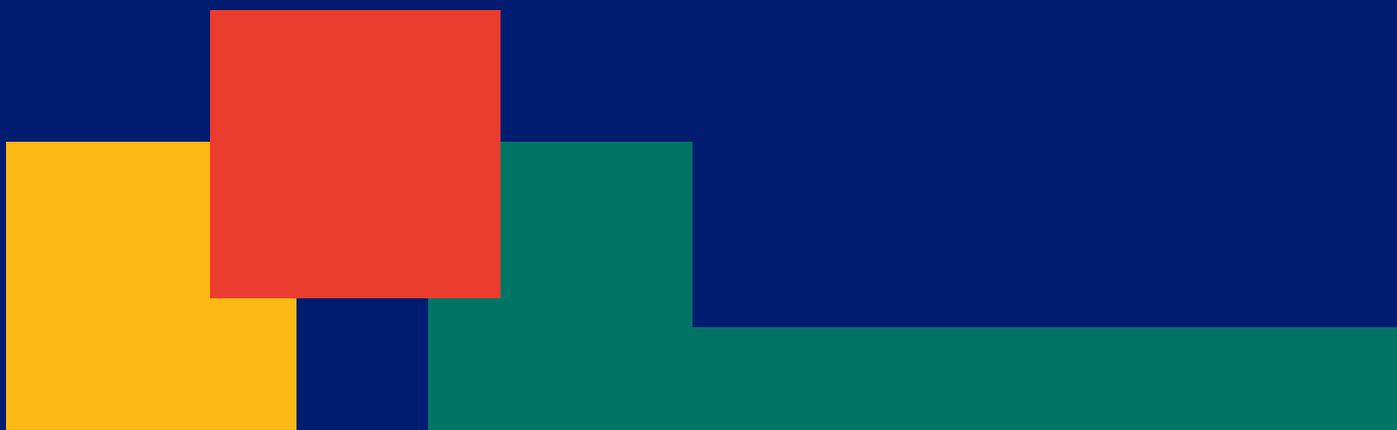


Rita Rosner · Gabriele Pfoh · Roberto Rojas
Monika Brandstätter · Ruth Rossi · Gudrun Lumbeck
Michaela Kotoučová · Maria Hagl · Edgar Geissner

Anhaltende Trauerstörung

Manuale für die Einzel- und Gruppentherapie



HOGREFE



Anhaltende Trauerstörung

Anhaltende Trauerstörung

Manuale für die Einzel- und Gruppentherapie

von

Rita Rosner, Gabriele Pfoh, Roberto Rojas,
Monika Brandstätter, Ruth Rossi, Gudrun Lumbeck,
Michaela Kotoučová, Maria Hagl und Edgar Geissner

HOGREFE



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

Prof. Dr. Rita Rosner, geb. 1962. Inhaberin des Lehrstuhls für Klinische und Biologische Psychologie an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt, Psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin.

Dr. Gabriele Pföh, geb. 1955. Seit 2007 Forschung, Lehre und klinische Tätigkeit an der Ludwig-Maximilians-Universität in München.

Dr. Roberto Rojas, geb. 1966. Seit 2013 Akademischer Mitarbeiter an der Abteilung Klinische und Biologische Psychologie der Universität Ulm, dort Aufbau und Leitung der psychotherapeutischen Hochschulambulanz.

Dipl.-Psych. Monika Brandstätter, M.A., geb. 1974. Psychotherapeutin, klinische und wissenschaftliche Tätigkeit in Psychosomatik und Palliative Care, seit 2013 in Victoria, Kanada.

Dipl.-Psych. Ruth Maria Rossi, geb. 1979. Seit 2006 Psychotherapeutin in der Psychosomatischen Schön Klinik Roseneck in Prien.

Dipl.-Psych. Gudrun Lumbeck, geb. 1974. Psychotherapeutin in der Psychosomatischen Schön Klinik Roseneck in Prien.

Dr. Michaela Kotoučová, geb. 1976. Seit 2013 als Psychotherapeutin in einer Praxis in München tätig.

Dr. Maria Hagl, geb. 1969. 1997-2014 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Department Psychologie der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Prof. Dr. Edgar Geissner, geb. 1952. Leitender Diplompsychologe der Psychosomatischen Schön Klinik Roseneck in Prien, und apl. Professor am Department Psychologie der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte 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 Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

© 2015 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag · Toronto · Boston
Amsterdam · Kopenhagen · Stockholm · Florenz · Helsinki
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien

Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2435-4

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Rosner, Pföh, Rojas, Brandstätter, Rossi, Lumbeck, Kotoučová, Hagl und Geissner – Anhaltende Trauerstörung (ISBN 9783840924354) © 2015 Hogrefe, Göttingen.

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.

Inhalt

Kapitel 1: Aktueller Forschungsstand zur anhaltenden Trauerstörung 9

Rita Rosner

1.1	Akute Trauer, normale integrierte Trauer und die anhaltende Trauerstörung	9
1.2	Modelle integrierter (normaler) und anhaltender Trauer	11
1.2.1	Trauerarbeit	11
1.2.2	Phasenmodelle	11
1.2.3	Aufrechterhaltung der Bindung (Continuing-Bonds-Perspektive)	12
1.2.4	Evolutionsbezogene Modelle	13
1.2.5	Kognitive Schemata, die gerechte Welt und soziale Unterstützung	13
1.3	Diagnosevorschläge zur anhaltenden Trauer	15
1.3.1	Konsensuskriterien nach Prigerson et al. (2009)	15
1.3.2	Kriterien nach Shear et al. (2011)	16
1.4	Messinstrumente	16
1.5	Zur Häufigkeit der anhaltenden Trauerstörung	17
1.6	Differenzialdiagnostik und Komorbidität	18
1.6.1	Anhaltende Trauer und Posttraumatische Belastungsstörung	18
1.6.2	Anhaltende Trauer und Depression	19
1.7	Biologische Korrelate	19
1.8	Risikofaktoren anhaltender Trauer	20
1.9	Übersicht zu bisherigen Interventionen	21
1.9.1	Metaanalysen	21
1.9.2	Ausgewählte Wirksamkeitsstudien	23
1.10	Zur Entwicklung der beiden in diesem Buch enthaltenen Manuale: Integrative Kognitive Verhaltenstherapie	24

Kapitel 2: Diagnose der anhaltenden Trauerstörung mit der deutschen Version des PG-13 27

Rita Rosner, Gabriele Pfoh und Michaela Kotoučová

2.1	Das PG-13 (Prolonged Grief-13)	27
2.2	Erste Ergebnisse zur Psychometrie des deutschen PG-13	28
2.3	Zur klinischen Diagnosestellung	28

Kapitel 3: Erfassung der Trauersymptomatik mit der deutschen Version des Inventory of Complicated Grief (ICG-D) 30

Monika Brandstätter, Gudrun Lumbeck und Edgar Geissner

3.1	Englische Fassung des Inventory of Complicated Grief	30
3.2	Methodik der deutschen Erstvalidierung: ICG-D	30
3.3	Ergebnisse der deutschen Erstvalidierung	30

Kapitel 4: Integrative Kognitive Verhaltenstherapie: Eine ambulante Einzeltherapie für die anhaltende Trauerstörung bei Erwachsenen 32

Gabriele Pfoh, Michaela Kotoučová und Rita Rosner

4.1	Grundlegendes zur integrativen Kognitiven Verhaltenstherapie für die anhaltende Trauerstörung im ambulanten Setting (KVT-PG)	32
4.1.1	Ziele der KVT-PG	33
4.1.2	Indikation: Für wen ist KVT-PG geeignet?	33
4.1.3	Welche Begriffe werden mit den Patienten verwendet?	34
4.1.4	Zur besonderen Beachtung bei ambulanter Einzeltherapie	35
4.2	KVT-PG: Ablauf und allgemeine Grundlagen	36
4.2.1	Sitzungsübergreifende und fortlaufende Themen und Interventionen	36
4.2.2	Verlauf und Ziele der Behandlung	40
4.2.3	Sitzungsinhalte und Materialien im Überblick	42
4.3	Aufbau der Behandlung	45
4.3.1	Abschnitt A: Stabilisieren, Explorieren, Motivieren und Ziele setzen (7 Sitzungen)	46
4.3.1.1	Sitzung A1: Einführung, Organisatorisches, Psychoedukation und Umgang mit Krisen	46
4.3.1.2	Sitzung A2: Umgang mit einschneidenden Lebensereignissen und Informationen zur Familie	49
4.3.1.3	Sitzung A3: Psychoedukation zur anhaltenden Trauerstörung: Allgemeines Modell und persönliches Erleben	52
4.3.1.4	Sitzung A4: Identifikation dysfunktionaler Kognitionen und Verhaltensweisen sowie individueller Trauerauslöser (Störungsmodell)	54
4.3.1.5	Sitzung A5: Vorstellen und Kennenlernen der verstorbenen Person und sekundäre Verluste	55
4.3.1.6	Sitzung A6: Zusammenfassung und Zielerarbeitung	57
4.3.1.7	Sitzung A7: Zielerarbeitung und Motivation	59
4.3.2	Abschnitt B: Reinterpretieren und Exponieren (9 Sitzungen)	61
4.3.2.1	Sitzung B8: Entspannungsverfahren	61
4.3.2.2	Sitzung B9: Umgang mit dysfunktionalen Kognitionen (Fokus auf dysfunktionale Denkprozesse)	62
4.3.2.3	Sitzung B10: Umgang mit dysfunktionalen Trauergedanken (Inhalte der Gedanken)	68
4.3.2.4	Sitzung B11: Umgang mit Emotionen und Wahrnehmungen	74
4.3.2.5	Sitzung B12/13: Exposition – Auseinandersetzung mit dem schlimmsten Moment	77
4.3.2.6	Sitzung B14: Resümee der Exposition	80
4.3.2.7	Sitzung B15/16: Akzeptanz	82
4.3.3	Abschnitt C: Integrieren, Transformieren, Abschluss (4 Sitzungen)	85
4.3.3.1	Sitzung C17: Erbe und weiterbestehende Bindung (continuing bonds)	85
4.3.3.2	Sitzung C18: Andenken und Zukunft	86
4.3.3.3	Sitzung C19: Neues Leben	87
4.3.3.4	Sitzung C20: Abschied	88
4.3.4	Optionale Sitzungen	90

