



Wagner

Psychotherapie mit Trauernden

Grundlagen und therapeutische Praxis



ARBEITSMATERIAL

BELTZ

Wagner

Psychotherapie mit Trauernden

Birgit Wagner

Psychotherapie mit Trauernden

Grundlagen und therapeutische Praxis

Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial

BELTZ

Prof. Dr. phil. Birgit Wagner
Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie – Verhaltenspsychologie
Psychologische Psychotherapeutin
MSB Medical School Berlin
Hochschule für Gesundheit und Medizin
Siemens Villa
Calandrellistraße 1–9
12247 Berlin
E-Mail: birgit.wagner@medicalschooll-berlin.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-28684-8 Print
ISBN 978-3-621-28685-5 E-Book (PDF)

1. Auflage 2019

© 2019 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Dagmar Kühnle Zerpa
Coverbild: © getty images: Felbert + Eickenberg / STOCK4B

Herstellung und Satz: Lelia Rehm
Gesamtherstellung: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhaltsübersicht

Vorwort	9
1 Theoretische Grundlagen	12
2 Forschungsstand der Trauertherapie	32
3 Traueranamnese	40
4 Psychotherapeutische Verfahren	50
5 Fallbeispiele	121
Anhang	153
Hinweise zum Arbeitsmaterial	155
Literatur	175
Sachwortverzeichnis	184

Inhalt

Vorwort	9
1 Theoretische Grundlagen	12
1.1 Formen der Trauer	12
1.2 Trauerprävalenz	20
1.3 Differentialdiagnostische Abgrenzung	21
1.4 Diagnostische Verfahren zur Erfassung der Trauer	24
1.5 Trauertheorien	26
2 Forschungsstand der Trauertherapie	32
2.1 Allgemeine Wirksamkeit von Trauerinterventionen	32
2.2 Wirksamkeit von Interventionen für Hinterbliebene nach einem Suizid	33
2.3 Webbasierte Interventionen für Trauernde	35
2.4 Stepped-Care-Modell für Trauernde	38
3 Traueranamnese	40
3.1 Todesumstände	40
3.2 Beziehung zur verstorbenen Person	41
3.3 Trauerverarbeitung	45
4 Psychotherapeutische Verfahren	50
4.1 Modulare Psychotherapie für Trauernde	50
4.3 Expositionsverfahren	61
4.4 Kognitive Interventionen	69
4.5 Therapiemethoden zur Bearbeitung der Beziehung zur verstorbenen Person	83
4.6 Trauergruppen	104
4.7 Schwierigkeiten in der Therapie mit Trauernden	111
4.7.1 Therapeutische Selbstreflexion zum Thema Sterben und Tod	115
4.7.2 Die verstorbene Person als stille teilnehmende »dritte Person«	116
4.7.3 Sekundäre Traumatisierung	119
5 Fallbeispiele	121
5.1 Therapeutische Arbeit nach dem Verlust eines Kindes	121
5.2 Offene Angelegenheiten nach dem Tod des Ehemanns	126
5.3 Therapeutische Arbeit mit trauernden Geschwistern	132
5.4 Therapeutische Arbeit mit Schuldgefühlen nach einem Suizid	139

5.5	Psychoedukation nach dem Suizid eines Angehörigen	145
5.5.1	Psychoedukation: der suizidale Modus	149
5.5.2	Psychoedukation: Abschiedsbriefe	150
Anhang		153
Hinweise zum Arbeitsmaterial		155
Literatur		175
Sachwortverzeichnis		184

Vorwort

Im Laufe der vergangenen Jahre habe ich viele Menschen, die eine verstorbene Person betrauern, psychotherapeutisch begleitet. Meine Erfahrung in der Arbeit mit Trauernden konnte ich in sehr unterschiedlichen Kontexten sammeln. Zum einen durch die Entwicklung und Durchführung von wissenschaftlichen Studien, zum anderen durch Einzeltherapien in meiner Tätigkeit als psychologische Psychotherapeutin. Die Arbeit mit Trauernden zeigte mir auf, dass Trauer ein sehr individueller Prozess ist, abhängig von den Todesumständen, der Beziehung zur verstorbenen Person und weiteren psychischen Erkrankungen. Oft suchen Patienten aufgrund anderer Störungsbilder eine Psychotherapie auf, dennoch stellt sich dann im Verlauf der Therapie heraus, dass bspw. der Tod der Mutter auch viele Jahre später unverarbeitet oder verdrängt worden ist und nach wie vor bei dem Patienten eine wichtige Rolle spielt. Häufig sind es Themen wie bspw. Schuld, Bedauern oder offene interpersonelle Angelegenheiten zwischen der verstorbenen und der trauernden Person, die den Trauerprozess verhindern und die Patienten manchmal über viele Jahre hinweg in diesem »festgefroren« sind.

