

Persönliche PDF-Datei für Miriam Haagen

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

„Geht denn das noch zu verarbeiten?“ Familien- orientierte Psychotherapie mit Angehörigen von Sterbenskranken und Trauernden

DOI 10.1055/a-0644-6358

PiD – Psychotherapie im Dialog 2019; 20: 55–60

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Verlag und Copyright:

© 2019 by
Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
ISSN 1438–7026

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags



„Geht denn das noch zu verarbeiten?“ Familienorientierte Psychotherapie mit Angehörigen von Sterbenskranken und Trauernden

Miriam Haagen

Der bevorstehende Tod eines nahen Angehörigen oder ein bereits eingetretener Verlust eines Familienmitglieds durch Tod ist häufig Anlass für Erstgespräche in der Psychotherapie. In manchen Fällen liegen die Verluste schon Jahre zurück, in anderen nur Tage oder Wochen. Ein Überblick über die Möglichkeiten, Betroffene familienorientiert in Palliativ- und Trauersituationen zu begleiten.

„Jeder Tod ist Ausdruck einer einzigartigen Erfahrung der gesamten Familie und jedes einzelnen Beteiligten. Jeder hat seinen eigenen privaten Tod. Ein Kern menschlicher Existenz besteht darin, dass wir nicht in der Lage sind, dem anderen seinen Tod abzunehmen.“ (Lea Baider)

Verlust wieder mehr Spielraum erhält. Damit wird auch die Mentalisierungsfähigkeit der Familie gestärkt.

Merke

Im Familienleben ist der Tod gegenwärtig; jeder überlebt irgendwann den Tod eines Familienmitglieds.

Sterben, Tod und Trauer und familiärer Kontext

Sterben und Tod eines Familienmitglieds bedeuten häufig eine Erschütterung des familiären Gleichgewichts – unter anderem, weil die Sorge- und Trauerarbeit der Familienmitglieder sehr verschieden sein kann. In jeder Familie gibt es Vertreter verschiedener Generationen und ihre Beziehungen zum sterbenden oder verstorbenen Familienmitglied wie auch untereinander können sehr unterschiedlich sein.

Gleichzeitig führen häufig die Sorge um das erkrankte Familienmitglied oder die Planung der Abschiedsrituale einzelne Familienmitglieder näher zusammen. Es müssen Entscheidungen getroffen werden, was das Zusammenhörigkeitsgefühl der Familie stärken kann. Dabei können auch Schwierigkeiten entstehen, die einzelne langanhaltend belasten können.

Jeder erlebt irgendwann den Tod eines Familienmitglieds. In den meisten Fällen werden Verlusterfahrungen bewältigt und führen nicht zu krankheitswertigen Störungen [1], weil wir Menschen die Fähigkeit zu trauern besitzen. Belastende Erfahrungen – insbesondere in der Kindheit – können zu Trauerstörungen führen. Dann steht depressives Erleben im Vordergrund, häufig ausgelöst durch die Unfähigkeit, die sehr schmerzhaften Gefühle zu ertragen und durchzustehen [2]. Gleichwohl können Ressourcen und Resilienzfaktoren dazu beitragen, dass trotz schwieriger Ausgangsbedingungen vieles gut wird.

Familienorientiert arbeitende Psychotherapeuten können helfen, dass die Familie trotz der Erschütterung durch den

Das Thema berührt uns alle

Das Thema berührt alle, auch PsychotherapeutInnen sind davon nicht ausgenommen, aber in den verschiedenen Weiterbildungen kommt es bisher nur am Rande vor. Themenbezogene Selbsterfahrung, wie sie von Vogel [3] vorgeschlagen wird, findet sich eher bei Ausbildungen in Sterbe- und Trauerbegleitung.

In den existenziellen Themen sind Patientin und Therapeutin über ein gemeinsames Schicksal verbunden und wirken darin aufeinander ein [4]. Dabei gehören Todesthemen im weitesten Sinn zum Kontext jedes Menschen.

In einigen medizinischen Fächern wird dem Kontext der Patienten größere Bedeutung zugemessen als in anderen Fächern. Dazu gehören beispielsweise die Kinder- und Jugendmedizin, die Kinder- und Jugendpsychiatrie oder die Palliativmedizin. Die Einbeziehung der Familienangehörigen als „unit of care“ in der Palliativmedizin ist von der WHO schon 2002 gefordert worden.

