

Wagner



Komplizierte Trauer

Grundlagen,
Diagnostik
und Therapie



 Springer

Komplizierte Trauer

Birgit Wagner

Komplizierte Trauer

Grundlagen, Diagnostik und Therapie

Mit 33 Abbildungen und 13 Tabellen

 Springer

Prof. Dr. Birgit Wagner
Medical School Berlin
Klinische Psychologie
Berlin

Ergänzendes Material finden Sie unter <http://extras.springer.com>

ISBN 978-3-642-37358-9
DOI 10.1007/978-3-642-37359-6

ISBN 978-3-642-37359-6 (eBook)

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

SpringerMedizin

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Monika Radecki, Heidelberg
Projektmanagement: Sigrid Janke, Heidelberg
Lektorat: Kirsten Pfeiffer, Delft
Projektkoordination: Eva Schoeler, Heidelberg
Umschlaggestaltung: deblik, Berlin
Fotonachweis Umschlag: © Ingram Publishing/Gettyimages.de
Herstellung: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer.com

Vorwort

Trauer um eine verstorbene Person ist ein universelles Phänomen, welches für die meisten Menschen eine sehr schmerzhaft Erfahrung ist. Die starken Emotionen und Gefühle, die mit Trauer einhergehen, können besonders in den ersten Monaten nach dem Tod des Angehörigen eine Symptomatik aufweisen, die mit einer psychischen Erkrankung vergleichbar ist. Dennoch verläuft der Trauerprozess, trotz dieser schweren psychischen Belastung, für die meisten Menschen in Form einer normalen Trauerverarbeitung. Wissenschaftler und Praktiker haben sich in den letzten Jahren intensiv mit der Frage beschäftigt, inwieweit sich eine normale Trauer von einer komplizierten Trauerreaktion unterscheidet. Die Frage beinhaltet auch eine grundsätzliche, ethische Fragestellung: »Ist Trauer eine Krankheit?« Die Auseinandersetzung damit hat in den letzten 20 Jahren sowohl die Grundlagenforschung als auch die Weiterentwicklung von Trauerinterventionen gefördert.

Für eine mögliche Aufnahme als eigenständiges diagnostisches Kriterium in die beiden diagnostischen Klassifikationssysteme, das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) und das *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-11), wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche differenzialdiagnostische Studien durchgeführt, welche darlegen konnten, dass sich eine komplizierte Trauer in ihrer Symptomatik von einer Depression oder einer posttraumatischen Belastungsstörung unterscheidet. Dennoch wurde die komplizierte Trauer als eigenständiges diagnostisches Kriterium letztendlich nicht in die neueste Version des DSM-V, welches im Mai 2013 erschienen ist, aufgenommen. Anstelle dessen wurde das Ausschlusskriterium der Trauer für die Diagnose einer Depression aufgehoben. Dies bedeutet, dass Trauernde bereits zwei Wochen nach dem Tod eines nahestehenden Angehörigen, nachdem bei ihnen Depressionssymptome diagnostiziert wurden, die Diagnose einer klinisch-relevanten psychischen Störung erhalten können. Eine ähnliche Diskussion um die Aufnahme der komplizierten Trauer im DSM-V findet derzeit für die nächste Ausgabe des ICD-11 statt, welche voraussichtlich 2015 erscheinen wird. Im Gegensatz zum DSM-V (APA 2013) berücksichtigt der ICD-11 den Vorschlag, dass die komplizierte Trauer als eigenständiges diagnostisches Kriterium aufgenommen werden soll.

Die andauernde Diskussion um die Aufnahme der komplizierten Trauer als eigenständiges diagnostisches Kriterium spiegelt sehr deutlich die Grenzen und die offenen Fragestellungen in der Trauerforschung wieder. Sie zeigt, dass es noch eine Reihe von empirisch ungeklärten Fragen gibt, welche beispielsweise die Dauer der Trauersymptome und die Art des Verlustes betreffen. Wie lange darf ein normaler Trauerprozess in Bezug auf die verschiedenen Verlustarten dauern? Unterscheidet sich ein Verlust durch Suizid von einem erwarteten Tod in Bezug auf die Trauersymptomatik und deren Dauer?