Psychotherapie mit Trauernden wurde bis vor wenigen Jahren von Psychotherapeuten vor allem intuitiv durchgeführt, und die Therapien basierten selten auf evidenzbasierten Methoden. Ein Grund dafür lag zum einen in dem fehlenden Wirksamkeitsnachweis von früheren Trauertherapiestudien. Andererseits fehlte es aber auch an der Anerkennung, dass der Verlust einer nahestehenden Person langfristige psychische Folgen für die Hinterbliebenen haben kann und spezifischer therapeutischen Methoden bedarf.

In den letzten Jahrzehnten wurde in Wissenschaft und Praxis sehr leidenschaftlich diskutiert über die ethische und klinische Frage »Kann Trauer eine Krankheit sein?«. Die Frage konnte durch die neuen Ausgaben der beiden diagnostischen Klassifikationssysteme DSM-5 und ICD-11 nur zum Teil beantwortet werden. Während die ICD-11 tatsächlich die anhaltende Trauerstörung als neues diagnostisches Kriterium mit in den Diagnosekatalog aufnahm, wurde im DSM-5 der ursprüngliche Diagnosevorschlag abgelehnt und es entstand mit der persistierenden komplexen Trauerstörung eine neue Forschungsdiagnose. Gründe für die Ablehnung im DSM-5 lagen in der noch unzureichenden Evidenz für ein klinisch diagnostisches Kriterium für pathologische Trauerreaktionen.

Die Diskussion um die Aufnahme der anhaltenden Trauerstörung als eigenständiges diagnostisches Kriterium hatte zur Folge, dass parallel in den letzten Jahrzehnten vermehrt Wirksamkeitsstudien zu Psychotherapien mit Trauernden durchgeführt wurden. Inzwischen liegt eine vielversprechende empirische Evidenz vor, dass Psychotherapien für Trauernde wirksam sein können. Die meisten dieser Trauertherapien basieren auf Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie, dennoch wurden auch Module aus der Gestalttherapie, der Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy (IRRT) oder der Schreibtherapie in den Manualen inkludiert.

Trotz dieser erfreulichen Entwicklung sind veraltete Trauertheorien, wie bspw. das Phasenmodell von Kübler-Ross, nach wie vor in der Trauerliteratur und Weiterbildung präsent und vermitteln einen nicht evidenzbasierten Ansatz in der Arbeit mit Trauernden.

Das therapeutische Arbeiten zum Thema Trauer findet auch heute noch in der psychotherapeutischen Weiterbildung durch Ausbildungsinstitute nur sehr eingeschränkt statt. Ebenso spielt in der Selbsterfahrung das Thema Trauer und Tod leider nur eine untergeordnete Rolle. Das erstaunt dahingehend, da sich insbesondere Psychotherapeuten häufig mit dem Thema Trauer in der Psychotherapie auseinandersetzen müssen. So zeigten bspw. Prävalenzstudien mit klinischen Stichproben (z. B. Depression), dass 18–25 % der befragten Teilnehmer die Kriterien einer anhaltenden Trauerstörung erfüllten.

Obwohl die Diagnose einer anhaltenden Trauerstörung inzwischen in der ICD-11 existiert, richtet sich dieses Buch bewusst nicht ausschließlich an Patienten, die an einer anhaltenden Trauerstörung leiden. Meiner Erfahrung nach können auch subklinische Ausprägungen der anhaltenden Trauerstörung oder Beziehungsthemen zwischen der verstorbenen und der hinterbliebenen Person eine wichtige Rolle im therapeutischen Arbeiten spielen. Ein wichtiges Ziel dieses Buches ist es deshalb, Therapeuten im Hinblick auf erschwerte oder stagnierende Trauerprozesse zu schulen und Wissen über Trauerprozesse zu vermitteln.

Eine Besonderheit in der Psychotherapie mit Trauernden liegt darin, dass es nicht das therapeutische Ziel ist, die Trauersymptomatik vollständig zu beenden. Bei der Arbeit mit Trauernden steht die Integration des Verlusts in das Leben der Hinterbliebenen im Vordergrund. Das heißt, es liegt in der Natur eines Verlusts einer nahestehenden Person, dass die Trauer vielleicht immer wieder auftaucht und der Tod des Menschen nach wie vor schmerzhaft sein kann. Dennoch können wir den Patienten auf dem Weg der Integration des Verlusts dabei unterstützen, dass die verstorbene Person ihren »neuen Platz« im Leben der Hinterbliebenen erhält.