Konsequent familienorientiertes Arbeiten bedeutet, dass die Perspektiven der verschiedenen Familienmitglieder einbezogen werden, auch dann, wenn diese nicht an den Gesprächen teilnehmen. Die Kurzformel „think family“ bringt diese Haltung auf den Punkt. Dabei gilt es zu bedenken, dass Werte und Haltungen zu Gesundheit, Krankheit und Tod insbesondere in Familien (auch der der Helfenden!) tradiert werden. Ein kultursensibles Arbeiten in diesem Feld erfordert spezielle Kenntnisse und Fähigkeiten [5].

Familien im medizinischen Kontext

Bei vielen chronischen Krankheitsverläufen kommt es zu einer verlängerten palliativen Phase, in der Familienangehörige mit dem Sterben rechnen (müssen), aber das eigentliche Sterben mitunter monatelang nicht eintritt. Familienmitglieder pendeln dabei emotional in unterschiedlichen Rhythmen zwischen Verzweiflung, Akzeptieren des Abschieds und Hoffnung auf „ein Wunder“. Dies fordert besondere Flexibilität und Veränderung (s. a. [6]), aber auch die Fähigkeit, Leid zu ertragen und auszuhalten.

Familienangehörige stellen häufig die Kontinuität der Versorgung sicher, sprechen mit medizinischen Personal, Haus- und FachärztInnen und natürlich auch untereinander. Konflikte zwischen Mitgliedern der Familie können sich in diesen Prozessen durch die gemeinsame Sorge und Tätigkeit beruhigen oder besonders aufflammen.

Die emotionalen Bedürfnisse von Sterbenden nach Nähe und Zugehörigkeit macht sie besonders empfindlich für das Beziehungsverhalten anderer [7]. Auch können heftige Gefühle als Reaktionen auf die Unabwendbarkeit des eigenen Schicksals auftreten und auf andere übertragen werden. Dazu gehört auch die Trauer des Sterbenden um das Ende seines Lebens.

Merke

Familien mit einem palliativ erkrankten Familienmitglied benötigen eine besondere Fähigkeit, Leid zu ertragen, wie auch für Veränderungsprozesse in der Familie.

Schwere Verlusterfahrungen in der Lebensgeschichte der Betroffenen

Besondere Bedeutung haben traumatisierende Verluste Erfahrungen in der Kindheit einzelner Familienmitglieder, die durch den aktuell bevorstehenden Verlust reaktiviert werden und Anlass für spezielle Befürchtungen geben können. Dass diese Befürchtungen im Zusammenhang mit den früheren Erfahrungen stehen könnten, ist Betroffenen oft nicht bewusst.

FALLBEISPIEL: FRÜHERE UND AKTUELLE ERFAHRUNGEN (I)

Ein Patient, der mit einem Bronchialkarzinom auf der Palliativstation liegt, wird vom Pflegepersonal immer wieder aufgefordert, mit der Psychoonkologin zu sprechen. Das Pflegepersonal ist beunruhigt, weil seine 2 Kinder im Grundschulalter, die ab und zu zu Besuch kommen, nicht über die schlechte Prognose informiert sind. Er möchte das auf keinen Fall: „Ich will kein palliatives Gerede!“ Daraufhin wendet sich das Pflegepersonal an seine Ehefrau.

„Sie haben richtig Druck gemacht, dass ich hierherkomme!“, sagt sie der Psychotherapeutin im Erstgespräch.

Im Gespräch über ihre Familiengeschichte erfährt die Therapeutin, dass die Mutter ihres Ehemanns starb, als er 16 Jahre alt war. Die Mutter habe viele Jahre an einer neurologischen Erkrankung gelitten. Ihr Mann habe über den Tod seiner Mutter niemals gesprochen. Sie selbst habe von ihrer Mutter immer wieder zu hören bekommen: „Geh nicht zu Verstorbenen!“ Ihre Mutter war als Jugendliche aufgefordert worden, eine verstorbene Patientin, die aufgebahrt war, zu küssen. Ihr Mann und sie haben sich kurz nach dem Tod seiner Mutter kennengelernt und seien seitdem zusammengeblieben.

Beim Sprechen über die Erkrankung ihres Mannes hätten sie das Wort Krebs vermieden. Ihr 6-jähriger Sohn habe auf die Aufklärung, der Vater habe einen Tumor, gesagt: „Papi, zum Glück hast du keinen Krebs, denn daran kann man ja sterben!“

Sie selbst habe Zeit ihres Lebens Angst davor gehabt, dass ihr Mann oder ihre Mutter sterben könnten. Sie fürchte, dass ihr Mann jetzt so krank sei, weil sie immer daran gedacht habe (ausgeführt in [6] auf S. 67).