Im Laufe der vergangenen Jahre hatte ich die Möglichkeit viele Patienten, die in ihrer dunkelsten Lebensphase Unterstützung suchten, therapeutisch zu begleiten. Trauerverarbeitung ist ein sehr langsamer Prozess und diesen schwierigen und langen Weg mit den Patienten zu gehen, braucht Zeit und Geduld. Wissenschaftliche Ergebnisse zeigen aber auch, dass es in der Arbeit mit Trauernden mehr bedarf als ein empathisches »offenes« Ohr zu haben. Eine sorgfältige Diagnostik und Therapieplanung mit trauerspezifischen Therapiemodulen können Ärzte und Psychologen dabei unterstützen, ihren Patienten eine wirksame Psycho-

therapie anzubieten. Die Linderung von trauerspezifischen Symptomen, wie beispielsweise Trennungsschmerz oder starke Schuldgefühle, können erste Wege ebnen die Intensität der Trauer zu reduzieren.

Ziel dieses Buches ist aus diesem Grund, Psychologen und Ärzten den aktuellen Forschungsstand im Bereich der Trauerforschung zugänglich zu machen. Es werden sowohl Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Grundlagen- und Therapieforschung vorgestellt, als auch Therapiemodule für das praktische therapeutische Vorgehen beschrieben.

In den ersten Kapiteln dieses Buches werden Trauertheorien, Konzepte zur normalen Trauer und der aktuelle Forschungsstand der diagnostischen Kriterien vorgestellt. Eine weitere Besonderheit stellen die Kapitel zu unterschiedlichen Arten des Verlustes und der Beziehung zur verstorbenen Person dar. Ein Schwerpunkt wird hierbei dem traumatischen Tod gewidmet. Traumatische Todesfälle sind z. B. Tod durch Suizid, durch Gewalteinwirkung und Unfälle.

Ein wichtiger Aspekt bei der Trauerverarbeitung, die Art der Beziehung zur verstorbenen Person, kann sowohl die Dauer als auch die Intensität der Trauersymptomatik beeinflussen. Aus diesem Grund wird in Kapitel 3 (► Abschn. 3.2 und ► Abschn. 3.3) der Trauerprozess von Eltern, die ein Kind verloren haben detailliert beschrieben. Wenig Beachtung findet in der Forschung und in der Praxis die Trauer bei Kindern und Jugendlichen. Der Verlust eines Elternteils oder Geschwisters kann für Kinder und Jugendliche lebenslange psychische Folgen haben. Trauernde Geschwister werden mitunter die »vergessenen Trauernden« genannt, denn auch in der Familie wird ihre Trauer oft nur unzureichend beachtet. Aus diesem Grund wurde den trauernden Kindern und Jugendlichen ein eigenes ausführliches Kapitel gewidmet, welches den derzeitigen Forschungsstand widerspiegelt.

Das Buch soll auch eine Brücke zwischen Wissenschaft und Praxis bauen. Insbesondere bei der Trauertherapie ist der Wissenstransfer aus empirischen Grundlagen von besonderer Bedeutung, um diejenigen Trauernden zu identifizieren, die tatsächlich von einer Trauerintervention profitieren. Ein spezifischer Ansatz des Buches ist deshalb ein breites Angebot von Therapiemethoden für die komplizierte Trauer anzubieten. Die Therapiematerialien basieren zum Teil auf der Grundlage der kognitiven Verhaltenstherapie (z. B. Expositionsverfahren, kognitive Umstrukturierung) und wurden für Trauerpatienten adaptiert. Andere Therapiebausteine beinhalten die Bearbeitung der Beziehung zur verstorbenen Person (z. B. Leere-Stuhl-Technik) oder dienen der Reorganisation der Beziehung zur verstorbenen Person (z. B. Spurensuche). Therapiemodule zum Kommunikationsverhalten und zu geschlechtsspezifischen Traueraspekten dienen der Bearbeitung trauerspezifischer Paarkonflikte.

In den vergangenen 20 Jahren wurde der Begriff der pathologischen Trauerreaktion mit unterschiedlichen Termini beschrieben (pathologische Trauer, traumatische Trauer, prolongierte Trauer, komplizierte Trauer). Die Änderungen des Terminus waren der Entwicklung eines einheitlichen Diagnosekriteriums nicht förderlich und verursachte Verwirrung sowohl bei Wissenschaftlern als auch bei Praktikern und Betroffenen. Im Deutschen hat sich der Begriff »komplizierte Trauer« etabliert, der seit vielen Jahren als Synonym für pathologische Trauerreaktionen steht. Aufgrund der besseren Verständlichkeit des Textes wurde im Buch durchgängig der Begriff der komplizierten Trauer benutzt.