Dieses Buch soll die Methodenvielfalt und den aktuellen Forschungsstand Psychologen, Psychotherapeuten, Ärzten und Trauerberatern in der Arbeit mit Trauernden zugänglich zu machen.

Kapitel 1. Im ersten Kapitel wird ein Überblick zum aktuellen Stand der Diagnosekriterien der anhaltenden Trauerstörung sowie differentialdiagnostische Abgrenzungen zur Depression und der posttraumatischen Belastungsstörung gegeben. Das Kapitel schließt mit einem Überblick zu verschiedenen diagnostischen Erhebungsverfahren und den wichtigsten Trauertheorien ab.

Kapitel 2. Ein Überblick zur allgemeinen Wirksamkeit von Trauertherapien wird im zweiten Kapitel gegeben. Hier werden verschiedene Metaanalysen im Hinblick auf deren Ergebnissen beschrieben. Ergänzend wird die Wirksamkeit von Interventionen für Hinterbliebene nach einem Suizid und webbasierten Interventionen dargestellt. Das Kapitel schließt mit einem Stepped-Care-Modell für die Versorgung von Trauernden ab.

Kapitel 3. Ein zentrales Instrument zur Erfassung von spezifischen Traueraspekten und -symptomen ist die Traueranamnese in Kapitel 3. Die Traueranamnese dient als Grundlage für die spätere Erstellung eines modularen Behandlungsplanes, der individuell die Themenschwerpunkte der Patienten erfasst.

Kapitel 4. Das Kernstück des Buches ist Kapitel 4. Hier werden die verschiedenen therapeutischen Verfahren beschrieben und deren Durchführung anhand von Fallbeispielen vorgestellt. Schwerpunkte bilden hierbei die kognitiven Interventionen und die Module zur Bearbeitung der Beziehung zur verstorbenen Person. Insbesondere Verfahren wie die IRRT und die Stuhldialoge mit der verstorbenen Person haben sich als sehr wirksame Verfahren in der psychotherapeutischen Arbeit mit dieser Thematik erwiesen.

Kapitel 5. Im letzten Kapitel werden anhand von verschiedenen Fallbeispielen exemplarisch Psychotherapien mit Trauernden vorgestellt. Hierbei wurden die Spezifika mit Trauernden nach einem Suizid, trauernde Geschwister, die Themen »Schuld«, »offene Angelegenheiten« und trauernde Eltern besonders berücksichtigt.

Zugunsten einer besseren Verständlichkeit des Textes wird im Buch durchgängig der Begriff der »anhaltenden Trauerstörung« genutzt, auch wenn einzelne Studien in ihren Publikationen noch vorangegangene Bezeichnungen nutzten (z. B. komplizierte Trauer, traumatische Trauer). Inzwischen wird in Deutschland der Begriff der »anhaltenden Trauerstörung« basierend auf dem ICD-11-Diagnosekriterium genutzt.

Für eine bessere Lesbarkeit wurde im Text vorwiegend die männliche Form der Personenbezeichnung gewählt. Selbstverständlich werden damit immer beide Geschlechter gleichermaßen angesprochen. Alle in dem Buch vorgestellten Fallbeispiele wurden anonymisiert sowie stark verfremdet, sodass keine Rückschlüsse auf Personen gezogen werden können. Die Beispiele sind aus der eigenen Praxis typische Patientenfälle zum Thema Trauer, die in ihrer Gesamtdarstellung dennoch fiktiv sind.

Arbeitsmaterial. Alle Arbeitsblätter sind im Anhang des Buches abgedruckt und stehen im zugehörigen E-Book als Druckvorlage zur Verfügung (s.a. Hinweise zum Arbeitsmaterial).

Dieses Buch konnte nur durch alle diejenigen Trauernden entstehen, denen ich im Laufe meiner therapeutischen und wissenschaftlichen Tätigkeit begegnet bin und die bereit waren, sich auf den Weg der Psychotherapie einzulassen. Unsere Wege kreuzten sich oft in Zeiten großer Dunkelheit und Verzweiflung im Leben der Patienten. Die Arbeit mit Trauernden ist immer auch ein Lernen meinerseits gewesen. Mit großer Bewunderung habe ich häufig beobachten können, wie sich Trauernde schrittweise ihr eigenes Leben zurückerobern konnten und es ihnen gelang, den schweren Verlust in ihr Leben zu integrieren. Mein besonderer Dank gilt an dieser Stelle vor allem dem Bundesverband Verwaiste Eltern und trauernde Geschwister e.V. und Angehörige um Suizid e.V. (AGUS) mit ihrer wichtigen Arbeit in dem Bereich der Selbsthilfe. In Kooperation mit beiden Organisationen konnten inzwischen wichtige Forschungsprojekte durchgeführt werden.

