

34. Psychiatrietage Königsutter Psychische Störungen und Familie

"Und jetzt habe ich das Gefühl zu verschwinden, wo mein Vater nicht mehr ist."

Erfahrungen mit dem Projekt "Internettherapie für Hinterbliebene nach dem Verlust eines nahestehenden Menschen durch Suizid"

Dr. Christine Kündiger



Gliederung

- Zahlen zum Thema Suizid
- Trauer
- Internettherapie für Hinterbliebene nach dem Verlust eines nahestehenden Menschen durch Suizid

- in Deutschland starben im Jahr 2013 10.076 Menschen durch Suizid

(Bundesamt für Statistik)

- ca. 1 Millionen Menschen sterben pro Jahr durch Suizid

→ aller 40 Sekunden stirbt ein Mensch durch Suizid

(World Health Organization, 2014)

- weltweit die zehnthäufigste Todesursache

(Hawton & van Heeringen, 2009)

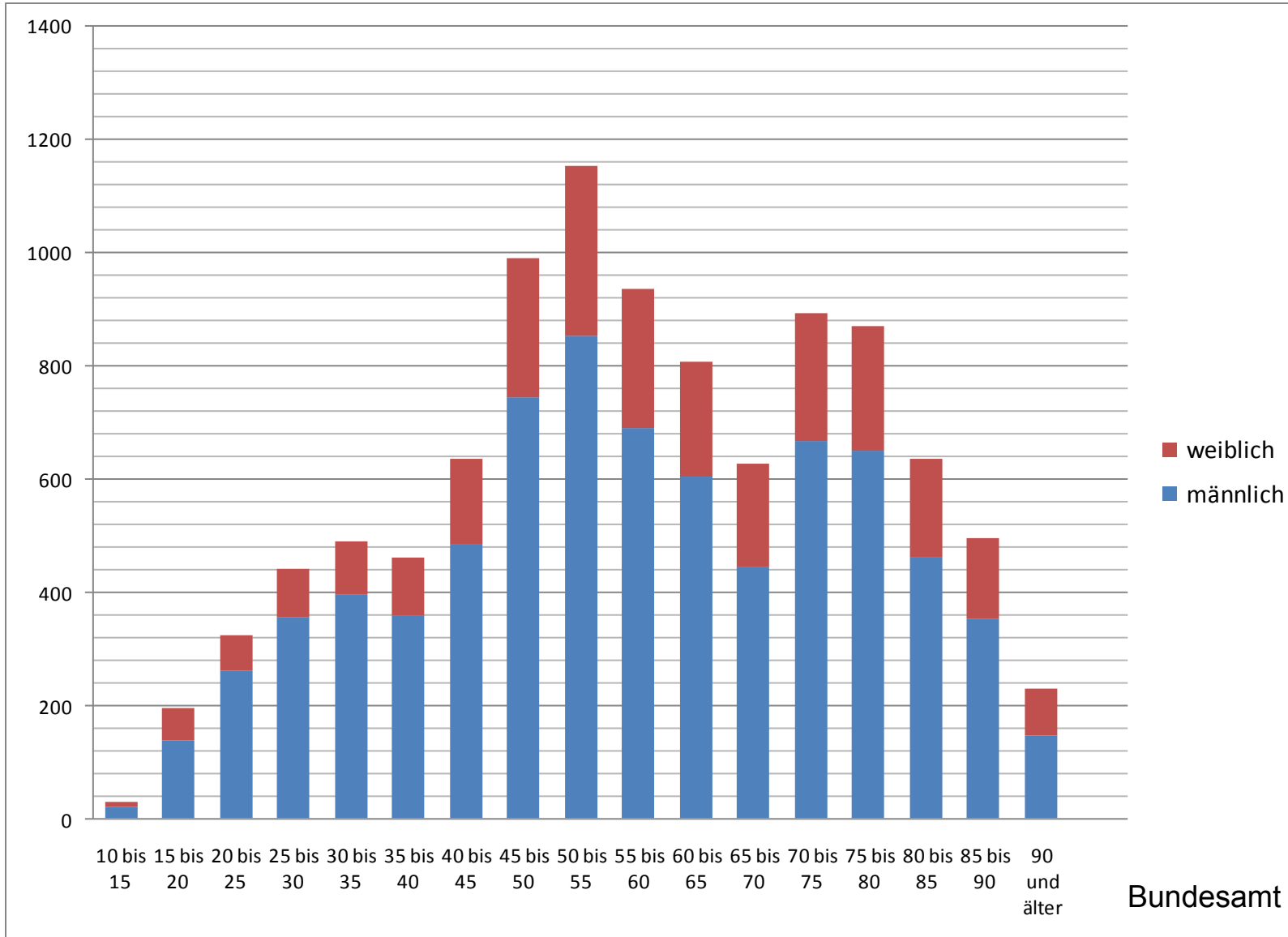
- Männer:Frauen-Verhältnis für vollendete Suizide 2-4:1