Dieses Buch konnte nur durch all die Trauernden entstehen, die bereit waren in Studien oder Therapien, ihre Erfahrung der Forschung mitzuteilen. Ich danke aus diesem Grund all jenen, die trotz ihres Verlustes uns an ihren Gedanken und Gefühlen in der schweren Zeit teilhaben ließen. Mein besonderer Dank gilt außerdem dem Bundesverband Verwaiste Eltern und Trauernde Geschwister e.V., der mit seiner wichtigen Arbeit Eltern und Geschwistern Unterstützung bietet und dessen Mitglieder an vielen Forschungsprojekten partizipierten.

Die Arbeitsblätter können Sie unter ► <http://extras.springer.com/> nach Eingabe der ISBN kostenfrei downloaden.

Birgit Wagner

Berlin, Januar 2014

Inhaltsverzeichnis

1	Normale Trauer und Trauertheorien	1
1.1	Normale Trauer.....	2
1.2	Trauertheorien	5
	Literatur.....	10
2	Diagnose der komplizierten Trauer	13
2.1	Diagnostik der komplizierten Trauer	14
2.2	Diagnoseentwicklung.....	16
2.3	Beschreibung der Hauptsymptome	18
2.4	Klassifikation der komplizierten Trauer.....	21
2.5	Differenzialdiagnostik.....	23
2.6	Kritik an der komplizierten Trauer als Diagnose	26
2.7	Epidemiologie	27
2.8	Erhebungsverfahren zur Diagnostik der komplizierten Trauer.....	28
	Literatur.....	29
3	Spezifische Todesumstände und Trauergruppen	33
3.1	Traumatischer Todesfall	35
3.2	Verwaiste Eltern.....	52
3.3	Pränataler und perinataler Verlust.....	63
3.4	Plötzlicher Säuglingstod	70
3.5	Trauernde Kinder und Jugendliche	72
	Literatur.....	81
4	Wirksamkeit von Trauerinterventionen	87
4.1	Meta-Analysen und Wirksamkeitsstudien	88
4.2	Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie für Trauernde	90
4.3	Wirksamkeit von internetbasierten Interventionen für Trauer	92
4.4	Zusammenfassung der Wirksamkeitsstudien	94
4.5	Mangelnde methodische Qualität	94
	Literatur.....	95
5	Therapiemodule	97
5.1	Therapiebeginn	98
5.2	Förderung der Beziehung zur verstorbenen Person	106
5.3	Expositionsverfahren	114
5.4	Kognitive Verfahren für Trauernde	123
5.5	Therapeutische Therapiemodule für Kommunikationsverhalten und geschlechtsspezifische Aspekte	129
	Literatur.....	133
6	Arbeitsblätter	135
	Stichwortverzeichnis	159

Die Autorin



Prof. Dr. phil. Birgit Wagner

Approbierter psychologische Psychotherapeutin und Professorin an der Medical School Berlin, für Klinische Psychologie. Nach ihrer Promotion an der Universität Zürich, habilitierte sie sich am Universitätsklinikum Leipzig. Ihre Forschungs- und Therapie-schwerpunkte sind die Traumafolgestörungen, insbesondere die komplizierte Trauer. Sie hat zahlreiche wissenschaftliche Studien zur komplizierten Trauer durchgeführt und Publikationen zu diesem Thema veröffentlicht. 2007 erhielt sie für ihre Arbeit den Forschungspreis der Deutschen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). Sie verfügt über eine langjährige Erfahrung in der Arbeit mit Trauernden und ist im Beirat des Bundesverbandes Verwaiste Eltern und Trauernde Geschwister in Deutschland e.V.