Kapitel 5: Evaluationsergebnisse zur ambulanten Einzeltherapie der anhaltenden Trauerstörung (KVT-PG) 91

Rita Rosner, Gabriele Pfoh, Michaela Kotoučová und Maria Hagl

5.1	Methode	91
5.2	Ergebnisse und Diskussion	93

Kapitel 6: Gruppentherapie für die anhaltende Trauerstörung im stationären Setting 95

Roberto Rojas, Ruth Rossi, Monika Brandstätter, Rita Rosner und Edgar Geissner

6.1	Einführung	95
6.1.1	Ziele und Inhalte der Trauergruppe	96
6.1.2	Indikation: Für wen ist die Trauergruppe geeignet?	97
6.1.3	Umgang mit Komorbidität	97
6.1.4	Zur Person des Gruppentherapeuten	98
6.1.5	Zum Setting und zu den praktischen Rahmenbedingungen	99
6.2	Erste Sitzung: Einführung, Organisatorisches und Psychoedukation	100
6.3	Zweite Sitzung: Meine Trauerreaktion und Motivationsförderung	107
6.4	Dritte Sitzung: Leitgedanken zur Trauer und zu Traueraufgaben	113
6.5	Vierte Sitzung: Mögliche Folgen der anhaltenden Trauerstörung	120
6.6	Fünfte Sitzung: Einführung in die Arbeit mit dem schlimmsten Moment	125
6.7	Sechste Sitzung: Umgang mit Grübeln (Denkprozesse)	129
6.8	Siebte Sitzung: Umgang mit krankmachenden Gedanken und Einstellungen (Inhalte der Gedanken)	137
6.9	Achte Sitzung: Abbau von Vermeidungsverhalten	146
6.10	Neunte Sitzung: Transformation – Das Leben zurückerobern	152

Kapitel 7: Evaluationsergebnisse zur gruppentherapeutischen Behandlung der anhaltenden Trauerstörung 157

Gudrun Lumbeck, Rita Rosner und Edgar Geissner

7.1	Methode	157
7.2	Ergebnisse und Diskussion	157
7.2.1	Besserung der Symptomatik	157
7.2.2	Spezifität der Trauerbehandlung	160
7.2.3	Effekte für Alter, Geschlecht und Trauerintensität	160

Literatur 161

Anhang 167

Erhebungsbogen für anhaltende Trauer (Deutsche Version des PG-13)	169
Instruktionen zur Auswertung der deutschen Version des PG-13	172
Inventar Komplizierter Trauer (Deutsche Version des Inventory of Complicated Grief – ICG-D)	173
Materialien auf der CD-ROM	174

CD-ROM

Die CD-ROM enthält PDF-Dateien aller Materialien, die bei der Durchführung der Einzel- und Gruppentherapie verwendet werden können.

Die PDF-Dateien können mit dem Programm Acrobat® Reader (eine kostenlose Version ist unter www.adobe.com/de/products/reader.html erhältlich) gelesen und ausgedruckt werden.

Kapitel 1

Aktueller Forschungsstand zur anhaltenden Trauerstörung

Rita Rosner

Hin und wieder liest man in der Zeitung von Personen, die ihre geliebten Familienmitglieder nicht als verstorben melden, sondern oft noch Jahre mit ihnen zusammenleben. So kommt es immer wieder vor, dass die Leichen bereits einige Zeit mumifiziert in der Wohnung ihrer Angehörigen gelegen haben und (dann) eher zufällig entdeckt werden. Es ist leicht zu erkennen, dass das jahrelange Zusammenleben mit einer Leiche eine abnorme Form des Trauerns ist. Aber was ist mit den Personen, die die Kleider und Besitztümer eines Verstorbenen jahrelang aufbewahren, die das Zimmer der geliebten Person nicht verändern können oder die sich nicht an die neue Lebenssituation gewöhnen möchten und können? Wo beginnt die abnorme Form des Trauerns und wann ist die Trauer zwar schmerzhaft, aber noch ein normaler Prozess?

Die Schwierigkeit der Abgrenzung von normaler und abnormer Trauer sowie die berechtigte Sorge um die Pathologisierung der Trauer führte dazu, dass sich das Forschungsfeld bis in die 1990er Jahre nicht auf Definitionen abnormer Trauer einigen konnte. Seit den ersten Definitionsversuchen durch Horowitz et al. (1997) und Prigerson et al. (1999) wurde die Forschung zum Thema schließlich jedoch intensiviert und nun wird erwartet, dass sich in den jeweiligen Überarbeitungen des DSM- und der ICD-Versionen einer Trauerdiagnose finden werden. Zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Kapitels stand für die ICD-11 die Einordnung unter den „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ zur Diskussion. Für das DSM-5 wurde entschieden, dass die Störung unter dem Unterpunkt „Störungen, zu denen weitere Forschung notwendig ist“ aufgeführt wird. Die Einführung neuer Diagnosen wird allerdings nicht nur von vielen Fachleuten kritisch gesehen. Befürchtet wird vor allem ein inflationärer Gebrauch und damit die Pathologisierung an sich normaler Verläufe der Trauer. Der Nutzen einer neuen Diagnose muss daher sehr groß sein, um die Hürden für eine Neueinführung zu überwinden. Für neue Diagnosen sind insbesondere klare sowie empirisch abgesicherte Kriterien, differenzielle Komorbiditäten und Verläufe, eine eigene Ätiolo-

gie, differenzielle Risikofaktoren und eine differenzielle Intervention – und damit letztendlich ein klinischer Nutzen gefordert. Wie in den nächsten Absätzen deutlich wird, stehen zu den meisten Bereichen ausreichende Informationen zur Verfügung. Nicht allerdings zu den Symptomkriterien – hier konkurrieren mehrere Vorschläge.

Aus Forschungssicht stehen aktuell zwei leicht unterschiedliche diagnostische Kriteriensets zur Diskussion, die einmal den Begriff „Prolonged Grief Disorder“ (Prigerson et al., 2009) und einmal den Begriff „Complicated Grief Disorder“ (Shear et al., 2011) verwenden. Zudem fanden sich in den letzten Jahren weitere Begriffe und Definitionen, wie z. B. „Abnormal Grief“ oder auch „Traumatic Grief“. Aufgrund der Konnotation der Begriffe im Deutschen und in Anlehnung an das Buch von Znoj (2004) wurde bisher in Deutschland überwiegend der Begriff „komplizierte Trauer“ verwendet (z. B. Rosner & Wagner, 2013). Da sich aber zum aktuellen Zeitpunkt (Frühling 2014) abzeichnet, dass sich in der ICD-11 der Begriff „anhaltende Trauerstörung“ finden wird, haben wir uns der Einfachheit halber entschlossen in diesem Buch durchgehend diese Bezeichnung zu verwenden.

1.1 Akute Trauer, normale integrierte Trauer und die anhaltende Trauerstörung

Akute Trauer nach dem Verlust einer Bezugsperson wird individuell unterschiedlich erlebt und ausgedrückt, ist stark von kulturellen Normen beeinflusst und muss als eine natürliche Reaktion auf diesen Verlust gesehen werden. Trotz der manchmal sehr hohen psychischen Belastung sollte diese Reaktion nicht pathologisiert werden. Für die meisten Personen lässt die Trauerintensität innerhalb der ersten sechs Monate nach, wobei es gelegentlich zu einem kurzzeitigen Ansteigen der Trauerintensität auch nach diesen sechs Monaten kommen kann. Auch der normale Trauerprozess

kann durch eine starke Sehnsucht nach der verstorbenen Person und intensive Traurigkeit gekennzeichnet sein und wird durch die Todesumstände sowie durch intrapsychische und soziale Faktoren beeinflusst. Im Gegensatz zu anhaltend Trauernden kommt es allerdings zu einer allmählichen Integration des Verlustes und die Trauernden können sich nach einiger Zeit wieder ihren sozialen Beziehungen und ihrem Alltag zuwenden.

