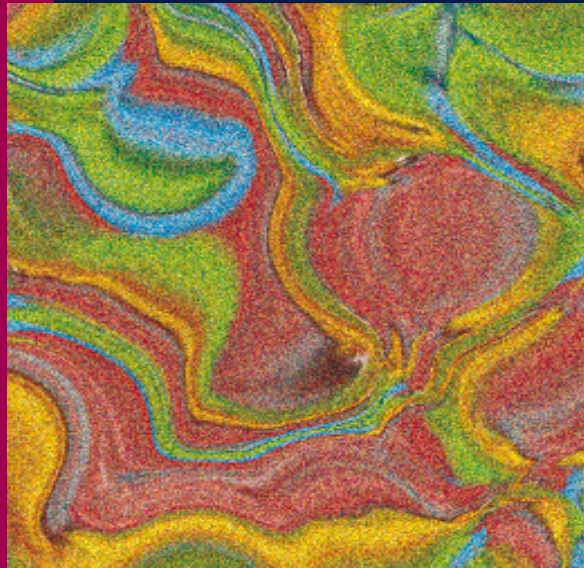
herausgegeben von

M. Cierpka, A. Riehl-Emde, M. Schmidt und K. A. Schneewind

Miriam Haagen · Birgit Möller

# Sterben und Tod im Familienleben

Beratung und Therapie  
von Angehörigen von Sterbenskranken



HOGREFE



## Sterben und Tod im Familienleben

# **Praxis der Paar- und Familientherapie**

Band 7

Sterben und Tod im Familienleben

von Dr. Miriam Haagen und Dr. Birgit Möller

---

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Manfred Cierpka, PD Dr. Astrid Riehl-Emde,  
Dr. Martin Schmidt, Prof. Dr. Klaus A. Schneewind

# Sterben und Tod im Familienleben

Beratung und Therapie  
von Angehörigen von Sterbenskranken

von

Miriam Haagen und Birgit Möller

mit einem Vorwort von Dieter Bürgin

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD  
PRAG · TORONTO · BOSTON · AMSTERDAM  
KOPENHAGEN · STOCKHOLM · FLORENZ

*Dr. Miriam Haagen*, geb. 1959. 1979-1986 Studium der Medizin in Hamburg und London. 1992 Promotion. Weiterbildung zur Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin in Hamburg. Weiterbildung in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie sowie in psychoanalytischer Paar- und Familientherapie. 1999-2004 stellvertretende Leiterin der Beratungsstelle „Kinder körperlich kranker Eltern“ an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Seit 2005 in eigener Praxis als Psychotherapeutin für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Hamburg tätig.

*Dr. Birgit Möller*, geb. 1971. 1992-1998 Studium der Psychologie in Hamburg. 2006 Promotion. Seit 1999 Mitarbeiterin in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Seit 1999 Projektmanagerin eines psychotherapeutischen Projektes im Kosovo. 2002-2005 Forschungsaufenthalte in San Francisco und Los Angeles. Weiterbildung in psychodynamischer Psychotherapie. Seit 2006 Leiterin der Arbeitsgruppen „Kinder und Jugendliche mit Problemen der geschlechtlichen Entwicklung“ sowie „Kinder krebskranker Eltern“ an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf.

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warenamen handelt.

© 2013 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Göttingen • Bern • Wien • Paris • Oxford • Prag • Toronto • Boston  
Amsterdam • Kopenhagen • Florenz  
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