Berlin, im Juli 2019

Birgit Wagner

1 Theoretische Grundlagen

1.1 Formen der Trauer

Was ist eine normale Trauerreaktion?

Der Tod einer nahestehenden Person kann manchmal still, andere Male mit großer Wucht und Verstörung in unser Leben treten. Manche Angehörige erhalten durch eine vorangegangene Krankheitsphase noch die Möglichkeit, sich auf den Abschied vorzubereiten. Für andere Hinterbliebene verändert der unerwartete Tod eines geliebten Menschen plötzlich das Leben von einer Stunde zur anderen. Der Verlust eines nahestehenden Menschen kann jeden jederzeit treffen und wird häufig als eine erschütternde Lebenserfahrung erlebt, die einen langfristigen, manchmal auch lebenslangen Adaptionsprozess zur Folge haben kann. Die anfängliche Reaktion auf einen Verlust drückt sich häufig durch ein Schockerleben und ein Nicht-Wahrhaben-Wollen aus. In physiologischen Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, dass insbesondere in den ersten zwei Wochen nach dem Verlust die Herzrate und der Blutdruck erhöht sind und eine dysregulierte Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse gefunden wurde (Buckley et al., 2011; O'Connor, 2012). Erst einige Wochen nach dem Tod normalisierte sich das erhöhte Stresserleben und nahm weiter über den Verlauf des Trauerprozesses kontinuierlich ab. Die Trauerreaktionen unterschieden sich in Bezug auf das Stresserleben nicht von anderen belastenden Lebensereignissen (z. B. traumatischer Stress; O'Connor & Arizmendi, 2013).

Ein typisches Merkmal einer normalen Trauerreaktion ist der Trennungsschmerz, welcher nicht nur psychisch, sondern auch körperlich von den Trauernden als sehr intensiv erlebt wird. Hinzu kommt eine starke Sehnsucht nach der verstorbenen Person, welche häufig von einem Suchen und einem starken Wunsch der Wiedervereinigung mit dem verstorbenen Menschen begleitet ist. Der Tod nimmt den Hinterbliebenen eine gemeinsame Zukunft. Schwierige Beziehungen und Konflikte können nicht mehr korrigiert werden und gemeinsame Träume nicht mehr gelebt werden. Der zurückgelassene Trauernde durchlebt deswegen oft eine Vielfalt an Emotionen, wie bspw. Traurigkeit, Bedauern, Schuldgefühle und Wut. Das Durchleben dieser unterschiedlichen intensiven Emotionen ist für Trauernde deswegen oft nur in kleinen Dosierungen aushaltbar. Die Ohnmacht gegenüber den überflutenden Gefühlen, die manchmal für Stunden und Tage anhalten und plötzlich aus dem Nichts aufzutauchen scheinen, kann bei manchen Trauernden auch zur Unterdrückung dieser Gefühle führen. Gedanken, wie bspw. »Wenn ich anfangen zu weinen und meine Traurigkeit zulasse, kann ich nie wieder aufhören.«, beschreiben die Ängste der Betroffenen. Aus diesem Grund sind die ersten Wochen und Monate für viele Trauernde nicht nur eine gefühlsmäßig

herausfordernde Zeit, sondern sie fühlen sich durch das Durchleben dieser Vielfalt an Gefühlen körperlich häufig stark ermüdet. Trauernde berichten oft in den ersten Monaten ihrer Trauer über einen anhaltenden Erschöpfungszustand, der es ihnen unmöglich macht, einfache Tätigkeiten zu verrichten. Eine Patientin formulierte diesen Zustand folgendermaßen: »Früher war ich ganztags in einer Bank tätig und kümmerte mich um unsere beiden Kinder. Seit dem Tod meiner Tochter vor sechs Monaten bin ich kaum mehr in der Lage, die Waschmaschine auszuräumen. Ich fühle mich müde und erschöpft, jede noch so kleine Aufgabe überfordert mich«.