In einer der zentralen Studien zum Verlauf der Trauer untersuchten Bonanno und Kollegen (Bonanno et al., 2002; Bonanno, Boerner & Wortman, 2008) 205 Personen, die im Durchschnitt 72 Jahre alt waren, zu drei Messzeitpunkten: vor dem Verlust eines Ehepartners sowie sechs und 18 Monate nach dem Tod ihres Partners. Trauer wurde in dieser Studie sowohl über ein auf den Verlust bezogenes Depressionsmaß als auch über verschiedene Trauermessinstrumente operationalisiert (zur Problematik der Messinstrumente siehe Kapitel 1.4). Bonanno et al. (2008) definierten normale Trauer über eine niedrige Belastung vor dem Verlust, eine hohe Depressivität nach sechs und eine Besserung nach 18 Monaten. Eine niedrige Belastung oder Resilienz wurde konstatiert, wenn sich zu allen drei Zeitpunkten eine niedrige Depressivität fand. Als eine Verbesserung nach Depressivität wurde bezeichnet, wenn hohe Depressivität vor dem Verlust und niedrige Depressivität kurz sowie lang nach dem Verlust vorlag. Die Autoren bezeichneten schließlich Verläufe mit niedriger Depressivität vor dem Verlust, hoher Depressivität kurz und lang nach dem Verlust als chronische Trauer, und als chronische Depression Verläufe, bei denen Personen zu allen drei Zeitpunkten eine hohe Depres-

sivität aufwiesen. In Abbildung 1 findet sich eine Darstellung der Häufigkeiten der unterschiedlichen Verläufe.

Die Verteilung der Häufigkeiten zeigte, dass die Mehrheit der Personen nicht pathologische Verläufe entwickelte. Nur 16 % der Personen in der von Bonanno und Kollegen (2008) untersuchten Stichprobe litten unter chronischer Trauer, während 8 % chronisch depressiv waren. George Bonannos Studie ist aus vielerlei Gründen bemerkenswert: Zum einen muss man bedenken, dass in Querschnittsuntersuchungen (oder auch in einem einfachen klinischen Interview) chronisch depressive Personen möglicherweise der chronischen Trauer zugeordnet werden (obwohl die depressive Symptomatik in diesem Fall in keinem Zusammenhang zur Trauerreaktion steht). Zum anderen machen die Ergebnisse deutlich, dass die Mehrheit der Trauernden resilient war, d. h. auch 18 Monate nach dem Verlust keine große Belastung zeigten. Die Studie widerlegt daher auch mehrere der Mythen um die Trauer nach dem Verlust einer geliebten Person: Depressivität ist keine unweigerliche Folge des Verlustes, ebenso ist eine psychische Belastung nicht unvermeidlich. Es muss sich nicht, wenn man nicht „zur rechten Zeit“ trauert, eine sogenannte verzögerte Trauer entwickeln. Tatsächlich ist die verzögerte Trauer so selten, dass sie sich empirisch kaum in Zahlen fassen lässt.

Trotz einer aus diesen Ergebnissen folgenden Entpathologisierung des Phänomens Trauer ist dennoch zu berücksichtigen, dass die Trauer um eine Bezugsperson mit einer Reihe von Risiken ver-

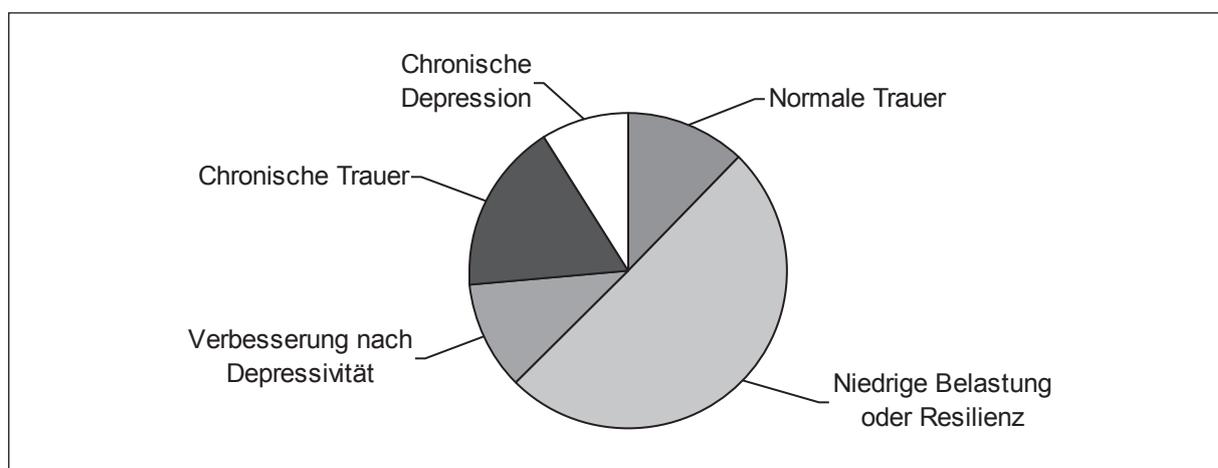


Abbildung 1: Empirisch gefundene Trauerverläufe nach Verlust des Partners (nach Bonanno et al., 2008)

bunden ist: Eine erhöhte Mortalität bei dem „überlebenden“ Partner (die Erhöhung liegt bei ca. 20 %, wobei Vorerkrankungen schon kontrolliert sind und Männer stärker von dieser Erhöhung betroffen sind als Frauen), eine gesteigerte Inanspruchnahme medizinischer Dienste, ein erhöhtes Risiko für Substanzmissbrauch, ein erhöhtes Risiko für Selbstmordversuche sowie Störungen des Immunsystems (Boelen & Prigerson, 2007; Latham & Prigerson, 2004; Prigerson, Vanderwerker & Maciejewski, 2008; Stroebe, Schut & Stroebe, 2007).

Merke:

Trauer um eine Bezugsperson ist ein normales nicht pathologisches Phänomen, das sich nur in Ausnahmefällen zu einer anhaltenden Trauerstörung entwickelt.

1.2 Modelle integrierter (normaler) und anhaltender Trauer

Theorien und aus ihnen abgeleitete Modelle zur Trauer stellen jeweils einen bestimmten Aspekt der Trauer in den Vordergrund. Einige der im Folgenden vorgestellten Modelle können mehreren Theorien zugeordnet werden. Sie wurden teilweise zeitgleich oder auch nacheinander entwickelt und enthalten deshalb häufig mehrere Aspekte bzw. wurden in der Folge entsprechend weiterentwickelt (Archer, 2008; Weiss, 2008). Eine sehr detaillierte Aufstellung insbesondere älterer Modelle findet sich zudem bei Rando (1993). Obwohl das analytische Modell der Trauerarbeit und die Phasenmodelle im engeren Sinn nicht mehr der aktuellen Theoriebildung entsprechen und nur geringfügig durch empirische Befunde abgesichert wurden, sind sie doch immer noch die Modelle mit der weitesten Verbreitung. Dies liegt vermutlich an der schlechten Übersetzungsarbeit zwischen Forschung und Praxis. Aus diesem Grund finden sich in den nächsten Absätzen auch Beschreibungen der älteren Modelle, um dem Leser eine Einordnung zu ermöglichen.

1.2.1 Trauerarbeit

Viele Aufstellungen zum Thema Trauer beginnen mit Freud und dem Begriff der Trauerarbeit. Freud formulierte in „Trauer und Melancholie“ (1917), dass Trauer eine bestimmte Funktion er-

füllt – nämlich sich aktiv von Gedanken und Gefühlen an den Verstorbenen zu lösen (libidinöse Bindung), mit dem Ziel, dass der Trauernde bei erfolgreicher Ablösung schließlich neue Beziehungen eingehen kann. Dieser aktive Prozess wurde später unter dem Begriff „Trauerarbeit“ zusammengefasst. Es wurde angenommen, dass sich eine pathologische Trauer entwickle, wenn Trauernde entweder die Trauerarbeit vermeiden oder widersprüchliche Gefühle bzw. eine konflikthafte Beziehung gegenüber dem Verstorbenen haben. Das Freudsche Trauerkonzept hat, trotz nicht vorhandener empirischer Bestätigung, eine weite Verbreitung gefunden und ist auch heute noch das bekannteste Modell außerhalb der Psychologie. Besonders deutlich wird dies auch an der Tatsache, dass sich häufig Patienten nach einem Todesfall zur Behandlung anmelden oder überwiesen werden, weil sie selbst oder ihre Umgebung finden, dass sie nicht genug trauern. Und wenn sie dies nicht tun, dann würde sich sicher später eine pathologische Trauer entwickeln, daher sei jetzt, obwohl symptomfrei, eine Psychotherapie notwendig.

Die weite Verbreitung dieses Modells ist umso erstaunlicher, als bereits in den 1920er Jahren Befunde bekannt waren (siehe Archer, 2008), die das Modell widerlegten. Die Arbeiten von Bonanno (z. B. Bonanno et al., 2002; Bonanno, Papa, Lalande, Zhang & Noll, 2005) zeigen, dass der starke Ausdruck negativer Emotionen früh im Trauerprozess mit hoher späterer Belastung einhergeht, dass verzögerte Trauer empirisch extrem selten ist sowie dass die meisten Personen resilient sind bzw. von Anfang an niedrige Trauerwerte erreichen (zu einer genaueren Aufstellung der empirischen Befunde siehe Wortman & Boerner, 2006; Wortman & Silver, 1989).