Die belastenden Vorerfahrungen in der Herkunftsfamilie verunmöglichten das offene Gespräch in der aktuellen Familie. Die Aussage des Sohnes („Zum Glück hast du keinen Krebs!“) drückt in der verneinenden Form das kindliche Wissen um die Ernsthaftigkeit der Erkrankung aus und ermöglicht gleichzeitig den Eltern, ihr Kind zu belügen. Das Kind passt sich den Bedürfnissen der Eltern an. Auch die Ehefrau hat sich jahrzehntelang an das Schweigegebot der Herkunftsfamilien gehalten, über Sterben und Tod nicht zu sprechen. Jetzt beschäftigte sie die Frage, ob ihre Empfindungen „normal“ seien oder ob sie „verrückt“ sei, weil das Pflegepersonal so auf eine psychotherapeutische Mitbehandlung gedrungen habe.

Die objektivierbaren Aspekte von *Krankheit* und die subjektiven Aspekte des Erlebens von *Kranksein* unterscheiden sich bei Familienmitgliedern. Wenn die diesbezüglichen Empfindungen und das Erleben unausgesprochen bleiben müssen, kann das einzelne sehr quälen und in der Partnerschaft und im Familienleben ein Gefühl von Einsamkeit auslösen.

Nicht jeder Krise liegt eine psychische Erkrankung zugrunde. Ich halte es für sehr wichtig, dies den Betroffenen zu erklären, insbesondere, wenn sie zur Psychotherapie geschickt werden. Die Ausweglosigkeit der lebensbedrohlichen Erkrankung kann bewusste oder auch unbewusste Konflikte auslösen, die dazu führen, sich handlungsunfähig

zu fühlen. Familienorientierte Kriseninterventionen können in diesen Situationen hilfreich und beruhigend wirken.

Merke

Belastende Verlusterfahrungen in der Herkunftsfamilie können das offene Gespräch in der aktuellen Familie verunmöglichen.

FALLBEISPIEL: FRÜHERE UND AKTUELLE ERFAHRUNGEN (II)

Bereits im Erstgespräch, als die Ehefrau merkt, dass die Therapeutin sich für ihre Familiengeschichte interessiert, sprudeln aus ihr die verschiedensten Geschichten aus unterschiedlichen Generationen ihres und ihres Ehemanns Familienleben. Daraus ergeben sich am Ende des Gesprächs bereits Antworten auf ihre Frage, ob die Kinder vom erwarteten Tod ihres Vaters erfahren sollten. Aber *wie* mit ihnen sprechen? Das Angebot eines gemeinsamen Gesprächs nimmt sie gern an. Eine Woche später kommt sie mit ihrem Sohn (6 Jahre) und ihrer Tochter (9 Jahre) zum Familiengespräch.

Das Familiengespräch in der Medizin

In der medizinischen Familientherapie steht die Krankheit und wie sie erlebt wird im Vordergrund – und nicht familiäre Konfliktmuster wie in der psychotherapeutischen Familientherapie [8]. Die angemessene Erfassung psychischer Belastungen einzelner Familienmitglieder inklusive des Erkrankten selbst setzt neben psychotherapeutischen Kenntnissen auch eine Einschätzung der durch die Erkrankung und deren Behandlung verursachten körperlichen Beschwerden voraus. Ferner werden bei der Einbeziehung minderjähriger Kinder Kenntnisse über deren kognitive und emotionale Entwicklung insbesondere in Bezug auf Körperfunktionen, Krankheit, Sterben und Tod erforderlich (Übersicht bei [6]).

Diese Kenntnisse und Erfahrungen ermöglichen eine größere Offenheit im Familiengespräch in dem Sinn, dass die Moderatorin des Gesprächs weniger Ängste oder Befürchtungen vor dem hat, was im Familiengespräch geäußert werden könnte.

Einladung zum Familiengespräch

Die Einladung zu einem Familiengespräch in einer existenziellen Krisensituation der Familie kann als zusätzliche Verunsicherung aufgefasst werden. Deshalb ist es wichtig, die Bedeutung des Familiengesprächs als symptomunabhängige, präventive Maßnahme in einer potenziell traumatisierenden Lebenssituation darzustellen.