Obwohl das Trauererleben die Betroffenen sowohl psychisch als auch physisch in einen Ausnahmezustand versetzt, ist die Trauer um eine nahestehende Person Teil eines normalen Lebenszyklus. Der Tod als *conditio humana* gehört zu einem Leben gleichermaßen dazu, wie die Geburt oder andere wichtige Lebensabschnitte. Die Beziehung zu einem Menschen beinhaltet immer ein breites Spektrum an Gefühlserleben, und es gehören positive Erlebnisse gleichermaßen dazu, wie Gefühle der Trauer und der Sehnsucht. Trauer ist somit Ausdruck eines facettenreichen Gefühlsausdrucks in einer zwischenmenschlichen Beziehung. Aus diesem Grund ist die Trauer nach dem Verlust eines Menschen zunächst keine psychische Erkrankung, sondern ist Teil eines normalen Lebensverlaufs eines jeden Menschen. Der Trauerprozess wird oft begleitet von einer Auseinandersetzung mit existenziellen Fragestellungen. Lebenspläne und Einstellungen zum Leben vor der Verlusterfahrung werden auf den Prüfstand gestellt und sind Teil des Anpassungsprozesses eines Lebens ohne die verstorbene Person. Bei der Trauerverarbeitung geht es nicht darum, wieder zu der Person zu werden, die der trauernde Mensch vor dem Verlust gewesen ist, sondern den Verlust in ein »neues« Leben, ohne die Person, um die getrauert wird, zu integrieren.

Hinweis

Der Verlust einer nahestehenden Person führt in der Regel zu einer normalen, nicht-pathologischen Trauerreaktion. Die Trauerverarbeitung ist ein individueller Prozess, abhängig von Einflussfaktoren, wie bspw. Todesumstände (z. B. Krankheit, Suizid), Beziehung zur verstorbenen Person (z. B. Kind, Elternteil) und kulturellen Normen.

Obwohl Trauer nach dem Tod einer nahestehenden Person ein universelles Erleben ist, fällt es nach wie vor schwer, eine Normierung eines nicht-pathologischen Trauerprozesses festzulegen. Eine der gängigsten Definitionen der normalen Trauer ist, dass der normale Trauerprozess nach dem Tod einer nahestehenden Person eine Reihe von negativen Symptomen beinhaltet, wie bspw. Trennungsschmerz, Traurigkeit, und die Intensität der Trauersymptomatik graduell im Laufe der Zeit abnimmt (Wagner, 2013b). Dennoch gibt es individuelle und kulturelle Abweichungen, die nur schwer zu normieren sind.

Anhaltende Trauerstörung als klinische Diagnose

Nachdem im Jahre 1980 erstmals die posttraumatische Belastungsstörung als eine eigenständige klinische Diagnose im DSM-III aufgenommen wurde, begannen seit den 1990er-Jahren zunehmend verschiedene Arbeitsgruppen durch Studien zu belegen, dass eine pathologische Trauer ein klinisch relevantes Störungsbild ist (Boelen & van den Bout, 2008; Maciejewski et al., 2016). Daraus folgend wurden in den darauffolgenden Jahren verschiedene Vorschläge für das DSM-5 und die ICD-11 erarbeitet (Horowitz et al., 1997; Prigerson et al., 2009; Shear et al., 2011).

Exkurs

Anhaltende Trauerstörung – ein Ringen um den richtigen Begriff

Die Trauer als Störungsbild wurde in den vergangenen Jahren von verschiedenen Arbeitsgruppen und Denkschulen mit unterschiedlichen Termini beschrieben. Horowitz et al. (1993) benannten das Phänomen zunächst *pathologische Trauer*. Prigerson et al. (1995) nutzten in den 1990er-Jahren zunächst die Definition *komplizierte Trauer* und später (1997–2001) wurde in den Veröffentlichungen vor allem von *traumatischer Trauer* gesprochen (Prigerson et al., 1997, 1999). Durch die traumatischen Ereignisse des 11. Septembers 2001 in New York entschied sich die Forschergruppe um Prigerson, wieder zu dem Begriff der *komplizierten Trauer* zurückzukehren, da die Terminologie »traumatisch« zu sehr mit der posttraumatischen Belastungsstörung in Verbindung gebracht worden sei. Im Jahre 2007 entschied sich die Forschergruppe um Prigerson erneut zu einer Umbenennung der Terminologie (Prigerson et al., 2009). In neueren Veröffentlichungen wurde der Begriff der »prolonged grief disorder« – im Deutschen *prolongierte Trauerstörung* oder *anhaltende Trauerstörung* – verwendet. Im deutschsprachigen Raum hatte sich bisher der Begriff *komplizierte Trauer* etabliert (Wagner, 2013a), wird aber mit der Einführung der Diagnose in der ICD-11 zunehmend als *anhaltende Trauerstörung* benannt.