Normale Trauer und Trauertheorien

- 1.1 Normale Trauer – 2**
 - 1.1.1 Normierung der normalen Trauer – 3
 - 1.1.2 Dauer der Trauer – 4
- 1.2 Trauertheorien – 5**
 - 1.2.1 Phasenmodelle der Trauer – 5
 - 1.2.2 Stress-Modell der Trauer – 7
 - 1.2.3 Coping-Modell – 8
 - 1.2.4 Biologisches Trauermodell – 8
 - 1.2.5 Immunologische Reaktionen und Trauer – 10
- Literatur – 10**

Der Tod einer nahestehenden Person wird fast immer als ein schmerzvoller Prozess beschrieben. Die psychischen Reaktionen auf einen Verlust können sich sowohl kulturell als auch individuell stark unterscheiden. Dies erschwert die Festlegung der komplizierten Trauer auf einheitliche diagnostische Kriterien, die sich in Dauer und Symptomintensität eindeutig von der normalen Trauer unterscheiden. Insbesondere stellt sich die Frage, wie eine normale Trauerreaktion in Abgrenzung zu einem pathologischen Prozess verläuft. In den vergangenen Jahren gab es eine Reihe von Theorien, die den normalen Trauerprozess zu erfassen versuchten.

1.1 Normale Trauer

Der Verlust einer nahestehenden Person kann zu einem intensiven Erleben von Traurigkeit und psychischem Schmerz führen. Die normale Trauer umfasst eine Kombination von negativen Gefühlen und Verhaltensweisen, die nach dem Tod einer nahestehenden Person gemeinhin auftreten und innerhalb eines bestimmten Zeitraumes als normal und nicht-pathologisch bezeichnet werden können. Diese Trauersymptome betreffen sowohl die kognitive, emotionale, motorische und physiologische Ebene. Die normale Trauer nimmt im Laufe der Zeit in ihrer Intensität graduell ab und die trauernde Person passt sich allmählich an die neuen veränderten Lebensumstände an. Aber auch der normale Trauerprozess beinhaltet starke Gefühle von Traurigkeit, Sehnsucht nach der verstorbenen Person und ist durch einen intensiven Trennungsschmerz gekennzeichnet, der von den Betroffenen häufig als ein körperlicher Schmerz erfahren wird. Der normale Trauerprozess wird sowohl durch die Todesumstände, die Beziehung zur verstorbenen Person und durch intrapsychische und soziale Faktoren beeinflusst. Diese normale Negativsymptomatik erschwert allerdings auch die Festlegung, ab welcher Dauer und Intensität vorhandene Symptome krankheitswertig sind und ob diese als eine psychische Störung definiert werden können. Der Tod eines geliebten Menschen wird generell von den Trauernden als ein sehr belastender Zustand erlebt. Die trauernde Person ist niedergeschlagen, hat große Schwierigkeiten den Alltag zu bewälti-

gen und durchgeht schmerzvolle wiederkehrende Phasen der Erinnerung an die verstorbene Person. Aber diese Erinnerungen, die Teil der Trauerverarbeitung sind, können auch positive Aspekte des gemeinsamen Lebens beinhalten, wie beispielsweise die schönen Erinnerungen an den letzten Urlaub mit der verstorbenen Person. Das heißt, ein normaler Trauerprozess kann sowohl negative als auch positive Gefühle beinhalten. In der Vergangenheit wurde den positiven Erinnerungen an die verstorbene Person eine wichtige Rolle in der Verarbeitung der Trauer zugeschrieben. Field et al. (1999) fanden in ihrer Studie heraus, dass Trauernde, die 6 Monate nach dem Tod einer nahestehenden Person Trost in den positiven Erinnerungen an die verstorbene Person fanden, eine weniger stark ausgeprägte Trauersymptomatik und Hilflosigkeit aufwiesen. Ähnliche Befunde wurden in einer Studie gefunden, die Trauernde in dem Zeitraum 6–18 Monate nach dem Verlust untersuchten (Bonnano et al. 2004). Während positive Erinnerungen in den ersten Monaten nach dem Tod mit einer geringeren Trauersymptomatik einhergehen, konnte eine Langzeituntersuchung 5 Jahre nach dem Tod zeigen, dass diejenigen, die sehr viele positive Erinnerungen an die verstorbene Person hatten, langfristig eine deutlich größere Trauersymptomatik aufwiesen (Field et al. 2003).