EINLADUNG ZU EINEM FAMILIENGESPRÄCH – BEISPIEL

„Wir wissen von vielen Familien, wie belastend es für alle Familienmitglieder ist, wenn einer von Ihnen sterbenskrank ist. Das geht vielen Familien so. Viele haben Angst, etwas Falsches zu sagen oder für den anderen eine Belastung darzustellen. Nach unseren Erfahrungen kann es guttun, im Rahmen eines Familiengesprächs an einem neutralen Ort und mit einer Moderatorin die Fragen, Sorgen und Ängste der einzelnen einmal zu besprechen. Wir gehen nicht davon aus, dass Ihre Familie psychisch krank ist, sondern dass bei Ihnen eine normale Belastung in einer unnormalen Situation besteht.“

Mögliche Ziele von Familiengesprächen

Ziele von Familiengesprächen können sein:

- Anerkennung dafür schaffen, was die Familie in dieser Situation für eine „emotionale Schwerstarbeit“ [9] leistet.
- Vorhandene Familienrituale erfassen, Wünsche und Ideen für neue entwickeln. Dazu gehört auch, wer wann und wie mit dem Sterbenden zusammen sein will.
- Versuchen, sich die Wünsche und Bedürfnisse des Sterbenden vorzustellen.
- Klärung darüber, wer wann wen über was informiert bzw. informiert und beteiligt werden möchte.
- Dafür Sorge tragen, dass alle Betroffenen altersentsprechend verstehen, was gerade los ist.
- Ängste, Sorgen, Befürchtungen, Zweifel aussprechen dürfen, ohne dass sie gleich kommentiert oder einem ausgedet werden müssen.
- Erzählungen über die Bewältigung vorangegangener Krisen anregen.

Merke

Die Einladung zu einem Familiengespräch kann Stigmatisierungsangst auslösen.

Jüngere Kinder oder Jugendliche miteinbeziehen

Immer wieder sind Erwachsene überrascht, wieviel sich ihre Kinder innerlich mit Sterben und Tod befassen – selbst dann, wenn sich niemand in einer palliativen Situation befindet.

FALLBEISPIEL: ÄNGSTE DER KINDER (VERÖFFENTLICHT IN [10])

Eine Mutter von 3 Töchtern im Alter von 4, 6 und 8 Jahren erkrankt an Brustkrebs. Gemeinsam mit ihrem Mann erklärt sie den Kindern, dass sie ins Krankenhaus muss, die Kinder sich aber nicht sorgen müssten, sie käme nach ein paar Tagen wieder nach Hause. Am Morgen der Abfahrt ins Krankenhaus erklärt die Älteste beim Frühstück: „Ich habe einen Alptraum gehabt. Aus Versehen haben die Ärzte nicht den Knoten in der Brust, sondern das Herz herausoperiert und Mama ist gestorben.“ Die Eltern wenden sich sehr erschrocken mit der Frage an eine Psychotherapeutin, ob ihre Tochter traumatisiert sei. Im psychotherapeutischen Beratungsgespräch beider Eltern wird deutlich, dass die Eltern den Kindern die Krankheit ganz gut erklärt haben, aber die emotionale Bedeutung, insbesondere ihre eigene Angst, bewusst heruntergespielt haben, um die Kinder nicht zu beunruhigen. In dem Gespräch können sie beruhigt werden, dass das Familienklima derart offen sei, dass ihre Tochter so unbefangen ihren Alptraum erzählen konnte. Außerdem wird beiden Eltern deutlich, dass ihre Kinder die Gefühle ihrer Eltern aufnehmen – auch dann, wenn sie nicht ausgesprochen werden.

In einem Familiengespräch mit minderjährigen Kindern ist es wichtig, dass die Moderatorin die Namen und das Alter der Kinder vorher weiß und sie aktiv – wie die Erwachsenen – begrüßt. Hilfreich ist, ein wenig Spielzeug und Malutensilien auf dem Tisch zu haben, damit sich die Kinder nebenbei beschäftigen können. Sie hören trotzdem zu! Einige Fragen, mit denen man die Kinder oder Jugendlichen ansprechen könnte:

- Hast du Fragen zu der Krankheit und allem, was mit ihr zusammenhängt?
- Mich interessiert deine Sicht: Was klappt gut zu Hause? Was ist schwierig?
- Wenn du Ärzte beraten könntest, was würdest du ihnen sagen, was Familien mit Kindern in so einer Situation brauchen?
- Was würdest du sagen, was Kinder brauchen oder sich wünschen?