Der pathologische Verlauf einer Trauerverarbeitung zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass die Trauersymptomatik im Verlauf der Zeit nicht graduell abnimmt, sondern von den Betroffenen als »komplizierter« und langanhaltender durchlebt werden. Die Trauernden bleiben oft in ihrem anfänglichen Trauerprozess haften und zeigen intensivere Trauerreaktionen als normal Trauernde. Dieses Haftenbleiben zeichnet sich oft durch ein Vermeidungsverhalten aus, bspw. den Trennungsschmerz nicht zuzulassen, oder durch intensives Erleben von Traurigkeits- oder Wutgefühlen. Häufig wird die anhaltende Trauerstörung von komorbiden psychischen Erkrankungen, wie bspw. Depression oder posttraumatischer Belastungsstörung, oder von Substanzmissbrauch begleitet. Im Folgenden werden die Forschungsdiagnose *Persistierende komplexe Trauerstörung* im DSM-5 und die klinische Diagnose *Anhaltende Trauerstörung* in der ICD-11 vorgestellt.

Persistierende komplexe Trauerstörung als Forschungsdiagnose im DSM-5

Obwohl zahlreiche Studien belegen konnten, dass die anhaltende Trauerstörung eine eigenständige Diagnose ist, wurde die vorgeschlagene Diagnose der anhaltenden Trauerstörung (Prigerson et al., 2009) letztendlich nicht mit in das Klassifikationssystem des DSM-5 mitaufgenommen. Als wichtiger Ablehnungsgrund zählte, dass die empirische Evidenz noch nicht ausreichend gegeben gewesen sei und der damalige Vorschlag in dieser Form noch als ein unzureichender Kompromiss bewertet wurde. Vor der finalen Entscheidung fand zeitgleich in den Medien eine kritische öffentliche Diskussion statt, inwieweit trauernde Menschen als psychisch krank bezeichnet werden sollen. Als Konsequenz aller Bedenken wurde der Diagnosevorschlag für das DSM-5 (APA, 2013) schließlich verworfen. Dennoch wurde im DSM-5 die *persistierende komplexe Trauerstörung* als Forschungsdiagnose zusätzlich aufgenommen.

Hinweis

Die *persistierende komplexe Trauerstörung* wurde als Forschungsdiagnose im DSM-5 neu entwickelt, um sich bewusst von vorangegangenen Konstrukten und Denkschulen (z. B. prolongierte Trauer, komplizierte Trauer, traumatische Trauer) abzugrenzen. Ein wesentlicher Unterschied im Vergleich zur ICD-11-Diagnose ist der vorausgesetzte Zeitraum nach dem Verlust. In der ICD-11 sollten mindestens sechs Monate seit dem Verlust vergangen sein (Prigerson et al., 2009), während bei der Forschungsdiagnose des DSM-5 das Zeitkriterium bei zwölf Monaten nach dem Verlust liegt.

Wegfall des Exklusionskriteriums bei der Major Depression im DSM-5

Obwohl die prolongierte Trauer nicht als eigenständiges diagnostisches Kriterium aufgenommen wurde, fand im DSM-5 dennoch eine weitreichende Entscheidung in Bezug auf Trauer statt. Seit der Ausgabe des DSM-III (APA, 1980) beinhaltete die Diagnose der Depression ein Ausschlusskriterium für Trauer. Eine Depression konnte demzufolge nicht diagnostiziert werden, wenn die Symptome durch eine Trauerreaktion erklärt werden konnten. In den folgenden Revisionen des DSM-III-R (APA, 1987) und DSM-IV (APA, 1994) wurde das Ausschlusskriterium ausgeweitet, indem eine Depressionsdiagnose auch dann durch eine Trauerreaktion gegeben werden konnte, sofern die Symptomatik länger als zwei Monate vorhanden war. Dieses Ausschlusskriterium sollte den normalen Trauerverlauf berücksichtigen, um einer Pathologisierung von Trauernden entgegen zu wirken. Im DSM-5 wurde indessen das Ausschlusskriterium von Trauer bei der Depressionsdiagnose aufgehoben und der Trauerreaktion somit ein neuer Platz im DSM-5 zugeordnet. Anstelle einer eigenständigen Diagnose einer Trauerstörung wurde die Diagnose für die Depression erweitert.

Hinweis

Im DSM-5 kann die Diagnose für eine depressive Episode erstmals bereits zwei Wochen nach dem Tod einer nahestehenden Person vergeben werden. Das bisherige Ausschlusskriterium der Diagnose einer Depression fällt somit weg.