(Hawton & van Heeringen, 2009)

- von einem Suizid sind ca. sechs bis zehn Menschen aus der Familie, dem Freundeskreis und anderen engen Beziehungen betroffen

(Cerel et al., 2013)

Medizinische Fakultät



Bundesamt für Statistik 2014

- Familiengeschichte mit vollendeten Suizid erhöht das Suizidrisiko (Qin 2002)
insbesondere mütterlicherseits (Agerbo et al.2002)
- 15-30% der Personen, die einen Suizidversuch begehen, haben
Verwandten mit ebenfalls Suizidversuch (Nakagawa et al. 2009)
- Multifaktorielle Erklärung (soziale, genetische, neurobiologische)
- Elternschaft senkt Suizidrisiko, insbesondere bei jüngeren Kindern und
Effekt für Mütter größer als für Väter (Qin 2003)
- Elternschaft kann aber auch Suizidrisiko erhöhen (z.B. bei psychiatr.
Erkrankung eines Kindes) (Qin 2003)
- Zwillingsstudien: Konkordanzrate bei monozygoten Zwillingen 11,3 % im
Vgl. zu 1,8% bei dizygoten Zwillingen (Runeson 1998)

Die Situation der Hinterbliebenen nach Suizid

- Suizide ereignen sich meist plötzlich
- gewaltsame Form des Todes
- oft sind es die Angehörigen, die Verstorbenen finden oder identifizieren
- Befragung durch Polizei, ggf. auch weitere Ermittlungen und Obduktion des Leichnams
- Gefühle von Mitverantwortung oder gar Schuld
- bestehende Konflikte mit der/dem Verstorbenen können nicht mehr gelöst werden

- neben der Traurigkeit werden häufig auch Wutgefühle verspürt bzw. müssen verdrängt werden
- Gefühl der Ablehnung
- häufig negative Bewertungen durch das soziale Umfeld
- durch gesellschaftliche Stigmatisierung und eigenen Schuldgefühle treten zudem sehr häufig Schamgefühle

→ Verlust eines nahestehenden Menschen durch Suizid kann für die Hinterbliebenen ein besonders schwer zu bewältigendes Lebensereignis darstellen

- Deutlich erhöhtes Suizidrisiko auf Seiten der Hinterbliebenen

(Ness & Pfeffer, 1990; Jordan, 2001)

- Hinterbliebene, die eine nahestehende Person durch Suizid verloren haben, haben ein besonders hohes Risiko eine anhaltende komplexe Trauerreaktion zu entwickeln und an psychischen Störungen wie Depressionen, Angsterkrankungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen zu erkranken

(Jordan & McMenemy, 2004; Jordan, 2008)

- ca. 40-80% der Hinterbliebenen entwickeln nach dem Suizid eines Angehörigen eine pathologische Trauerreaktion

(Mitchell et al., 2004)

Trauer

- Trauer ist eine emotionale Reaktion auf einen schwerwiegenden Verlust
- Trauerprozesse sind allgegenwärtige Phänomene
- Trauerreaktionen zeigen sich auf gedanklicher, emotionaler und körperlicher Ebene
- auch der normale Trauerprozess beinhaltet sehr starke Gefühle von Traurigkeit und Sehnsucht nach der verstorbenen Person und ist durch einen intensiven Trennungsschmerz gekennzeichnet