1.2.2 Phasenmodelle

In den vergangenen 50 Jahren gab es eine Reihe von Theorien, die versuchten, den normalen Trauerprozess zu beschreiben. Zu den ältesten und am weitesten verbreiteten Modellen gehören die Phasenmodelle der Trauer als Erklärungsansatz einer idealen Trauerverarbeitung. Die bekanntesten Phasenmodelle sind die Modelle von Kübler-Ross (1973) sowie von Bowlby (1961, 1980) und Parkes (1972). Letzteres wurde im deutschsprachigen Raum von Verena Kast (1994) in einem psychodynamischen Rahmen weiterentwickelt.

Elisabeth Kübler-Ross (1973) unterscheidet die Phasen:

1. Nicht-wahr-haben-wollen und Schock,
2. Wut und Zorn,
3. Feilschen und Verhandeln,
4. Depression,
5. Akzeptanz.

Bowlby (1961, 1980) und Parkes (1972) betonen in ihrem Modell den Bindungsaspekt stärker und benennen die vier Phasen wie folgt: Erschütterung – intensives Verlangen und Suchen – Unordnung und Verzweiflung – Neuordnung. John Bowlbys Bindungstheorie, die ursprünglich auf psychoanalytischen Grundannahmen basierte, wurde später deutlich weiterentwickelt, und stellt mit ihren evolutionstheoretischen Aspekten heute eine der wichtigsten Theorien zur Trauer dar. Bowlby verband das Konzept der Bindung mit den Reaktionen auf Verlust und Trennung und integrierte biologische Aspekte. Laut Bowlby handelt es sich bei Trauer um eine Sonderform des Trennungsschmerzes. In der Bindungstheorie wird angenommen, dass das Bindungssystem bei Kindern ebenso wie das komplementäre Fürsorgeverhalten bei der Mutter biologisch angelegt ist. Bei einer Trennung von der Mutter im Säuglings- und Kleinkindalter protestieren die Kinder gegen diese Trennung. Wenn die Bindungsperson (meistens die Mutter) zurückkehrt, kann sich das Kind wieder beruhigen und sich erneut dem Explorationsverhalten zuwenden. Viele dieser Bindungserfahrungen führen letztendlich zur Entwicklung bestimmter Bindungsstile, die über die Entwicklung hinweg relativ stabil sind und sowohl die Bindung zu romantischen Partnern als auch zu den eigenen Kindern vorhersagen. Auch im Falle des Todes einer Bindungsperson wird das Bindungsverhalten aktiviert und mit intensivem Protest, intensiver Sehnsucht und Suchen sowie Verzweiflung auf den Verlust reagiert. Anders als bei üblichen Trennungen kann es im Todesfall aber nicht zu einer Rückkehr und Neuordnung kommen, es folgt Unordnung und Verzweiflung.

Der Vorteil an Bowlbys Annahmen ist, dass die einzelnen Aspekte der Bindungstheorie, bezogen auf kurze Trennungen der Kinder von ihren Müttern, in den letzten Jahrzehnten intensiv empirisch überprüft und belegt wurden. Zudem kann Bowlby mit seinem Modell den evolutionären Zweck der Trauer als ins Leere laufendes Bindungsverhalten erklären. Allerdings blieben in Bowlbys Modell auch einige der oben bereits erwähnten widerlegten psychoanalytischen Grundannahmen enthal-

ten, wie etwa das Konzept der Trauerarbeit und die Entstehung pathologischer Trauer.

Wie man aus der entwicklungspsychologischen Forschung weiß, sind Phasenmodelle empirisch schwer überprüfbar, da Teilprozesse aus der einen Phase meist auch in anderen Phasen ablaufen können oder auch die Reihenfolge der Phasen nicht immer den Annahmen entsprechen muss. Um diese Kritik aufzufangen, hat Worden (2001) sein Phasenmodell in ein „Aufgabenmodell“ umgewandelt und beschreibt nun vier Aufgaben, die man im Rahmen der Trauerbewältigung bzw. bei der Integration des Verlustes, bearbeiten muss. Diese vier Phasen heißen wie folgt: (1) Die Realität des Verlustes anerkennen; (2) Den Schmerz durcharbeiten; (3) Anpassung an die Lebenswelt; (4) Den Verstorbenen in einen neuen Kontext stellen und „weiterleben“. Wordens Modell ist sowohl im angelsächsischen Bereich als auch in Deutschland in der Trauerberatung sehr verbreitet, obwohl die empirische Bestätigung für Aufgabe 2: „Den Schmerz durcharbeiten“ in keiner Weise gegeben ist, wie z. B. schon an den bereits ausgeführten Studienergebnissen von Bonanno deutlich wird. In der Summe berücksichtigen Phasenmodelle die individuelle Variabilität von Trauer nach Verlusten nicht angemessen.

Obwohl diese Phasenmodelle also bisher selten empirisch abgesichert werden konnten, gibt es einige Arbeiten, die zumindest für eine Teilgruppe der Trauernden einen systematischen Verlauf nahelegen (z. B. die *Yale Bereavement Study*; Maciejewski, Zhang, Block & Prigerson, 2007). Leider sind diese jedoch aus methodischer Sicht angreifbar.

Allen Phasen- oder Aufgabenmodellen gemeinsam ist, dass ein „erfolgreicher“ Trauerprozess letztendlich zur Integration des Trauerprozesses führt. Pathologische Trauerprozesse können als ein „Steckenbleiben“ in einer Phase oder das nicht erfolgreiche Bewältigen der Traueraufgaben gekennzeichnet werden.

1.2.3 Aufrechterhaltung der Bindung (Continuing-Bonds-Perspektive)

Die sogenannte Continuing-Bonds-Perspektive baut im Wesentlichen auf John Bowlbys Bindungstheorie auf, unterscheidet sich aber in einem zentralen Punkt: Es wird nicht mehr davon ausge-

gangen, dass die Bindung gelöst werden muss und durch eine neue Bindung ersetzt wird; vielmehr wird auf den empirischen Befund Bezug genommen, dass auch gesunde Personen noch weiter an die Verstorbenen denken und dass tatsächlich das Aufrechterhalten der Bindung an den Verstorbenen adaptiv ist (siehe z. B. Klass, Silverman & Nickman, 1996). Diese Sichtweise bildet somit eine gegensätzliche Position zur psychoanalytischen Sichtweise, der sie vorwirft, westlich-individualistisch zu sein (Field, 2008). Continuing-Bonds-Protagonisten halten das gesunde Aufrechterhalten der Bindung sogar für ein zentrales Ziel einer Psychotherapie (Neimeyer, 2000) und unterstreichen, dass die Rekonstruktion der Bedeutung des Verstorbenen („Meaning Reconstruction“) in der Form der Integration des Verlustes und der Repräsentation des Verstorbenen notwendig ist. Aktuell wurde auch die Continuing-Bonds-Perspektive ausdifferenziert: Während man nun davon ausgeht, dass die Bindung weiter besteht, wird allerdings auch anerkannt, dass nicht jede Form einer weiteren Bindung an den Verstorbenen adaptiv sein muss und dass sich die Bindung an eine Person nach deren Tod verändert.

1.2.4 Evolutionsbezogene Modelle

Trauer wird als universelle menschliche Reaktion auf einen Verlust gesehen. Bereits Darwin beschrieb den Gesichtsausdruck bei Trauernden sowie trauerähnliche Prozesse bei Vögeln und Säugetieren („The Expression of the Emotions in Man and Animals“, 1872). In der evolutionsbezogenen Sichtweise steht die Frage nach dem Nutzen der Trauer um Bezugspersonen im Mittelpunkt: Warum also werden Personen, die durch die Trauer abgelenkt und psychisch belastet sind – und damit auch bei der täglichen Aufgabe zu überleben im Nachteil – nicht durch Personen ersetzt, die nicht trauern, sondern sofort ihre Partner und Kinder vergessen und sich dadurch effektiver den überlebenswichtigen Aufgaben widmen können? Tatsächlich wirken die Versuche, direkte Überlebensvorteile durch eine Trauerreaktion zu finden, nicht sehr überzeugend (siehe Archer, 1999). Vielmehr hat sich die bereits erwähnte Sichtweise John Bowlbys durchgesetzt, die Trauer als eine Sonderform des Verhaltens nach Trennung von einer Bindungsperson sieht. Da Trennungen sehr viel häufiger vorkommen als endgültige Verluste, haben sich jedoch keine zwei getrennten Reaktionsformen herausgebildet.

In der empirischen Überprüfung der evolutionspsychologischen Sichtweise spielen zwei Begriffe eine zentrale Rolle: der Verwandtschaftskoeffizient (Anteil der gemeinsamen Gene zwischen Personen) und der reproduktive Wert (der Beitrag, den ein enger Verwandter zum Überleben beiträgt). Für die Trauer zeigte sich, dass eineiige Zwillinge tatsächlich mehr um ihren verstorbenen Zwilling trauern als zweieiige Zwillinge (siehe Archer, 2008). In Bezug auf den reproduktiven Wert fand sich ein kurvilinearere Zusammenhang in dem Sinne, dass die Trauer dann am intensivsten ist, wenn der Tod zu Beginn des reproduktiven Alters erfolgt (in dieser Studie im Alter von 17 Jahren). Jüngere und ältere Tote werden demnach weniger intensiv betrauert.