**<http://www.hogrefe.de>**

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien

### **Copyright-Hinweis:**

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

---

Satz: Beate Hautsch, Göttingen

Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2268-8

## **Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

## **Anmerkung:**

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort . . . . .	1
<b>1 Einführung . . . . .</b>	<b>3</b>
<b>2 Verlusterfahrungen bei Erwachsenen. . . . .</b>	<b>9</b>
2.1 Theoretische Grundlagen. . . . .	9
2.1.1 Trauer. . . . .	9
2.1.2 Komplizierte bzw. pathologische Trauer. . . . .	14
2.1.3 Antizipierende Trauer . . . . .	17
2.2 Familiäre Verlustsituationen bei Erwachsenen . . . . .	18
2.2.1 Partnerverlust. . . . .	18
2.2.2 Verlust eines Kindes . . . . .	19
<b>3 Verlusterfahrungen bei Kindern und Jugendlichen . . . . .</b>	<b>22</b>
3.1 Entwicklungspsychologische Grundlagen: Altersabhängige Todeskonzepte und Reaktionen auf Tod und Sterben . . . . .	22
3.1.1 0 bis 2 Jahre (Säuglings- und Kleinkindalter) . . . . .	24
3.1.2 3 bis 5 Jahre (Kleinkindalter) . . . . .	26
3.1.3 6 bis 8 Jahre (Schulkindalter) . . . . .	29
3.1.4 9 bis 11 Jahre (Schulkindalter) . . . . .	31
3.1.5 12 bis 14 Jahre (Jugendalter) . . . . .	33
3.1.6 15 bis 17 Jahre (Jugendalter) . . . . .	36
3.2 Theoretische Grundlagen: Trauerreaktionen und Trauerprozesse bei Kindern und Jugendlichen . . . . .	38
3.2.1 Können Kinder trauern? . . . . .	38
3.2.2 Einflüsse auf den kindlichen Trauerprozess . . . . .	39
3.2.3 Komplizierte bzw. pathologische Trauer bei Kindern. . . . .	40
3.2.4 Traumatisierung durch Erleben von Tod und Sterben. . . . .	42
3.3 Familiäre Verlustsituationen bei Kindern und Jugendlichen . . . . .	43
3.3.1 Tod von Großeltern . . . . .	43
3.3.2 Tod eines Elternteils . . . . .	44
3.3.3 Tod eines Geschwisters . . . . .	45

3.3.4	Tod des alleinerziehenden Elternteils oder beider Elternteile . .	46
3.3.5	Tod von Pflege- oder Ersatzeltern . . . . .	47
<b>4</b>	<b>Familienorientiertes Arbeiten am Lebensende . . . . .</b>	<b>50</b>
4.1	Anforderungen an Beratung und Therapie von Familien mit einem sterbenskranken Angehörigen . . . . .	50
4.2	Wichtige Aspekte für Beratung und Therapie in der palliativen Situation. . . . .	53
4.3	Ansätze für die Einbeziehung von Angehörigen in verschiedenen medizinischen Praxisfeldern . . . . .	56
4.4	Wenn das Sterben bevorsteht . . . . .	65
4.4.1	Kommunikation über die palliative Situation . . . . .	65
4.4.2	Besuche am Sterbebett . . . . .	86
4.4.3	Abschied nehmen vom verstorbenen Familienmitglied . . . . .	87
4.5	Weiterleben ohne den Verstorbenen . . . . .	102
4.5.1	Beratung und Therapie mit Trauernden . . . . .	102
4.5.2	Familienbezogene Themen in Therapie und Beratung von Trauernden . . . . .	106
<b>5</b>	<b>Erfahrungen, Erlebnisse und Empfindungen des Therapeuten im Umgang mit Schwerstkranken und Trauernden . . . . .</b>	<b>128</b>
5.1	Einleitung . . . . .	128
5.2	Gefühle und Gedanken des Therapeuten. . . . .	128
5.3	Körperliche Erfahrungen und Empfindungen . . . . .	134
5.4	Trauer bei Professionellen . . . . .	136
5.5	Identität als Psychotherapeut im palliativmedizinischen Kontext . . . . .	137
5.6	Interdisziplinäre Kommunikation im institutionellen Kontext . . . . .	142
5.7	Reaktionen auf Kinder als Angehörige . . . . .	145
5.8	Rahmenbedingungen für eine Selbstfürsorge des Therapeuten . . . . .	146
	<b>Nachwort . . . . .</b>	<b>150</b>
	<b>Literatur . . . . .</b>	<b>152</b>
	<b>Stichwortverzeichnis. . . . .</b>	<b>162</b>



## Vorwort

Die Beratung von Todkranken, Sterbenden oder Trauernden ist eine höchst diffizile Aufgabe, unabhängig davon, ob es sich um Kinder, Jugendliche, Erwachsene oder alte Menschen handelt. Die Ausführungen in diesem Buch zentrieren sich darauf, dass die Betroffenen stets auch Mitglieder einer Familie sind. Das Intrapsychische und das Intrafamiliale, das vom Tod gezeichnete und das Überlebende überschneiden sich somit anhaltend. Viele Gesellschaften haben für diese Erlebnisbereiche Übergangsrituale geschaffen, um den Wandel von einem Lebensstadium in einen anderen zu erleichtern (Van Gennep, 1960/1908).