Hauptsymptome von Trauerreaktionen

- Trennungsstress
- Vermeidungsverhalten
- Einsamkeit
- Intrusionen
- Wut und Zorn
- Schock

- Trauerprozess dient dazu, sich an veränderte Realität anzupassen:
 - Verlust akzeptieren
 - Trauerschmerz erleben
 - an Umwelt ohne Verstorbenen anpassen
 - Beziehung zum Verstorbenen neu ordnen
 - allmähliche Zuwendung zum aktuellen Leben

Trauerverarbeitung

- die „normale Trauer“ nimmt im Laufe der Zeit in ihrer Intensität allmählich ab, und die trauernde Person passt sich sukzessive an die neuen veränderten Lebensumstände an

Trauerverläufe sind nicht geradlinig und vorhersagbar. Es gibt weder den richtigen Trauerverlauf, noch hat Trauern ein eindeutiges Ende!

- Der Verlust einer nahestehenden Person kann
 - (a) mit einem „normalen“ Trauerverlauf einhergehen,
 - (b) eine anhaltende komplexe Trauerreaktion auslösen oder
 - (c) Auslöser für psychische oder physische Erkrankungen sein

anhaltende komplexe Trauerreaktion

- Verlust einer nahestehenden Person hat in der Regel einen normalen und nicht-pathologisch verlaufenden Trauerprozess zur Folge
- Anhaltende komplexe Trauerreaktion definiert sich im Wesentlichen durch die Abgrenzung zur normalen Trauer und unterscheidet sich durch Abweichung in den folgenden drei Merkmalen:

1. Intensität

2. Qualität

3. Dauer

(Stroebe, 2008)

- anhaltende komplexe Trauerreaktion unterscheidet sich differentialdiagnostisch von anderen Störungsbildern, wie z.B. der Depression und der posttraumatischen Belastungsstörung (Boelen et al., 2010)
- im DSM-V (APA, 2013) in Sektion III als „Persistent Complex Bereavement“ Disorder aufgenommen
- Prävalenz in Normalbevölkerung 3,7% und nach Verlust 6,7%
(Kersting et al., 2011)

Verlust einer nahestehenden Person

Seit dem Tod wird mindestens **eins** der folgenden Symptome an den meisten der Tage und in einem klinisch bedeutsamen Maße erlebt. Das Symptom besteht bei trauernden Erwachsenen seit mindestens 12 und bei trauernden Kindern seit mindestens 6 Monaten nach dem Tod.

- dauerhafte Sehnsucht nach dem Verstorbenen
- intensive Trauer und emotionale Schmerzen als Reaktion auf den Tod
- starke Beschäftigung mit dem Toten
- starke Beschäftigung mit den Umständen des Todes

Seit dem Tod werden mindestens **sechs** der folgenden Symptome an den meisten der Tage und in einem klinisch bedeutsamen Maße erlebt. Die Symptome bestehen bei trauernden Erwachsenen seit mindestens 12 und bei trauernden Kindern seit mindestens 6 Monaten nach dem Tod.

- deutliche Schwierigkeiten den Tod zu akzeptieren
- Erleben eines Nicht-Glauben-Wollens oder emotionaler Taubheit in Bezug auf den Tod
- Schwierigkeiten positive Erinnerungen an den Toten zu erleben
- Bitterkeit oder Ärger in Bezug auf den Verlust
- unangemessene Bewertung von sich selbst in Bezug auf den Verstorbenen oder den Tod (Selbstvorwürfe)
- exzessive Vermeidung von Personen, Orten oder Situationen, die an den Verlust erinnern
- Wunsch zu sterben, um mit den Verstorbenen zusammen zu sein
- Schwierigkeiten anderen seit dem Tod zu vertrauen
- sich allein oder von anderen abgeschnitten fühlen seit dem Tod
- das Gefühl, dass das Leben sinnlos oder leer ist ohne den Verstorbenen oder der Überzeugung, dass man nicht ohne den Verstorbenen leben kann
- Verwirrung über die eigene Rolle im Leben oder ein vermindertes Gefühl für die eigene Identität (z.B. das Gefühl, dass ein Teil der eigenen Person mit dem Verstorbenen verloren gegangen/gestorben ist)
- Schwierigkeiten oder Abneigung eigene Interessen zu verfolgen oder Pläne für die Zukunft zu entwickeln