1.2.5 Kognitive Schemata, die gerechte Welt und soziale Unterstützung

Aus dem Bereich der Forschung zu Traumafolgestörungen und der Lerntheorie wurde eine Reihe von Modellen für die Trauer übernommen und adaptiert. Eines der bekanntesten und einflussreichsten Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Traumafolgestörung – zu der im weitesten Sinn auch die (anhaltende) Trauer gehört – ist das „kognitiv-psychodynamische“ Modell von Horowitz (1976, 1986, 1997). Dieses Modell basiert auf seiner Schema- und Selbstregulationstheorie und weist zudem Anteile eines Phasenmodells auf. Als eigentlich wirksamer Prozess im Rahmen einer kognitiven traumabezogenen Informationsverarbeitung wird eine „Vervollständigungstendenz“ (*completion tendency*) des Bewusstseins angenommen. Dabei wird allgemein zugrunde gelegt, dass jede neue Information in bereits existierende kognitiv-emotionale Schemata eingeordnet wird. Im Bereich der traumatischen Erfahrungen – hierzu würde man auch den Verlust von Bezugspersonen zählen – können diese neuen Informationen aufgrund von Informationsüberlastung jedoch nicht in bestehende Strukturen integriert werden. Ein Vorgang, der im günstigen Fall zu einer Assimilation der traumatischen Erfahrung und einer Akkommodation bestehender Schemata führt. Im ungünstigen Fall kommt es allerdings über pathologische Abwehrmechanismen zu einer pathologischen Verarbeitung, die sich in unterschiedlichen Symptomen niederschlagen kann. Die einzelnen Phasen können sich dabei abwechseln und auch mehrfach durchlaufen werden.

Zu den neueren Modellen der Trauerverarbeitung, welche die Balance zwischen Trauerarbeit und der wiederherstellungsorientierten Zuwendung zu neuen Aufgaben aufzeigen, gehört das *Duale Prozess-Modell* (Stroebe & Schut, 1999). Danach spielen zwei Verarbeitungsprozesse eine wichtige Rolle und wechseln sich während des Trauerverarbeitungsprozesses kontinuierlich ab: (1) verlustorientiertes Verarbeiten (z. B. Trauerarbeit, Auflösen der Bindung zur verstorbenen Person) und (2) wiederherstellungsorientiertes Bewältigen (z. B. neue Rollen übernehmen und neue Beziehungen aufnehmen, neue Dinge unternehmen). Im Modell wird die fortwährende Oszillation zwischen verlustorientierter und wiederherstellungsorientierter Bewältigung beschrieben. Dieses Modell löst eine Reihe der oben genannten Diskrepanzen zwischen empirischen Befunden und den Modellannahmen. So kann das Duale Prozess-Modell Bonannos Befund erklären, dass zwischen dem verbalen Vermeiden emotionaler Inhalte und der psychischen Gesundheit ein positiver Zusammenhang besteht (z. B. Bonanno & Kaltman, 1999) und dass Personen, die positive Erinnerungen an den Verstorbenen und ihren Verlust zulassen können, mit der Trauer besser zurechtkommen sowie schneller ins Leben zurückfinden. Im Zentrum des Modells steht also eher das Regulieren der Gefühle durch das Oszillieren zwischen verlustorientiertem und wiederherstellungsorientiertem Verarbeiten.

Bereits Horowitz führte die kognitive Verarbeitung des Verlustereignisses in seine Theorie ein. Im Rahmen der Klinischen Psychologie hat sich in den letzten Jahrzehnten eine Vielzahl von kognitiven Modellen für verschiedene Störungen etabliert. Grob gesagt lassen sich innerhalb der kognitiven Modelle zwei Tendenzen unterscheiden: Während in der einen Richtung der Fokus auf der Interpretation des Verlustes und der eigenen Symptomatik liegt, betonen andere Ansätze die durch das Trauma veränderten Schemata des Selbst, der Welt an sich und der Bezugspersonen.

Ehlers und Clark (2000) formulierten ein Kognitives Modell der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), das auf einer Synthese vieler Modelle und Befunde zur PTBS beruht. Abgeleitet aus den hier geschilderten Modellen zu Traumafolgestörungen und insbesondere zur PTBS entwickelten Znoj (2004) sowie Rosner, Pfoh und Kotoučová (2011) *Modelle zur komplizierten (bzw. anhaltenden) Trauer*. Beide Modelle sind klini-

sche Modelle und fokussieren eher auf die detaillierte Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung einer anhaltenden Trauer, als auf die Erklärung eines normalen Trauerverlaufes.

Znojs (2004) Modell betont das „Aufschaukeln der Trauerreaktion durch dysfunktionale Kognitionen und dadurch ausgelöste intensive Gefühle“ (S. 40) wie Ärger oder Schuld (siehe Abbildung 23 in Kapitel 6). Sowohl die Kognitionen als auch die damit verbundenen Gefühle verstärken die Verleugnung des Verlustes. Während zu Anfang des Trauerprozesses Protest vorherrscht, wird dieser allmählich durch Intrusionen abgelöst, die schließlich das emotionale Gleichgewicht stören. Durch positive Rückkoppelung entwickelt sich letztendlich ein zeitlich lang andauernder Reaktionskreis. Im gruppentherapeutischen Manual (vgl. Kapitel 6) findet sich eine modifizierte Darstellung des Aufschaukelungsmodells für Patienten.

Das Modell von Rosner et al. (2011; siehe auch Kotoučová, 2011; Pfoh, 2012) in Abbildung 2 ist weniger ein Phasenmodell als ein Regelkreismodell und beschreibt die Verstärkung anfänglicher Symptome, wie z. B. intensive Sehnsucht nach dem Verstorbenen und der überwältigende emotionale Schmerz, durch die Art der Bewältigung – nämlich einerseits durch Vermeidung, aber auch durch die andauernde Beschäftigung mit dem Verlust, was ebenfalls als eine Form der Vermeidung gilt. Der Trauernde vermeidet, sich daran zu erinnern, dass die Bezugsperson gestorben ist. Sowohl Vermeidung als auch übermäßige Auseinandersetzung führen kurzfristig dazu, dass sich die Trauernden weniger einsam fühlen, den Schmerz weniger intensiv erleben und weniger Sehnsucht verspüren. Langfristig führt dies aber zu einer Reihe emotionaler und funktionaler Einschränkungen. Aufgaben des täglichen Lebens können nicht übernommen werden, da sonst die Vermeidung nicht aufrechterhalten werden kann oder die übermäßige Auseinandersetzung dies verhindert. Letztendlich ist das komplette Ausblenden des Verlustes allerdings unmöglich. Aus diesem Grund lösen entweder externe (z. B. die leere Wohnung, Fernsehberichte über Krebs) oder interne Trigger (z. B. Erinnerungen an die Todesumstände oder bestimmte vermiedene Gefühle) Gefühle der Hoffnungs- und Hilflosigkeit aus, die schließlich wiederum dazu führen, dass die Symptome der anhaltenden Trauer erneut erlebt werden.

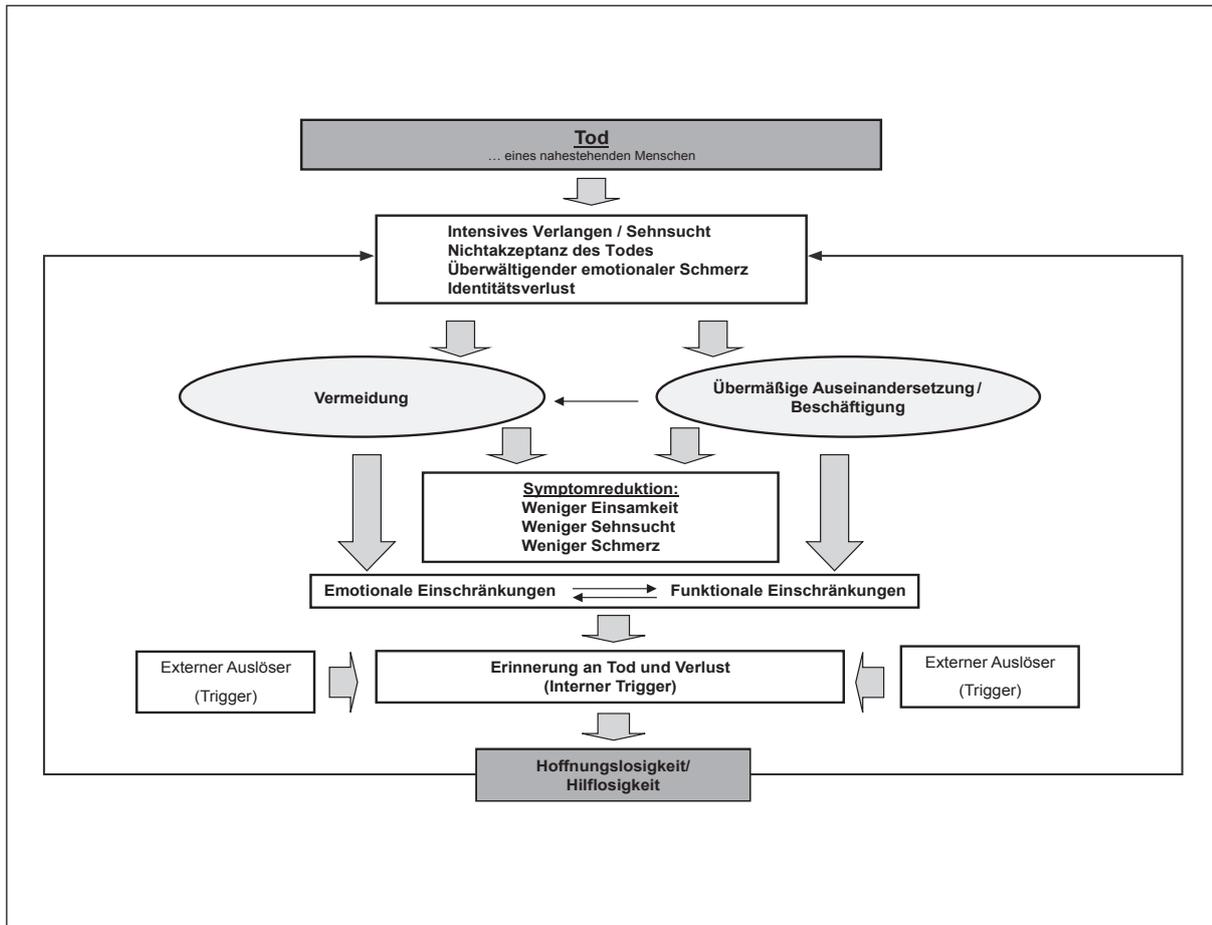


Abbildung 2: Modell komplizierter/anhaltender Trauer (Kotoučová, 2011; Pfoh, 2012; Rosner, Pfoh & Kotoučová, 2011)