FALLBEISPIEL: FRÜHERE UND AKTUELLE ERFAHRUNGEN (III)

Die Mutter kommt mit ihren beiden Kindern und wirkt sichtlich nervös. Während sich der Sohn neugierig nach dem Spielzeug umschaut, bleibt die Tochter nah bei der Mutter und blickt zu Boden. Die Therapeutin eröffnet das Gespräch mit einer Würdigung, dass alle mitgekommen seien, wie die

Fahrt gewesen sei, was sie sonst am Nachmittag gemacht hätten. Die Tochter sagt, sie habe noch ganz viele Hausaufgaben. Der Junge fragt, ob er zum Spielzeug gehen könne, aber seine Mutter bittet ihn dazubleiben und sich auf einen Stuhl zu setzen. Die Therapeutin fragt zunächst nach Neuigkeiten aus dem Krankenhaus, wie es dem Vater gehe, wann sie ihn zuletzt besucht hätten usw. Der Sohn beginnt lebhaft zu erzählen, dass der Vater so gelbe Haut habe und immer so viel schlafe. Er möchte wissen, wann er endlich gesund werde und aus dem Krankenhaus komme. Daraufhin guckt die Tochter hoch, verdreht die Augen und schaut die Mutter an. Nach einem fragenden Blick zur Therapeutin beginnt die Mutter vorsichtig zu erzählen, dass man nicht wisse, ob der Papa wieder gesund werde. Es wird deutlich, dass die Kinder nicht wirklich überrascht sind und fast erleichtert wirken, dass jetzt darüber gesprochen werden kann. Sie lassen sich von der Mutter versprechen, dass sie ihnen Bescheid sagt, wenn der Papa sterben sollte. Der Sohn steht auf, geht zum Spielzeug und widmet sich am Boden den Autos, während die Tochter ein bisschen weint und sich an die Mutter kuschelt. Auf die Frage, ob sie noch einmal zusammen wiederkommen wollen oder Mama allein, antwortet die Tochter: „Mama allein!“ In 3 weiteren Einzelgesprächen mit der Mutter in größeren Abständen vor und nach dem Tod ihres Ehemanns gelingt es, dass die Mutter sich besser in die Perspektiven ihrer Kinder einfühlen kann. Sie berichtet, sie würden jetzt auch zusammen weinen, aber in anderen Momenten auch fröhlicher zusammen spielen. Die Mutter nutzt die Gespräche, um ihre Fragen zum Abschied, der Beerdigung und dem Sprechen mit Dritten (z. B. in der Schule) für sich zu klären. Dabei ist es für die Therapeutin hilfreich, die Kinder kennen gelernt zu haben.

Merke

Kinder und Jugendliche beschäftigen sich innerlich häufig viel mehr mit Sterben und Tod, als Erwachsene denken.

Trauer in Familien

Es gehört zur gesunden Trauerreaktion, dass die inneren Beziehungen zu dem Verstorbenen zunächst verstärkt werden. Wie mit einem Scheinwerfer werden Erinnerungen und Beziehungserfahrungen innerlich beleuchtet. Diese Intensivierung der inneren Beziehung zum Verstorbenen kann die große Unterschiedlichkeit der Beziehungen, die die Familienmitglieder zum Verstorbenen haben, besonders hervorbringen. Das wiederum führt manchmal zu Missverständnissen und Streit in der Familie.

BEISPIEL: UNWIRKLICHE GEFÜHLE (VERÖFFENTLICHT IN [11])

„Können Menschen, die nur scheinbar tot sind, sich noch wehren, wenn sie verbrannt werden sollen, ich meine, würde man ihr Schreien hören?“, fragt ein 15-Jähriger ganz sachlich. Seine Mutter ist nach langer Krebserkrankung gestorben und er wurde von seinem Vater zur Beratung angemeldet, weil die Gespräche über die bevorstehende Beisetzung zu Streit geführt hatten.

Die Therapeutin fragt, wie er auf diese Frage gekommen sei. „Ja, ich hab mal gelesen, dass eine Frau mit 60 umgefallen ist und war tot. Dann ist sie nach 2 Wochen wieder aufgewacht und hat noch bis zu ihrem 90. Lebensjahr gelebt.“ „Wo hast Du das gelesen?“ Seine Antwort: „Im Internet. Ich habe bei Google eingegeben: ‘Können Menschen nach dem Tod wieder leben?’ Da kommen natürlich ganz viele Antworten, im Herzen und so, aber da wurde dann auch dieser Fall beschrieben.“ Er wolle wissen, was auf ihn zukomme, ob das unwirkliche Gefühl, Mama sei gar nicht tot, obwohl er wisse, dass sie tot sei, sich noch verändere. Er möchte wissen, durch welche Phasen er gehen wird.