Aus philosophischer Sicht steht die Trauer um einen verstorbenen Menschen unweigerlich mit der Beziehung zur verstorbenen Person in Verbindung (Cooper 2013). Die Beziehung zu einer geliebten Person beinhaltet die gesamte Varianz des Gefühlserlebens. Es können in einer Beziehung zu einem Menschen sowohl freudige Gefühle in positiven Momenten des Lebens, als auch Gefühle von Trauer und Schmerz in schwierigen Zeiten erlebt werden. Das Einlassen auf eine Beziehung zu einem Menschen kann bei dessen Tod starke Gefühle von Trauer und Trennungsschmerz hervorrufen. Das heißt, dass man normale Trauer als einen wesentlichen Bestandteil eines erfüllten zwischenmenschlichen Lebens sehen kann (Cooper 2013). Ein glückliches Leben, welches in Beziehung zu anderen Menschen steht, sieht Trauerreaktionen nach dem Verlust einer nahe stehenden Person als einen normalen nicht pathologischen Prozess an.

Ethische Fragestellungen zu Medikamenteneinnahme bei Trauer

Als das *President's Council on Bioethics* (2003) in den USA die Frage diskutierte, ob die Verabreichung von Medikamenten gegen Trauer ethisch vertretbar sei, wurde die folgende Frage gestellt: »Stellen Sie sich vor Ihr Tod werde von niemandem betrauert. Wie würden Sie sich fühlen, wenn Ihre Freunde und Familie einfach Medikamente einnehmen würden und Sie vergessen würden? Würden Sie dies als positiv bewerten? Die meisten Menschen möchten nicht, dass niemand um sie trauert. Diejenigen, die nicht betrauert werden, wurden auch im Leben nicht geliebt.« (President's Council on Bioethics 2003, S. 254–255)

- Verzögerte Trauer
- Chronische, komplizierte Trauer

1.1.1 Normierung der normalen Trauer

Eine der wesentlichen Fragen in Bezug auf den normalen Trauerprozess stellt die Normierung der nicht-pathologischen Trauer dar. Obwohl es inzwischen eine Reihe von Vorschlägen zu den diagnostischen Kriterien der komplizierten Trauer gibt, tun sich Wissenschaftler und Praktiker schwer eine allgemeingültige Normierung der normalen Trauer zu definieren. Eine der gängigsten Definitionen der normalen Trauer ist, dass der normale Trauerprozess nach dem Tod einer nahestehenden Person eine Reihe von negativen Symptomen beinhaltet und die Intensität der Trauersymptomatik graduell im Laufe der Zeit abnimmt. Parkes (1964) führte die erste Studie durch, welche versuchte die normale Trauer von der pathologischen Trauer zu unterscheiden. In seiner Untersuchung mit trauernden psychiatrischen Patienten fand er vier Trauerprozesse: a) **normale Trauer**, b) **fehlende Trauer**, c) **verzögert eintretende Trauer** und d) **chronische Trauer** (Parkes 1964).

Arten von Trauer (Parkes 1964)

- Normale Trauer
- Fehlende Trauer

Insbesondere die **fehlende Trauerreaktion** wurde von zahlreichen Autoren als pathologische Trauerreaktion eingeordnet (Bowlby 1980, Raphael 1985). Die Verleugnung und Verdrängung der Trauerreaktionen wurde als Persönlichkeitsstörung angesehen, die einer professionellen Hilfe bedürfte (Osterweis et al. 1984, S. 65). Generell herrschte die Annahme, dass bei einer fehlenden Trauerreaktion keine emotionale Bindung zwischen der verstorbenen Person und den Hinterbliebenen vorhanden war oder dass die hinterbliebene Person gefühllos sei. Inzwischen wurden eine Reihe von Längsschnittstudien mit Trauernden durchgeführt, die den pathologischen Charakter einer gering ausgeprägten oder fehlenden Trauer nicht belegen konnten. Bonanno et al. (2008) bezeichneten die fehlende Trauer sogar als eine der am häufigsten auftretenden Trauerreaktionen nach dem Tod einer nahe stehenden Person. In einer Längsschnittstudie (Changing Lives of Older Couples Study, CLOC) wurden 205 ältere Witwen und Witwer sowohl drei Jahre vor dem Verlust des Ehepartners als auch vier Jahre nach dem Tod regelmäßig befragt (Bonanno et al. 2002).