Im ambulanten Manual wird dieses Modell im Rahmen der Psychoedukation angewandt. Die Inhalte der Kreise und Kästen werden dann in einem zweiten Schritt mit den individuellen Triggern, Vermeidungsverhaltensweisen und dysfunktionalen Gedanken des Patienten ergänzt.

1.3 Diagnosevorschläge zur anhaltenden Trauer

Wie bereits oben erwähnt, gibt es derzeit Bestrebungen, die anhaltende Trauerstörung als Unterkategorie der stressbedingten Störungen zu benennen und in die Neuauflage der ICD mit einzuschließen (Maercker et al., 2013). Die beiden aktuell konkurrierenden Versionen unterscheiden sich nur in wenigen Punkten.

1.3.1 Konsensuskriterien nach Prigerson et al. (2009)

2009 formulierte eine Arbeitsgruppe um Holly Prigerson diagnostische Kriterien für die in dieser Version als „Prolongierte Trauer“ bezeichnete Störung (*Prolonged grief disorder*; Prigerson et al., 2009; siehe Kasten). Das neue Diagnosekriterium wurde bisher allerdings nur einmalig in einer US-Studie validiert. Das heißt, weitere Validierungsstudien mit unterschiedlichen Trauergruppen (z. B. trauernde Eltern, ältere Trauernde, Menschen mit traumatischen Verlusten, Adaptation auf Kinder), auch unter Berücksichtigung kultureller Unterschiede, sollten durchgeführt werden, um diese ersten Ergebnisse zu bestätigen.

Diagnostische Kriterien der Prolongierten Trauer (Prigerson et al., 2009)

- A) *Ereignis-Kriterium*: Verlust durch den Tod einer nahestehenden Person.
- B) *Trennungstress*: Die trauernde Person sehnt sich stark nach der verstorbenen Person (z. B. nach ihr verlangen, physisches oder emotionales Leiden durch das Sich-Sehnen bedingt, verbunden mit dem starken Wunsch, mit der verstorbenen Person wieder vereint zu sein).
- C) *Kognitive, emotionale und behaviorale Symptome*: Die trauernde Person sollte fünf oder mehr der folgenden Symptome täglich oder in einer sehr stark ausgeprägten Form erleben:
1. Unsicherheit bezüglich der eigenen Rolle im Leben oder das Gefühl, das eigene Leben habe keinen Sinn mehr (z. B. das Gefühl, ein Teil von einem selbst wäre gestorben).
 2. Schwierigkeiten, den Tod zu akzeptieren.
 3. Vermeiden von Erinnerungen, die mit dem Verlust in Zusammenhang stehen.
 4. Unfähigkeit, anderen seit dem Verlust zu vertrauen.
 5. Verbitterung und Wut im Zusammenhang mit dem Verlust.
 6. Schwierigkeiten, das eigene Leben fortzuführen (z. B. neue Beziehungen einzugehen, eigene Interessen zu verfolgen).
 7. Emotionale Taubheit seit dem Verlust.
 8. Das Gefühl, dass das eigene Leben seit dem Verlust unerfüllt, leer und bedeutungslos geworden ist.
 9. Nicht glauben können, dass jemand tot ist, und Schock durch den Verlust.
- D) *Zeitkriterium*: Der Trauerfall muss mindestens 6 Monate zurückliegen.
- E) *Psychosoziale Beeinträchtigungen*: Die Störung verursacht klinisch relevante Einbußen psychischen Funktionierens in sozialen Bereichen, im Beruf oder in anderen wichtigen Lebensbereichen.
- F) *Differenzialdiagnostik*: Die Beeinträchtigungen können nicht als Folgen oder Symptome einer Depression, Generalisierten Angststörung oder Posttraumatischen Belastungsstörung diagnostiziert werden.

1.3.2 Kriterien nach Shear et al. (2011)

Basierend auf der Kritik zur Stichprobe der Prigerson-Kriterien sammelten Shear et al. (2011) Daten, die auf einer deutlich breiteren Stichprobe fußen. Diese wurden anschließend faktorenanalytisch ausgewertet (Simon et al., 2011). Als Gegensatz zur obigen Kriterienliste wird bei Shear et al. die Sehnsucht nach dem Verstorbenen zusammen mit drei weiteren Kriterien unter Trennungsschmerz subsummiert und verliert damit seine prominente Stellung. Zudem wurden neben Suizidgedanken und suizidalem Verhalten zwei weitere Items in die Kriterienliste aufgenommen: Rumination bezüglich der Todesumstände oder der Konsequenzen des Verlustes und physische und emotionale Erregung in der Folge von Erinnerungsreizen.

Da sich die meisten derzeit publizierten Studien auf die älteren Horowitz-Kriterien oder die Prigerson-Kriterien beziehen, bleibt abzuwarten, welche Kriterienliste letztendlich in die diagnostischen Manuale aufgenommen wird.

1.4 Messinstrumente

Obwohl aktuell eine Reihe von Messinstrumenten zur Abbildung von Trauerprozessen zur Verfügung steht, ist dieser Bereich mit einigen Problemen verbunden. Dies liegt zum einen an den unterschiedlichen Definitionen, die in den letzten 15 Jahren für die Diagnose der anhaltenden Trauer formuliert wurden, zum anderen zeigen die Verfahren Mängel bei der psychometrischen Evaluation. Innerhalb der Verfahren zur Erfassung der normalen Trauer dürfte das *Texas Revised Inventory of Grief* (Faschingbauer, Zisook & de Vaul, 1987) das am besten evaluierte Verfahren sein.

Von den Messinstrumenten zur Unterscheidung von pathologischen und normalen Formen der Trauer sollen im Folgenden exemplarisch einige besprochen werden. Eine Übersicht findet sich bei Neimeyer, Hogan und Laurie (2008).

Im Bereich der Interviewverfahren sind aktuell mehrere Interviews verbreitet, die sich auf die jeweiligen Kriterien zur Unterscheidung von komplizierter, traumatischer und prolongierter Trauer beziehen: Entsprechend dem Horowitz-Modell (Horowitz et al., 1997) wurden Items zu den Symptomgruppen, die *Complicated-Grief-Symptoms-*

Questions, gebildet und an das Interviewformat des SKID (*Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*) angeglichen. Dieses strukturierte diagnostische Interview mit 30 Fragen, als Ergänzung des *Structured Clinical Interview* für die DSM-III-R-Non-Patient Edition (SCID-NP), wurde ins Deutsche übertragen, zudem konnte an einer deutschen Stichprobe das Stress-Reaktions-Modell für die so definierte komplizierte Trauer empirisch untermauert werden (Forstmeier & Maercker, 2007).

Bei dem zweiten Interviewverfahren, der *Traumatic Grief Evaluation of Response to Loss*, handelt es sich um ein strukturiertes klinisches Interview, das die Diagnose einer traumatischen Trauer basierend auf den Kriterien von Prigerson et al. (1999) ermöglicht. In einer ersten Version lag dabei die geforderte Beeinträchtigungsdauer bei zwei Monaten, wurde in verschiedenen Veröffentlichungen schließlich jedoch modifiziert, da die Werte nach sechs Monaten als stabiler bewertet wurden. Prigerson empfiehlt die Vergabe der Diagnose, wenn fünf oder mehr Symptome vorliegen.

In unserer ambulanten Studie zur Behandlung anhaltender Trauer (vgl. Kapitel 5) wurde von uns ein Interview zur Diagnose der anhaltenden Trauerstörung eingesetzt, nämlich das *PG-13 (Prolonged Grief-13)*; Prigerson & Maciejewski, n. d.; dt. Übersetzung d. Pfoh, 2007; überarb. Pfoh & Rosner, 2014). Das PG-13 besteht aus 13 Items, ist mit den oben genannten Konsensus-Kriterien nach Prigerson weitgehend deckungsgleich und wurde mittlerweile in einer Reihe von Studien verwendet (z. B. Schaal, Jacob, Dusingimungo & Elbert, 2010; Supiano & Luptak, 2013). Eine detaillierte Darstellung dieses klinischen Interviews findet sich in Kapitel 2 (eine Kopiervorlage der derzeitigen deutschen Fassung findet sich im Anhang auf Seite 169 und auf der CD-ROM).