Die Störung verursacht klinisch bedeutsames Leid oder eine Beeinträchtigung in sozialen Bereichen, auf der Arbeit oder in anderen wichtigen Lebensbereichen.

Die Trauerreaktion ist unverhältnismäßig stark oder nicht vereinbar mit kulturellen, religiösen oder altersangemessenen Normen.

Diagnosekriterien einer Persistent Complex Bereavement Disorder (nach Simon, 2013)

Internetbasierte Interventionen

- zeit- und ortsungebunden
- größere Anonymität
- gesamte elektronische Schriftverkehr kann im Nachhinein noch einmal betrachtet und reflektiert werden
- ermöglicht Personen mit Handicap (z.B. Gehbehinderung) leichteren Zugang zu therapeutischen Hilfsangeboten

(Lange et al., 2000; Heller, 2002; Knavelsrud et al., 2004; Bauer, Golkaramnay & Kordy, 2005;)

→ Wirksamkeit von Internettherapien wissenschaftlich belegt

(z.B. Carlbring et al., 2005; Knaevelsrud & Maercker, 2007; Barak, Hen, Boniel-Nissim & Shapira, 2008; Andersson, 2009; Berger, Hohl, & Caspar, 2009)

Internettherapie für Hinterbliebene nach dem Verlust eines nahestehenden Menschen durch Suizid

- Adaption des Manuals der erfolgreich durchgeführten Intervention „Internettherapie nach Verlust eines Kindes in der Schwangerschaft“
(Kersting et al., 2011b; Kersting et al. 2011c; Kersting, 2012; Kersting & Wagner, 2012; Kersting et al., 2013; Klinitzke et al., 2013)
- Internetbasierte Therapie mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Elementen
- 5 Wochen, in denen jeweils 2 Schreibaufgaben á 45 Minuten bearbeitet werden; Aufgaben sind drei Therapiephasen zugeordnet
- Zu Beginn jeder Therapiephase legen die TN ihre Schreibtermine fest
- Nach 2 Schreibeinheiten erhalten die TN innerhalb eines Werktages eine individuelle Rückmeldung von ihrem Therapeuten

- Randomisiert kontrollierte Studie: Interventionsgruppe und Wartekontrollgruppe
- Stratifizierung erfolgt anhand des Verwandtschaftsverhältnis
- fünf Messzeitpunkte – Prä, Post, sowie drei, sechs und zwölf Monate nach Interventionsende

- zweifaktorielle Varianzanalysen
- Effektstärken
- bivariate Zusammenhänge zwischen den potentiellen Einflussfaktoren und dem Ausmaß der Trauerreaktion
- schrittweise hierarchische lineare Regressionsanalyse

Outcome

- Trauersymptomatik direkt nach Interventionsende
- Schwere depressiver Beschwerden
- Posttraumatische Belastungsreaktionen
- Ängstlichkeit
- Selbstverletzende Verhaltensweisen

Sehr geehrte Damen und Herren,

schön, dass Sie sich für eine Teilnahme an unserer **Internettherapie für Hinterbliebene nach dem Verlust eines nahestehenden Menschen durch Suizid** interessieren!

Wir wollen Sie in Ihrer Situation dabei unterstützen, Ihren Verlust zu bewältigen, ihre Trauer zu überwinden und Ihren Blick für die Zukunft zu öffnen. Die internetbasierte Behandlung findet im Rahmen eines Forschungsprojektes am Uniklinikum Leipzig statt und wird auf ihre Wirksamkeit untersucht.