Was in unseren Ländern früher vorwiegend Aufgabe von Seelsorgern war, wird heute zunehmend auch von Psychiatern und Psychologen übernommen. Denn es ist nicht nur seelischer Schmerz, sondern auch eine auferlegte Neuanpassung damit verknüpft. Beides vermag unter ungünstigen Bedingungen Anlass zu Fehlentwicklungen geben.

Der Dialog mit Menschen, die sich in existenziellen Grenzsituationen wie Sterben oder Verlust von relevanten Beziehungspersonen befinden, verlangt ein besonderes Fingerspitzengefühl. Psychotherapeutisch orientierte Interventionen können jedoch, sofern sie zur geeigneten Zeit und in angemessener Form vermittelt werden, verhindern, dass Krisen sich vertiefen und Verluste zu seelischen Traumata werden.

Die beiden Autorinnen gründen ihre Ausführungen auf ihre klinisch-familien-therapeutische Erfahrung und die Ergebnisse eines europäischen, multi-zentrischen Forschungsprojektes. In den letzten Jahren versucht die Medizin den Beziehungsbereich zwischen existenziellen Ereignissen und dem ärztlichen Gespräch mit dem Thema der „medical humanities“ zu überbrücken.

Im vorliegenden Buch werden Verlusterfahrungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen durch die Erlebnisse von und mit Schwerstkranken, Sterbenden und Trauernden thematisch ergänzt. Die Psychodynamik der Betroffenen, der Helfenden und des daraus sich ergebenden Beziehungsnetzes bildet bei den monadischen, dyadischen und den polyadischen Grund-situationen den Hintergrund einer familienmedizinischen Behandlung, die im Angesicht existenzieller Bedrohung seelische Arbeit erfordert. Ohne ein Sich-Einlassen der Helfenden kann eine Beratungsarbeit in diesem Aufgabenfeld nicht geleistet werden.

Die regelmäßige und professionelle Tätigkeit in diesem Arbeitsfeld ist aber keinesfalls ungefährlich. Sie kann mit der Arbeit in einem hochinfektiö-

sen Feld verglichen werden. Denn die Identifizierung mit den Betroffenen bedarf sowohl eines eigenen Schutzes als auch einer nachfolgenden „Ent-Identifizierung“. Gerade eine solche Ent-Identifizierung ist hingegen leichter gesagt als getan. Zur Einfühlung in derartige Situationen braucht es nicht nur eine differenzierte Schulung, sondern es ist auch eine spezifische Form der Psychohygiene zur Selbstwiederherstellung unerlässlich. Die Gefahr einer unechten Gefühlsduselei auf der einen Seite findet ihren „contrepart“ in einem schematisch-kühlen Vorgehen auf der anderen. Das sorgfältige Steuern eines individuell-authentischen Kurses zwischen diesen beiden möglichst zu vermeidenden Polen bedarf spezifischer persönlicher Fähigkeiten und künstlerischer Fertigkeiten.

Die Trauerarbeit von Sterbenden und die der Überlebenden ist notwendigerweise unterschiedlich, ebenso die von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. So vermögen insbesondere kleine Kinder, den Schmerz über das verlorene, zentral bedeutungsvolle Gegenüber nicht schadlos zu ertragen, sofern ihnen nicht angemessene Ersatzpersonen zur Verfügung stehen und sie bei der Verlustverarbeitung unterstützen. Man kann hingegen davon ausgehen, dass ein erwachsener Mensch mit durchschnittlich guten innerseelischen Funktionsstrukturen mit der Fähigkeit ausgestattet ist, den Verlust von für ihn zentralen, bedeutungsvollen anderen Menschen unbeschadet ertragen zu können. Doch bilden die mannigfaltigen Möglichkeiten, eine pathologische Form der Trauer zu entwickeln (d. h. eine solche, die die weitere Entwicklung der Betroffenen wesentlich zu beeinträchtigen vermag, z. B. die Depression), eine konstante latente Bedrohung der seelischen Integrität. Je intensiver die Beziehung und Bindung auf der bewussten und unbewussten Ebene gewesen ist, desto ausgeprägter ist die Narbenbildung. Gerade beim Verlust eines eigenen Kindes können Gespräche mit Eltern, die den Tod ihres Kindes zum Inhalt haben, auch nach vielen Jahren noch mühelos erneut ausgeprägten seelischen Schmerz auslösen.