Beispiel

Der Mann von Frau G. starb vor einer Woche nach 35 Ehejahren überraschend bei der Arbeit an einem Herzinfarkt. Sie erreichte die Nachricht vom Tod ihres Mannes, während sie mit ihrer Freundin ein paar Tage am Meer verbrachte. Sie fuhr sofort nach Hause und sah ihren Mann aufgebahrt beim Bestatter erstmals wieder. Frau G. befand sich in einem Schockzustand und brach am offenen Sarg zusammen. Die nächsten Tage verbrachte sie wie in Trance, sie weinte viel und konnte gleichzeitig nicht fassen, dass ihr Mann nun nie wieder zurückkehren würde. Die Beerdigung überstand Frau G. noch einigermaßen gefasst. Inzwischen ist ihr Mann seit fast drei Wochen verstorben und sie erlebt eine große Sehnsucht nach ihm und weint sehr viel. Ihre Freundin möchte sie zu einem Spaziergang abholen, aber sie fühlt sich dazu nicht in der Lage. Sie hat Schwierigkeiten ihre Einkäufe zu erledigen und geht kaum mehr aus dem Haus. Aus Sorge um Frau G. bringt sie die Freundin zu ihrem Hausarzt. Dieser diagnostiziert eine depressive Episode nach DSM-5 und verschreibt ihr ein Antidepressivum.

Das Fallbeispiel zeigt, dass die Aufhebung des Exklusionskriteriums der Depression im DSM-5 in vielerlei Hinsicht problematisch sein kann. Zum einen ist das Risiko, relativ früh im Trauerprozess die Fehldiagnose einer Depression zu erhalten, sehr hoch. In einem normalen Trauerprozess haben sozialer Rückzug und Gefühle von Traurigkeit keinen Krankheitswert, sondern stellen einen adaptiven Anpassungsprozess an das Leben ohne die verstorbene Person dar. Die Gefahr der Vergabe von falsch-positiven Diagnosen wird deswegen zurecht mit Besorgnis diskutiert (Fox & Jones, 2013). Kritische Stimmen erheben den Vorwurf der Medikalisierung einer natürlicher Trauerreaktion (Bandini, 2015). Die Möglichkeit, dass die medikamentöse Behandlung von Trauer einen neuen pharmazeutischen Markt eröffnet könnte, wird von vielen Kritikern mit Hinblick auf den Einfluss der Pharmaindustrie auf die Mitglieder des Entscheidungskomitees des DSM-5 genannt. Gemäß einer Studie gaben 67 % der Mitglieder der Arbeitsgruppe »Mood Disorder« einen Interessenkonflikt an, da sie finanzielle Beziehungen zu pharmazeutischen Konzernen pflegten (Cosgrove & Krimsky, 2012).

Anhaltende Trauerstörung als Diagnose in der ICD-11

Die anhaltende Trauerstörung wurde in der ICD-11 als neues diagnostisches Kriterium aufgenommen. Die Trauernden erleben ein starkes Verlangen und Sehnsucht nach der

verstorbenen Person und starke emotionale Schmerzen, welche sich durch verschiedene Gefühle, wie bspw. Traurigkeit, Wut oder Schuldgefühle, ausdrücken können. Diese Symptome sollten über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten andauern (Prigerson et al., 2009). Den Betroffenen gelingt die Anpassung von der akuten Trauerphase zur integrierten Trauer nicht. Neu an den diagnostischen Kriterien der anhaltenden Trauerstörung der ICD-11 ist die kulturelle und religiöse Berücksichtigung der Betroffenen. Dennoch wird die anhaltende Trauerstörung als neues diagnostisches Kriterium kritisch sowohl von Wissenschaftlern als auch von praktisch tätigen Psychotherapeuten, Psychiatern, Trauerbegleitern und Berufsverbänden diskutiert. In einer Studie zur Akzeptanz der anhaltenden Trauerstörung als Diagnose gaben nur 11 % der Befragten aus psychosozialen Berufsgruppen an, dass sie das Zeitkriterium von sechs Monaten im Vergleich zu zwölf Monaten (49 %) angemessen fänden (Dietl et al., 2018).