Bevor Sie an der Behandlung teilnehmen können, möchten wir Sie bitten, einige Fragen zu Ihrer Person zu beantworten, zu Ihrem Befinden und zu den Umständen, unter denen Sie die Ihnen nahestehende Person verloren haben.

Der Zeitaufwand beträgt ca. **30 Minuten**. Bitte beginnen Sie die Befragung erst, wenn Sie ausreichend Zeit zur Verfügung haben.

Falls Sie die Studieninformation zur Internettherapie nachlesen wollen, klicken sie bitte [hier](#).

Die nun folgende Befragung ist keine verbindliche Anmeldung zur Therapie, sondern eine vorangehende Befragung. Sobald Sie die Fragebögen durchlaufen haben, werden die Daten sicher gespeichert. Wenn wir feststellen, dass unser Behandlungsangebot für Sie in Frage kommen kann, werden wir Sie kontaktieren, um ein telefonisches Interview mit Ihnen zu führen. In diesem persönlichen Gespräch werden wir abschließend klären, ob unser Behandlungsangebot für Sie hilfreich sein kann.

Sollte sich herausstellen, dass unser Behandlungsprogramm für Sie nicht geeignet ist, werden wir Sie dabei unterstützen, weitere Hilfsmöglichkeiten zu finden.

Es folgt zunächst eine digitale Einverständniserklärung, die Voraussetzung für die nun folgende Befragung ist.

Wir freuen uns über Ihre Teilnahme:

Dr. Christine Kündiger (Diplom-Psychologin)

Dr. Juliane Kuhn (Diplom-Psychologin)

internettherapie@medizin.uni-leipzig.de



Die meisten Personen würden jemanden bereitwillig als Freund akzeptieren, der ein Verwandten oder Bekannten durch Suizid verloren hat.

stimme vollkommen zu

stimme überhaupt nicht zu

Leute glauben, dass eine Person, die sich suizidiert hat genauso intelligent war wie der Durchschnitt.

stimme vollkommen zu

stimme überhaupt nicht zu

Die meisten Leute glauben, dass eine Person, die einen Freund oder Angehörigen durch Suizid verloren hat, genauso intelligent ist, wie der Durchschnitt.

stimme vollkommen zu

stimme überhaupt nicht zu

Die meisten Leute glauben, dass eine Person, die sich suizidiert hat genauso vertrauenswürdig war wie der Durchschnitt

stimme vollkommen zu

stimme überhaupt nicht zu

Die meisten Leute glauben, dass eine Person, die einen Freund oder Angehörigen durch Suizid verloren hat, genauso vertrauenswürdig ist, wie der Durchschnitt

stimme vollkommen zu

stimme überhaupt nicht zu

Die meisten Leute würden, eine Person, die einen Freund oder Angehörigen durch Suizid verloren hat, als Lehrer für junge Schüler akzeptieren.

stimme vollkommen zu

stimme überhaupt nicht zu

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB (2002). Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *BMJ* 325: 74–77..

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V (5th ed.)*. Washington, DC [u.a.]: American Psychiatric Association.

Andersson G (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour research and therapy*, 47(3), 175–180.

Barak A, Hen L, Boniel-Nissim M, Shapira N (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 109–160.

Berger T, Hohl E, Caspar F (2009). Internet-based treatment for social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of clinical psychology*, 65(10), 1021–1035.

Boelen P A, van de Schoot R, van den Hout MA, de Keijser J, van den Bout J (2010). Prolonged Grief Disorder, Depression, and Posttraumatic Stress Disorder Are Distinguishable Syndromes. *Journal of Affective Disorders*, 125(1-3), 374–378.

Carlbring P, Nilsson-Ihrfelt E, Waara J, Kollenstam C, Buhrman M, Kaldø V, Andersson G (2005). Treatment of panic disorder: live therapy vs. self-help via the Internet. *Behaviour research and therapy*, 43(10), 1321–1333.