Das weltweit am häufigsten verwendete Selbstbeurteilungsmaß ist das *Inventory of Complicated Grief (ICG)*; Prigerson et al., 1995; deutsche Version von Lumbeck, Brandstätter & Geissner, 2012). Es ist angelehnt an die von Prigerson 1995 veröffentlichten Kriterien zur komplizierten Trauer (Prigerson et al., 1995), besteht aus 19 Items und zeigt zufriedenstellende psychometrische Kennwerte. Werte über 25, die in der Evaluationsstichprobe die oberen 20 Prozent der Werteverteilung beschreiben, gelten dabei als Indikator für eine anhaltende Trauer. Zu den abgefragten Symptomen

gehören die andauernde Beschäftigung mit dem Verlust, Sehnsucht, Suchverhalten, die Unfähigkeit, den Verlust zu akzeptieren, Ärger, Bitterkeit, Neid, Unglauben bezüglich des Verlustes, intensive Einsamkeit, innere Leere, Benommenheit, Schwierigkeiten, anderen Personen zu vertrauen, die Vermeidung von Erinnerungsreizen, das Hören der Stimme oder das Sehen des Verstorbenen. Informationen zum ICG finden sich in Kapitel 3. Im Anhang auf Seite 173 sowie auf der CD-ROM ist eine Kopiervorlage der deutschen Version des ICG (ICG-D; Lumbeck et al., 2012) zu finden.

Merke:

International ist das ICG in der Fragebogenform das am weitesten verbreitete Instrument. Der Cut-off für das Vorliegen einer anhaltenden Trauer liegt bei 25 Punkten.

1.5 Zur Häufigkeit der anhaltenden Trauerstörung

Aktuell liegen sehr unterschiedliche Schätzungen zur Häufigkeit der anhaltenden Trauerstörung vor. Dies ist angesichts der recht unterschiedlichen Kriterien, der unterschiedlichen Methoden (Interview vs. Fragebogen), der verstrichenen Zeitspanne zwischen Todesfall und Untersuchungszeitpunkt und der unterschiedlichen Zusammensetzung der untersuchten Stichproben nicht weiter verwunderlich. In einem Übersichtsartikel (Shear et al., 2011) wird geschätzt, dass ca. 10 % derjenigen, die einen Verlust erlitten haben, eine anhaltende Trauer entwickeln. Diese Übersicht bezieht sich allerdings überwiegend auf US-amerikanische Studien.

Die Ergebnisse der wenigen repräsentativen Studien berichten deutlich geringere Prävalenzen: In einer repräsentativen japanischen Studie ($N=1\,979$; Fujisawa et al., 2010) wurde eine Prävalenz von 2.4 % berichtet, die mit einem aus fünf Items bestehenden Screening Instrument erfasst wurde. Die Stichprobe ist allerdings leicht verzerrt, da nur Menschen im Alter von 40 bis 79 Jahren befragt sowie Eltern, die ein Kind verloren hatten, ausgeschlossen wurden. Forstmeier und Maercker (2007) untersuchten eine repräsentative Stichprobe von 570 älteren Schweizern und wendeten sowohl die Horowitz- als auch die Prigerson-Kriterien an. Unter den Studienteilnehmern, die einen Verlust berichteten, erfüllten 22.2 % die Horowitz et al.-

Kriterien (1997) und 4.6 % die Prigerson et al.-Kriterien (1999). Bezogen auf die Bevölkerung würde das eine Prävalenz von 4.2 % bzw. 0.9 % bedeuten (Maercker et al., 2008). Kersting, Brähler, Glaesmer und Wagner (2011) fanden in einer großen deutschen repräsentativen Stichprobe ($N=2520$) im Alter zwischen 14 und 95 Jahren eine bedingte Häufigkeit von 6.7 % nach einem Verlust und eine Gesamtprävalenz von 3.7 %. In einer Studie aus den Niederlanden (Newson, Boelen, Hek, Hofman & Tiemeier, 2011) wurden 5741 ältere Erwachsene (55 Jahre und älter) untersucht: Es fand sich eine Prävalenz von 4.8 % für die Gesamtpopulation. Bezogen auf diejenigen, die aktuell einen Verlust erlitten hatten, lag bei 25.4 % anhaltende Trauer vor.

Deutlich mehr Studien existieren zur Häufigkeit anhaltender Trauer in klinischen Stichproben: Piper, Ogradniczuk, Joyce und Weideman (2011a) fanden bei 33 % ambulanter Psychatriepatienten eine anhaltende Trauer. Simon et al. (2007) berichten für 24 % der Patienten mit bipolarer Störung eine anhaltende Trauer. Bei Patienten mit schwerer Depression wurden bei 25 % nach einem Verlust eine anhaltende Trauer gefunden (Sung et al., 2011).

Auch in Hochrisikogebieten (etwa nach Kriegen oder Genoziden) ist noch lange nach dem Ende der Katastrophen von erhöhten Prävalenzen auszugehen. So wurde bei Waisen und Witwen des Genozids in Ruanda ($N=400$) noch 12 Jahre nach dem Genozid bei 8 % der Studienteilnehmer eine anhaltende Trauerstörung gefunden (Schaal et al., 2010). Ebenfalls in Ruanda stellten Unterhitzenberger und Rosner (in Vorb.) bei verwaisten Jugendlichen, die im Durchschnitt 15 Jahre nach dem Genozid untersucht wurden, bei 49 % anhaltende Trauer fest. In einer nicht repräsentativen Studie ($N=775$) in Kambodscha wurden Überlebende des Khmer Rouge Regimes untersucht, die mindestens einen Angehörigen verloren hatten (Stammel et al., 2013). In dieser Studie lag die Prävalenz für anhaltende Trauer mehr als 30 Jahre nach dem Verlust bei 14.3 %.

1.6 Differenzialdiagnostik und Komorbidität

Anhaltende Trauer ist eine Störung, die häufig komorbid mit anderen Störungen auftritt (Simon et al., 2007). Trotzdem konnte gezeigt werden,

dass sich anhaltende Trauer von trauerspezifischer Depression, Angst oder PTBS unterscheidet (Boelen & van den Bout, 2005). Allerdings liegen derzeit noch kaum Ergebnisse aus repräsentativen Stichproben vor.

Aus klinischen Stichproben ist bekannt, dass sowohl PTBS als auch Depression häufig komorbid auftreten, aber auch durchaus schwer differenzialdiagnostisch abzugrenzen sind. In eigenen klinischen Studien (Rosner, Lumbeck & Geissner, 2011; Rosner, Pfoh, Kotoučová & Hagl, 2014) konnten wir zudem zeigen, dass Patienten mit anhaltender Trauer neben Depressionen häufig auch an Angststörungen oder somatoformen Störungen leiden.

Als die beiden „nächsten diagnostischen Nachbarn“ der anhaltenden Trauer gelten die Posttraumatische Belastungsstörung und die Depression, daher soll in den folgenden Absätzen auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten mit diesen Störungen eingegangen werden.

1.6.1 Anhaltende Trauer und Posttraumatische Belastungsstörung

Ähnlich wie bei der PTBS ist ein Ereignis Teil der Definition des Syndroms. Sowohl PTBS als auch anhaltende Trauer setzen ein traumatisches Ereignis oder den Verlust einer Person als A-Kriterium voraus. Obwohl die Ereignisdefinition für eine PTBS deutlich breiter ist (Unfälle, technische und menschliche Katastrophen, Missbrauch und Misshandlung) als bei der anhaltenden Trauer, ergibt sich im Falle des Todes einer Bindungsperson eine gewisse Überlappung. Vereinfacht gesagt kann zwar ein traumatisches Ereignis eine anhaltende Trauer auslösen, aber auch nicht traumatische Verluste können zu einer anhaltenden Trauer führen, während bei einer PTBS per Definition ein traumatisches Ereignis bzw. ein traumatischer Verlust vorliegen muss.

Betrachtet man die Symptomatik der anhaltenden Trauer, so fallen vor allem die PTBS-ähnlichen Symptome auf, wie beispielsweise intrusive Symptome. Allerdings unterscheiden sich die Intrusionen qualitativ: Während die Intrusionen der PTBS negative, belastende und überwiegend von Angst begleitete Erinnerungen an das traumatische Ereignis beinhalten, beziehen sich die Intrusionen bei der anhaltenden Trauer auf den Verstor-

benen und können sowohl als positiv und tröstend als auch als bitter und traurig erlebt werden. Die emotionale Valenz unterscheidet sich: Für die PTBS ist diese negativ, während sie für die Trauer „bittersüß“ ist. Eventuelle positive Intrusionen an den Verstorbenen können so überwältigend für den Trauernden sein, dass sie ihn möglicherweise daran hindern, sich der neuen Situation ohne die verstorbene Person anzupassen und neu zu orientieren. Das Vermeidungsverhalten bei der anhaltenden Trauer bezieht sich allerdings – im Gegensatz zur PTBS – nicht nur auf ein spezifisches Ereignis (z. B. ein traumatisches Ereignis, die Umstände des Todes), sondern es werden alle Erinnerungen vermieden, die mit der verstorbenen Person in Zusammenhang stehen. Dies kann häufig so weit gehen, dass über die Verstorbenen in Familien entweder (gar) nicht oder in einer Art und Weise gesprochen wird, als wären sie noch lebendig. Das PTBS-Symptom der Übererregtheit und die Angst vor dem Wiedererleben des traumatischen Ereignisses spielen bei der anhaltenden Trauer kaum eine Rolle. Vielmehr steht die nicht mögliche Anpassung an die neuen Lebensumstände im Vordergrund.