Das vorliegende Buch verlangt eine spezielle Art der Lektüre. Es ist kein übliches Lehrbuch, und es bietet keine vereinfachenden Beratungsmodule an. Aber es beschreibt anhand vieler Fallbeispiele mit einfühlsamer Sachlichkeit die Arbeit mit solchen Familien. Diese Beispiele sind aber nicht als Handlungsanleitungen zu verstehen, sondern sie stellen Erläuterungen dar, die den Lesenden sorgsam dabei unterstützen, den Text vertiefter zu verstehen. Auf diese Weise soll das Buch zur Anregung dienen, die eigenen Positionen vertieft zu reflektieren und persönliche Wege zu finden, wie selbst von einem zentralen Verlust Betroffene oder professionell helfende Personen mit solchen Grenzsituationen besser fertig werden können. Dies bedeutet, sich den seelischen Gewinn selbst erarbeiten zu müssen, dann aber auch über die Zufriedenheit zu verfügen, die ein solcher Eigenerwerb vermittelt.

Basel, im August 2012

*Dieter Bürgin*

# 1 Einführung

Wird eine Familie von Sterben und Tod eines ihrer Mitglieder betroffen, so bedeutet dies häufig eine tiefe Erschütterung des familiären Gleichgewichts. In der Familie wird jeder mit dem Tod konfrontiert, jeder *überlebt* irgendwann den Tod eines Familienmitgliedes, was nicht unbedingt bedeutet, dass Sterben und Tod *erlebt* werden. Das *Erleben* von Sterben und Tod gehört in unserer Gesellschaft nicht mehr zu den selbstverständlichen Lebenserfahrungen. Diesbezügliche Erfahrungen werden in Familien nicht mehr zuverlässig tradiert.

In Deutschland stirbt ca. 1 % der Bevölkerung pro Jahr (Statistisches Bundesamt, 2011). Wenn mit jedem Todesfall fünf Angehörige befasst wären, so wäre jeder 20. in der Bevölkerung ein aktuell von einem Todesfall Betroffener.

Das fachliche Interesse an dem Thema Sterben und Tod in Familien unterschiedlicher Kreise nimmt zu. Beratung und Begleitung von Familien, in denen ein Mitglied lebensbedrohlich erkrankt ist, werden immer häufiger nachgefragt. Das liegt zum einen daran, dass die Scheu, psychosoziale Beratungen oder psychotherapeutische Behandlungen in Anspruch zu nehmen, in der Bevölkerung gesunken ist und auch innerhalb des medizinischen Systems häufiger an entsprechende Fachleute verwiesen wird. Unterschiedliche Professionen entwickeln Ansätze zur Begleitung und zum Umgang mit Sterbenskranken, Trauernden und deren Familien (Ärzte verschiedener Fachrichtungen, Klinische Psychologen, Psychotherapeuten, aber auch Seelsorger, Familientherapeuten, ehrenamtliche Hospizhelfer und Trauerbegleiter sowie Bestatter). Gleichwohl belegen verschiedene Studien die mangelnde Beachtung von Angehörigen im medizinischen System, wengleich die Mehrzahl der Menschen im Krankenhaus stirbt. Ärzte haben häufig das Gefühl, mehr kommuniziert zu haben, als es tatsächlich der Fall ist, insbesondere mit Angehörigen. So empfanden Ärzte nach einer Untersuchung von Becker et al. (2010), dass sie 7-mal länger mit Angehörigen gesprochen hatten als es in der Studie tatsächlich gemessen wurde. In einer Befragung gaben 50 % der Angehörigen an, dass sie gerne an den Visiten teilnehmen würden und 21 % hätten gerne Familiengespräche zusammen mit behandelnden Ärzten und dem erkrankten Familienmitglied (Hartmann et al., 1999).