Cerel J, Maple M, Aldrich R, van de Venne J (2013). Exposure to suicide and identification as survivor: Results from a random-digit dial survey. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 34(6), 413–419. doi:10.1027/0227-5910/a000220

de Groot M, Kollen BJ (2013). Course of bereavement over 8-10 years in first degree relatives and spouses of people who committed suicide: longitudinal community based cohort study. *BMJ* 2013; 347

Hawton K, van Heeringen K (2009). Suicide. *Lancet* 373: 1372–81

Heller K (2002). Psychosoziale Beratung im Internet - Spezifische Kommunikationsstrukturen, Emotionalität und Verbundenheit in einer Selbsthilfenewsgruppe. kommunikation@gesellschaft, Jg. 3, 2002, Beitrag 1. Unter:

www.soz.unifrankfurt.de/K.G/B1_2002_Heller.pdf

Jordan JR (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. Suicide & Life-Threatening Behavior, 31(1), 91–102.

Jordan JR (2008). Bereavement after suicide. Psychiatric Annals. 38, 679–685.

Jordan JR, McMenamy J (2004). Interventions for suicide survivors: a review of the literature. Suicide & Life-Threatening Behavior, 34(4), 337–349. doi:10.1521/suli.34.4.337.53742

Kersting A, Brähler E, Glaesmer H, Wagner B (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. Journal of Affective Disorders 131, 339–343.

Kersting A, Kroker K, Schlicht S, Wagner B (2011b). Internet-based treatment after pregnancy loss: concept and case study. J Psychosom Obstet Gynaecol, 32(2):72-8.

Kersting A, Kroker K, Schlicht S, Baust K, Wagner B (2011c). Efficacy of cognitive behavioral internet-based therapy in parents after the loss of a child during pregnancy: pilot data from a randomized controlled trial. Arch Womens Ment Health, 14(6):465-77.

Kersting A, Wagner B (2012). Complicated grief after perinatal loss. Dialogues Clin Neurosci, 14(2):187-94.

Kersting A (2012). Peripartale Depressionen und Trauer nach Schwangerschaftsverlusten - Besondere Problemfelder in der Geburtshilfe. Nervenarzt, 83(11):1434-41.

- Kersting A, Dölemeyer R, Steinig J, Walter F, Kroker K, Baust K, Wagner B (2013). Brief Internet-based intervention reduces posttraumatic stress and prolonged grief in parents after the loss of a child during pregnancy: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*, 82(6):372-81.
- Klinitzke G, Dölemeyer R, Steinig S, Wagner B, Kersting A (2013). Internetbasierte Therapie nach Verlust eines Kindes in der Schwangerschaft - Einfluss sozialer Unterstützung auf die Verarbeitung des Verlusts. *Verhaltenstherapie*, 23, 181-188.
- Knaevelsrud C, Maercker A (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled clinical trial. *BMC psychiatry*, 7(1), 13.
- Lange A, Schrieken B, van de Ven J-P, Bredeweg B, Emmelkamp PM, van der Kolk J, Reuvers A (2000). "Interapy": the effects of a short protocolled treatment of posttraumatic stress and pathological grief through the Internet. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28(02), 175–192.
- Mitchell AM, Kim Y, Prigerson HG, Mortimer-Stephens MK (2004). Complicated grief in survivors of suicide. *Crisis* 25, 12–18.
- Nakagawa M, Kawanishi Ch., Yamada T, Iwamoto Y, Sato R, Hasegawa H, Morita S, Odawara T, Hirayasu Y (2009). Characteristics of suicide attempters with family history of suicide attempt: a retrospective chart review. *BMC Psychiatry* 2009, 9:32
- Ness DE, Pfeffer CR (1990). Sequelae of bereavement resulting from suicide. *American Journal of Psychiatry*, 147(3), 279–285.
- Qin P, Agerbo E, Mortensen PB (2002). Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet* 360:1126-30.

Qin P, Mortensen PB (2003). The Impact of Parental Status on the Risk of Completed Suicide. Arch Gen Psychiatry. 60(8):797 - 802.

Runeson BS (1998). History of suicidal behaviour in the families of young suicides. Acta Psychiatr Scand 98, 497–501.

Simon NM (2013). Treating complicated grief. JAMA: The Journal of the American Medical Association, 310(4), 416–423.
doi:10.1001/jama.2013.8614