Eine Reihe von Studien konnte zeigen, dass es erstaunlich wenig Überlappung zwischen der Diagnose einer PTBS und der einer anhaltenden Trauer gibt (Forstmeier & Maercker, 2007; Silverman, Johnson & Prigerson, 2001). Silverman et al. (2001) stellten vier Monate nach dem Verlust bei 18 % der Trauernden die Diagnose der anhaltenden Trauer und bei 7 % die einer PTBS fest. Newson et al. (2011) fanden in ihrer repräsentativen Studie älterer Erwachsener eine Komorbidität von 17.2 % mit Angststörungen. Im Sonderfalle eines gewaltsamen Todes steigt die Komorbidität zwischen PTBS und anhaltender Trauer auf 43 bis 65 % (Nakajima, Ito, Shirai & Konishi, 2012). Dies ist nicht weiter verwunderlich, da gewaltsame Todesfälle (definiert über Unerwartetheit, Gewalttätigkeit und Intentionalität – also Mord) einen großen Risikofaktor für einen anhaltenden Trauerprozess darstellen.

1.6.2 *Anhaltende Trauer und Depression*

Die anhaltende Trauerstörung beinhaltet häufig Symptome einer depressiven Verstimmung, die eine Differenzialdiagnostik zwischen den beiden Störungsbildern erschweren. Der negative Affekt

und die Körpersprache von Depressiven und Trauernden können sich so stark ähneln, dass oft davon ausgegangen wird, dass Depression und anhaltende Trauer gemeinsam auftreten. Obwohl eine Unterscheidung schwierig sein kann, konnte inzwischen nachgewiesen werden, dass anhaltende Trauer und Depression einen unterschiedlichen klinischen Verlauf und eine andere Symptomatik aufweisen (Boelen & van den Bout, 2005; Jacobson, Zhang, Block, Maciejewski & Prigerson, 2010). So zeigen z. B. EEG-Befunde bei anhaltender Trauer leidenden Personen eine andere Schlafphysiologie als bei Menschen, die an einer Depression erkrankt sind (McDermott, Prigerson & Reynolds, 1997).

Dennoch scheinen die anhaltende Trauerstörung und die Depression häufig komorbid aufzutreten. In der bereits erwähnten repräsentativen Studie von Newson et al. (2011) aus den Niederlanden wurde eine Komorbidität von 9.7 % für eine Depression gefunden. Für klinische Stichproben werden entsprechend höhere Werte berichtet, mit Schwankungsbreiten zwischen 25 % (Sung et al., 2011) und 93 % bei stationären Patienten in der Psychosomatik, wenn alle affektiven Diagnosen zusammengefasst werden (Rosner et al., 2011).

Bezogen auf eine eventuelle Gabe von Psychopharmaka sollte das gemeinsame Auftreten von Depression und anhaltender Trauer in der Therapieplanung berücksichtigt werden. Patienten mit einer komorbiden Depression profitieren von einer Antidepressiva-Gabe in dem Sinne, dass sich insbesondere autonome und schwere depressive Symptome in dem für Depressionen üblichen Maß verbessern (Zisook & Shear, 2009). Die Symptome der anhaltenden Trauer bleiben davon allerdings weitgehend unberührt. Aus klinischen Beobachtungen ist uns zudem eine Reihe von Patienten bekannt, die die Gabe von Antidepressiva nach dem Verlust einer Bezugsperson ablehnen, da sie eine Medikation als für sich unpassend erleben.

1.7 **Biologische Korrelate**

Die Gründe für die Erforschung von Biomarkern bezogen auf psychische Störungen sind für alle Störungen ähnlich. Wären den Störungen unterschiedliche Biomarker zuordenbar, dann könnte man auch auf biologischer Ebene zwischen Störungen unterscheiden (z. B. zwischen Depression und anhaltender Trauer). Weiterhin könnten diese

Biomarker erklären, wie die erheblichen gesundheitlichen Risiken, die mit dem Verlust einer Bindungsperson einhergehen, genau zustande kommen (wie etwa die bereits erwähnte erhöhte Mortalität im ersten Jahr nach dem Verlust). Und letztendlich ließen sich daraus auch pharmakologische Interventionen ableiten.

Aktuell ist die Studienlage zu den biologischen Korrelaten der anhaltenden Trauer noch sehr begrenzt (O'Connor, 2012; Shear et al., 2011). Um die Pathophysiologie der anhaltenden Trauer besser verstehen zu können, wäre vor allem die Zusammenfassung der bisherigen Ergebnisse in einem Modell notwendig. Dies steht derzeit allerdings noch aus. O'Connor (2012) ordnet die Befunde noch aus. O'Connor (2012) ordnet die Befunde zwei Bereichen zu: Einerseits den allgemeinen Stressreaktionen (der Tod einer Bindungsperson ist sicherlich ein hochpotenter Stressor) und andererseits dem Trennungsschmerz (*separation distress response*), wobei die Korrelate des Trennungsschmerzes dann die für die anhaltende Trauer spezifischen sein sollten. Aktuell lassen sich die Studien wie folgt zusammenfassen:

Derzeit am besten untersucht ist der Zusammenhang zwischen immunologischen Faktoren und Trauer (Zusammenfassung bei O'Connor, 2012): Neben einer T-Zellen-Funktionsreduktion fanden sich allgemein eine reduzierte Killerzell-Zytoxizität und eine schlechtere lymphozytische Reaktion. Diese Befunde wären mit einer allgemeinen Stressreaktion kompatibel. Bonanno et al. (2007) zeigten, dass sich die Herzrate bei schwer und anhaltend Trauernden im Vergleich zu weniger schwer Trauernden während eines Gesprächs über den Verstorbenen reduzierte. Dies stand im Gegensatz zu Patienten mit PTBS, bei denen sich die Herzrate erhöhte. In drei weiteren Studien konnten zudem spezifische autobiografische Gedächtnisdefizite festgestellt werden (Golden, Dalgleish & Mackintosh, 2007; Maccallum & Bryant, 2008, 2010). In einer Reihe weiterer fMRT-Studien wurden die folgenden Befunde publiziert: O'Connor et al. (2008) untersuchten anhaltend und normal Trauernde während der Bearbeitung einer Aufgabe, bei der Hinweisreize auf den Verstorbenen enthalten waren, und stellten eine Aktivierung des Nucleus Accumbens für anhaltend Trauernde fest. Kersting et al. (2009) verglichen Frauen, die ein Baby während der Schwangerschaft verloren hatten, mit Frauen, die gesunde Kinder geboren hatten, während sie Bilder von Babys anschau-

ten. Die Ergebnisse zeigten eine Aktivierung des Schmerznetzwerkes und zwar insbesondere des cingulären Cortex, Thalamus und Hirnstamms. Freed, Yanagihara, Hirsch und Mann (2009) untersuchten Hinterbliebene von kürzlich Verstorbenen mit einem Emotionalen Stroop-Test, in dem verlustbezogene mit neutralen Wörtern verglichen wurden. Die Teilnehmer zeigten einen aufmerksamkeitsbezogenen Bias (also eine verlängerte Reaktionszeit) hinsichtlich der verlustbezogenen Wörter. Die Bias-Größe korrelierte mit der Aktivität in Amygdala, Insula und dem dorsolateralen Präfrontalcortex. Obwohl also Gehirnareale identifiziert werden konnten, die mit anhaltender Trauer in Verbindung stehen, bleibt in der Zukunft noch zu klären, ob diese Befunde kausal sind oder mit der Bewältigung eines Verlustes in Verbindung stehen.

1.8 Risikofaktoren anhaltender Trauer

Risikofaktoren für anhaltende Trauer können unterteilt werden nach:

- a) Faktoren, die mit der Art des Todes zusammenhängen,
- b) persönliche Risikofaktoren,
- c) interpersonale Risikofaktoren und
- d) Umstände des Todes.

Die Unterscheidung von Risikofaktoren ist oft etwas artifiziell, da etwa bestimmte Faktoren häufiger zusammen auftreten als andere. Zudem gibt es keine quantitative Auswertung einzelner Risikofaktoren, so dass in dieser Aufstellung unterschiedlich „schwere“ Risikofaktoren scheinbar nebeneinander stehen. Trotz dieser Einwände ist die Kenntnis der Risikofaktoren im klinischen Alltag zentral, da diese im Zusammenhang mit der Diagnose und damit auch der Verlaufsprognose stehen. Einen guten Überblick über die Studienlage bieten Piper und Kollegen (2011a).

Unter den Risikofaktoren, die mit der Art des Todes zusammenhängen, finden sich die schwersten Risikofaktoren: Plötzliche und unerwartete Tode, Todesfälle unter traumatischen Umständen, die Abfolge mehrerer Verluste innerhalb kurzer Zeit (im engl. „bereavement overload“), der Tod eines Kindes, stigmatisierte Tode (z. B. Aids) sowie sogenannte unnatürliche Tode – wie etwa Tod durch Gewalttaten und Suizide – machen die