Auch der Umgang von Kindern und Jugendlichen mit Sterben und Tod gerät zunehmend in den Fokus der allgemeinen Aufmerksamkeit. Die Literaturlisten von Kinder- und Jugendbüchern zu diesem Thema werden immer länger, es werden Zentren für trauernde Kinder eingerichtet, in Hospizen

**Beratung und Begleitung von Familien Sterbenskranker und Trauernder werden häufiger nachgefragt**

**Angehörige werden im medizinischen System immer noch zu wenig beachtet**

**Kinder als Angehörige Sterbender und Trauernder**

für Erwachsene existieren Spielzeugangebote. Die Kinderkommission des Deutschen Bundestages verfasste im November 2011 eine Stellungnahme zur Situation trauernder Kinder in Deutschland.

**Emotionale  
Bedeutung von  
Verlust in der  
Kindheit gesell-  
schaftlich kaum  
anerkannt**

Die Bedeutung von Verlusterfahrungen in der Kindheit wird häufig von den Erwachsenen, die diese Kinder und Jugendlichen begleiten, verleugnet. Dies gilt zumindest für diejenigen Kinder, die wegen verschiedener Symptombildungen psychotherapeutische Hilfe – oft viele Jahre nach einem erlittenen Verlust – in Anspruch nahmen (Lang-Langer, 2009). „Es gibt keine gewachsene gesellschaftliche Anerkennung von Trennung und Verlust in der Kindheit. ... es gibt eine Art von flachem Bewusstsein über diese Vorgänge. Die Flachheit besteht darin, dass etwas zwar faktisch anerkannt, aber nicht gefühlt werden kann ...“ (ebd. S. 10).

**Verunsicherung  
als Therapeutin-  
nen durch Fra-  
gen Betroffener**

Im Rahmen unserer klinischen Tätigkeit in einer Beratungsstelle für „Kinder körperlich kranker Eltern“ wie auch in einer psychotherapeutischen Praxis für Kinder und Erwachsene haben wir langjährige Erfahrungen mit Familien in diesen Krisensituationen gesammelt, die wir zugänglich machen möchten. Zuallererst führte eine Auseinandersetzung und Reflexion unserer eigenen Erfahrungen, Annahmen, Ängste und Schwierigkeiten im Kontakt mit Familien, in denen ein Mitglied sterbenskrank oder verstorben war, zu einer vertieften Auseinandersetzung mit Trauerprozessen bei Erwachsenen und Kindern sowie verschiedenen klinischen und theoretischen Konzepten. Wir waren überrascht, dass etwa ein Drittel der Familien, die unsere Beratung aufsuchten, ein sterbenskrankes oder verstorbenes Familienmitglied hatte. Die Lebenssituationen, in denen diese Familien standen und die Fragen, die sie uns stellten, berührten und verunsicherten uns sehr und lösten eine intensive Beschäftigung mit medizinischen und ethischen Fragen aus. So fragte beispielsweise ein Vater, der seinen 4-jährigen Sohn mit auf die Intensivstation zu dessen sterbender Mutter nehmen wollte, obwohl die Intensivärzte davon abrieten, nach unserer Einschätzung. Oder ein anderer Vater, dessen Frau nach einer Operation durch unerwartete Komplikationen für hirntot erklärt wurde, erkundigte sich, ob er und seine 15-jährige Tochter bei der Beendigung der Beatmung dabei sein müssen. Andere Eltern meldeten sich unmittelbar nach der Diagnosestellung einer Krebserkrankung, über die sie nach der Frage der Kinder ob der Erkrankte versterben könne, mit ihren Kinder gesprochen hatten. Trauernde Mütter verstorbener Kinder suchten Beratung, weil sie sich ihre eigenen Körpersymptome nicht erklären konnten und den Eindruck hatten, „verrückt zu werden“.