Der Junge kommt zu einem zweiten Gespräch und berichtet von der Seebestattung seiner Mutter, an der er jetzt doch teilnehmen konnte. Allerdings habe ihn das Schweigen gestört. Er erzählt in aller Ausführlichkeit, was er in welchem Moment genau gefühlt und gedacht hat, was die Therapeutin mit großer Anteilnahme anhört.

Merke

In Familien trauert jeder anders.

FAZIT

Familienorientierung ist für alle medizinischen Fächer wünschenswert, auch für den Patienten [12], weil viele Kranke überwiegend von Familienmitgliedern versorgt werden. Familienorientierung bedeutet, dass die Perspektiven nahstehender Familienmitglieder miteinbezogen werden, z. B. durch ärztlich oder psychotherapeutisch moderierte Familiengespräche.

Die Tiefe der Bedeutung von Verlusterfahrungen in der Kindheit wird häufig von den Erwachsenen verkannt. So entwickeln sich bei den Betroffenen bisweilen seelische Narben, die lange Jahre unbeachtet bleiben und erst bei einer erneuten Verlusterfahrung oder Lebenskrise wieder aufbrechen. Therapeutisch oder ärztlich moderierte Familiengespräche in der Medizin bieten ein Modell für eine offene Kommunikation über schwierige und existenzielle Themen, das nicht nur den Familien helfen, sondern auch die Behandelnden bereichern kann.

Interessenkonflikt

Die Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Miriam Haagen

Dr. med. Kinderärztin, Ärztliche Psychotherapeutin (TP) für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, psychoanalytische Paar- und Familientherapeutin, MBT-A Praxitioner und Supervisorin, Balintgruppen-Leiterin,

Dozentin. 1999–2004 maßgeblich am Aufbau der Beratungsstelle und dem Forschungsprojekt „Kinder körperlich kranker Eltern – COSIP“ am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf beteiligt. Seit 2005 niedergelassen in Hamburg. Leiterin des Curriculums psychosomatische Grundversorgung der Ärztekammer Hamburg. Lehrauftrag im postgradualen Masterstudiengang Psychologie und Psychotherapie der Familie, Psychologische Hochschule Berlin.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Miriam Haagen

Bredeneschredder 4a
22395 Hamburg
praxis@miriam-haagen.de

Literatur

- [1] Kersting A, Brähler E, Glaesmer H, Wagner B. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *J Affective Disorders* 2011; 131: 339–343
- [2] Küchenhoff J. Depression. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2017
- [3] Vogel R. Todesthemen in der Psychotherapie – ein integratives Handbuch zur Arbeit mit Sterben, Tod und Trauer. Stuttgart: Kohlhammer; 2012
- [4] Vogel R. Schicksal und Psychotherapie – Therapieschulübergreifende Anregungen. Heidelberg: Springer; 2014
- [5] Surbone A, Baider L. Personal values and cultural diversity. *J Med Person* 2013; 11: 11–18
- [6] Haagen M, Möller B. Sterben und Tod im Familienleben – Beratung und Therapie von Angehörigen von Sterbenskranken. Göttingen: Hogrefe; 2013
- [7] Köhle K, Simons C, Kubanek B. Zum Umgang mit unheilbar Kranken. München: Urban & Schwarzenberg; 1990
- [8] McDaniel S, Hepworth J, Doherty W. Medical Family Therapy: A biopsychosocial approach to families with health problems. New York: Basic Books; 1992
- [9] Riedesser P. Persönliche Mitteilung, 2001
- [10] Haagen M. „Kann ich deinen Krebs mal sehen?“ Kinder mit schwerkranken Familienangehörigen. *KiTa aktuell* spezial 4.2018
- [11] Haagen M. Mit dem Tod leben – Kinder achtsam in ihrer Trauer begleiten. Stuttgart: Kohlhammer; 2017
- [12] Becker G et al. Four Minutes for a patient, twenty seconds for a relative – an observational study at a university hospital. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 94

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0644-6358>
PiD - Psychotherapie im Dialog 2019; 20: 55–60
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 1438–7026