Diagnostische Kriterien der anhaltenden Trauerstörung (ICD-11)

- (1) Anhaltende Trauerreaktion nach dem Tod einer nahestehenden Person (z. B. Partner, Kind, Elternteil)
- (2) Ausgeprägte Sehnsucht nach der verstorbenen Person, welche begleitet wird durch starke emotionale Schmerzen (z. B. Traurigkeit, Schuldgefühle, Wut, Verleugnung, Schuldgefühle, Schwierigkeiten, den Tod anzunehmen, das Gefühl, einen Teil des eigenen Selbst verloren zu haben, die Unfähigkeit eine positive Stimmung zu erleben, emotionale Taubheit, Schwierigkeiten bei der Beschäftigung mit sozialen oder anderen Aktivitäten)
- (3) Die Trauerreaktion persistiert über einen atypisch langen Zeitraum nach dem Verlust (mehr als mindestens sechs Monate).
- (4) Die Trauerreaktion übersteigt die erwarteten sozialen, kulturellen oder religiösen Normen für die Kultur und den Kontext des Einzelnen.
- (5) Trauerreaktionen, welche über längere Zeiträume andauern, und sich aufgrund des kulturellen und religiösen Kontextes der Person als eine normative Trauerzeit lassen, werden als normale Trauerreaktionen angesehen und erhalten keine Diagnose.

Vorteile der anhaltenden Trauerstörung als klinisches Störungsbild

Fürsprecher der anhaltenden Trauerstörung als klinisches Krankheitsbild argumentieren vor allem mit der Möglichkeit einer frühen Identifizierung derjenigen Trauernden, welche keinen normalen Trauerprozess durchleben. Dazu gehört die frühe Identifizierung von Risikogruppen, welche von frühen Hilfen profitieren würden. Zu den Risikofaktoren, eine anhaltende Trauerstörung zu entwickeln, gehören insbesondere mehrfache Verluste, vorangegangenes Trauma, mangelnde soziale Unterstützung, Substanzmissbrauch und eine problematische Beziehung zur verstorbenen Person zu Lebzeiten (Aoun et al., 2010; Newsom et al., 2016). Eine sozioökonomische Langzeitstudie aus Schottland (Stephen et al., 2015) konnte nachweisen, dass nach dem Tod

eines Ehepartners bzw. einer Ehepartnerin stationäre Klinikaufenthalte im Vergleich zur nicht-verwitweten Kontrollgruppe doppelt so lange waren und über die Jahre nach dem Verlust kontinuierlich zunahmen. Die untersuchten verwitweten Eheleute waren signifikant häufiger arbeitsunfähig in den ersten ein bis zwei Jahre nach dem Verlust.

Hinweis

Risikofaktoren für eine anhaltende Trauerstörung

- ▶ Mehrfache Verluste
- ▶ Unnatürlicher oder gewaltsame Todesumstände (z. B. Suizide)
- ▶ Mangelnde soziale Unterstützung
- ▶ Vorangegangenes Trauma
- ▶ Substanzmissbrauch
- ▶ Problematische Beziehung zur verstorbenen Person zu Lebzeiten
- ▶ Tod eines Kindes

Die psychischen, physischen und sozio-ökonomischen Kosten für Trauernde, die einer Risikogruppe angehören, sind hoch. Umso wichtiger ist es, diese frühzeitig zu identifizieren und zu unterstützen. Entsprechende psychologische Unterstützungsangebote sollten angeboten werden, um eine chronische Entwicklung der Trauersymptomatik zu verhindern, welche langfristige Folgen für die Betroffenen haben kann. Nicht verarbeitete Trauer kann nicht nur langfristige psychische Störungen zur Folge haben, sondern auch somatische Erkrankungen (z. B. Herzerkrankungen) oder eine erhöhte Mortalität aufweisen (Rostila et al., 2013a). Insbesondere Hinterbliebene von Suizid haben ein vielfach höheres Risiko, ebenfalls an Suizid zu sterben (Rostila et al., 2013b). Weitere wichtige Aspekte eines einheitlichen diagnostischen Kriteriums wäre die Verbesserung von diagnostischen Messinstrumenten und Psychotherapieangeboten.

Vorteile einer klinischen Diagnose der anhaltenden Trauerstörung

- ▶ Frühe Identifizierung von Risikogruppen
- ▶ Förderung evidenzbasierter Interventionen
- ▶ Verbesserte Hilfssysteme (z. B. Psychotherapie; Selbsthilfegruppen)
- ▶ Entwicklung von diagnostischen Messinstrumenten
- ▶ Anerkennung durch das Gesundheitssystem (z. B. Arbeitsunfähigkeitstage, Inanspruchnahme von Psychotherapie)

Kritik an der Diagnose der anhaltenden Trauerstörung

Neben den Vorteilen einer verbesserten Früherkennung und Versorgungsstruktur für Trauernde, die ein hohes Risiko aufweisen, an einer anhaltenden Trauerstörung zu leiden, gibt es auch kritische Stimmen bzgl. dieser neuen Diagnose. Die grundsätzliche Frage nach dem qualitativen Unterschied zwischen einer normalen Trauerreaktion