**Angst der Hel-  
fer, sich zu viel  
zuzumuten**

Die Angst vor Sterben und Tod als auch die Sehnsucht nach einem guten Abschied sowie Intensivierung der Beziehungen und Verstehensmöglichkeiten betrifft die Professionellen wie die Hilfesuchenden. Beide Seiten müssen sich mit der Angst, sich zu viel zuzumuten, auseinandersetzen. Die Vermeidung schmerzhafter Themen schützt nicht, sondern macht einsam – in Familien wie auch in Teams. So wandten sich auch Ärzte, Psychoon-

kologen und Hospizmitarbeiter wegen Konflikten und Dilemmata mit Familien Sterbender an uns oder schickten die Familien. Es kam häufig zu solchen Überweisungen, wenn Eltern mit ihren minderjährigen Kindern nicht über den unmittelbar bevorstehenden Tod sprechen wollten. Ärzte sprachen uns auch direkt an und baten, bei der Mitteilung der Unheilbarkeit einer Erkrankung an die Familie dabei zu sein. Eine Allgemeinärztin wollte wissen, wie sie die Familienangehörigen einer jungen Mutter, deren Kind bei einem Unfall starb und die wegen anhaltender Schmerzen immer wieder in die Praxis kam, einbeziehen könne. In Supervisionen und Seminarangeboten zu familienmedizinischen und psychoonkologischen Themen waren es insbesondere die häufigen Fragen der Kollegen zur familienorientierten Begleitung am Lebensende, die ausschlaggebend für die Ausarbeitung des vorliegenden Buches wurden. So fragte sich ein junger Arzt, ob er für den Beruf geeignet sei, nachdem er auf einer Station viele Sterbesituationen erlebt und begleitet hatte und er innerlich von den Erlebnissen nicht mehr los kam. Eine Psychologin überlegte, wie sie es im Krankenhaus erreichen könne, dass sie nur eine begrenzte Anzahl von Familien mit Sterbenden begleiten muss. Ein psychoonkologisches Team beschäftigte die Frage, wie es mit seiner Trauer um verstorbene Patienten umgehen kann.

Unsere klinisch ausgerichteten Darstellungen entwickelten wir als Erweiterung des Hamburger COSIP-Konzeptes (Romer & Haagen, 2007), an dessen Entwicklung Miriam Haagen maßgeblich beteiligt war. Eine erste Darstellung erfolgte in dem Buchkapitel „Kann Papa jetzt aufhören tot zu sein“ (Haagen & Romer, 2006). Wir verstehen unsere Beratungen und psychotherapeutischen Interventionen auch als traumapräventive Maßnahmen (Fischer & Riedesser, 2003, S. 353) für Familien mit Sterbenden. Fähigkeiten und Kenntnisse, die in Begleitungen von Sterbenskranken, Trauernden und ihren Familien benötigt werden, werden in der medizinischen Aus- und Weiterbildung und in psychotherapeutischen Weiterbildungen allenfalls am Rande vermittelt. Auch in der psychotherapeutischen Literatur nimmt Sterbebegleitung einen eher kleinen Raum ein. Ausführungen zum Umgang mit realen Verlusten in der Psychotherapie sind eher allgemein gehalten. Die Unwissenheit und Unerfahrenheit zur Beziehungsgestaltung mit Betroffenen am Lebensende führt zu einem großen Bedürfnis nach möglichst konkreten Handlungsanweisungen. Der Umgang mit Sterbenskranken und ihren Familien ist komplex und verlangt eine besondere Flexibilität, sodass uns eine Manualisierung der Beratung nicht möglich erscheint. Um einen Einblick in unsere Praxis zu geben, wird die Beschreibung des klinischen Vorgehens bzw. „typischer“ Situationen anhand zahlreicher Fallbeispiele aus Beratungen, Behandlungen und Supervisionen illustriert. Die Ausschnitte sind verfremdet und verdichtet, um die den Familien zugesagte Vertraulichkeit zu gewährleisten.

Wir verwenden mehr oder weniger willkürlich als grammatische Allgemeinbezeichnungen entweder die männliche oder weibliche Form (z. B. Therapeutin oder Therapeut).

**Traumapräventive  
Maßnahmen  
für Familien**