- **Fehlende Trauer ist eine der am häufigsten auftretenden Trauerreaktion nach dem Tod eines nahestehenden Menschen. Es gibt keine Belege dafür, dass fehlende Trauer pathologischen Charakter hat.**

Die Teilnehmer wurden drei Jahre vor dem Tod des Partners in die zwei Kategorien niedrige versus hohe Depressionswerte eingeteilt. Ziel der Studie war es prototypische Trauerverläufe zu identifizieren unter der Berücksichtigung der psychischen Gesundheit vor dem Verlust. Die Ergebnisse zeigten, dass fast die Hälfte der Befragten eine geringe Depressions- und Trauersymptomatik in ihrem Trauerprozess aufwiesen (Bonanno et al. 2008). Eine darauffolgende Auswertung der Datenerhebungen drei Jahre vor dem Tod, konnte keinen Hinweis auf

1
 schwierige Beziehungen zum Ehepartner finden oder generelle dysfunktionale Verhaltensweisen, welche die geringe Trauer- und Depressionssymptomatik erklären könnte. Aber die Studie gab noch weitere wichtige Hinweise in Bezug auf Trauerprozesse. 11 % derjenigen die 3 Jahre vor dem Tod des Ehepartners hohe Depressionswerte aufzeigten, konnten in den ersten 6–18 Monate eine deutliche Verbesserung ihrer Depressionssymptomatik aufweisen und zeigten nur geringe Trauerreaktionen. Diese Gruppe gab in der Befragung vor dem Tod eine signifikant schlechtere Beziehungsqualität an im Vergleich zu allen anderen Teilnehmern. Allerdings verschlechterte sich der Zustand nach vier Jahren in dieser Gruppe, die sich nach dem Tod zunächst signifikant verbesserte. Sie zeigten deutliche höhere Depressions- und Trauerwerte als die anderen Vergleichsgruppen. Eine weitere wichtige Untergruppe stellt die chronisch-depressive Gruppe dar, das heißt, diese Teilnehmer zeigten bereits drei Jahre vor dem Tod hohe depressive Werte auf und verschlechterten sich mit der Trauersymptomatik. Diese Gruppe zeigte auch nach 4 Jahren deutlich erhöhte Trauer- und Depressionswerte. Die Ergebnisse dieser Studie verdeutlichen noch einmal, dass Trauerverläufe zum einen von der Ausgangspathologie der Betroffenen abhängen können, aber auch, dass das Fehlen von Trauerreaktionen sehr häufig auftritt und aus diesem Grund als nicht pathologisch gewertet werden sollte.

Definition

Normale Trauer

Der normale Trauerprozess nach dem Tod einer nahestehenden Person beinhaltet eine Reihe von negativen Symptomen, wie beispielsweise Sehnsucht nach der verstorbenen Person, Trennungsschmerz, Traurigkeit und sozialer Rückzug. Diese Trauersymptome betreffen sowohl die kognitive, emotionale, motorische als auch die physiologische Ebene. Die normale Trauer nimmt im Laufe der Zeit graduell ab und die trauernde Person passt sich allmählich an die neuen veränderten Lebensumstände an.

1.1.2 Dauer der Trauer

Bisher gibt es keine normierten Werte, die eindeutig festlegen, wie lange ein normaler Trauerprozess dauern sollte. Bedeutet ein langer Trauerprozess eine dysfunktionale Anpassung an die veränderte Lebenssituation? Die verschiedenen bisher vorgeschlagenen diagnostischen Kriterien der komplizierten Trauer gehen von einer Dauer der Symptomatik von mindestens 6 Monaten aus (Prigerson et al. 2009). Dies impliziert die Annahme, dass einem länger andauernden Trauerprozess ein Störungsprozess zu Grunde liegt. Dennoch zeigen eine Reihe von Untersuchungen, dass normale Trauerprozesse häufig zeitlich unterschätzt und infolgedessen pathologisiert werden (Bowlby 1980). Bisher untersuchten nur wenige Studien langfristige Trauerprozesse. Die meisten bisherigen Studien beobachteten Trauernde nur innerhalb der ersten zwei Jahre nach dem Verlust. Aus diesem Grund ist die Repräsentativstudie von Carnelley et al. (2006) von großer Bedeutung, da die Autoren in einer Querschnittsstudie 768 Witwen und Witwer untersuchten, die ihre Partner vor durchschnittlich 15 Jahren verloren hatten. Die Ergebnisse zeigten, dass selbst mehrere Jahrzehnte nach dem Verlust, bei den Hinterbliebenen Erinnerungen an die verstorbene Person aufkamen oder sie einen regelmäßigen inneren Dialog mit ihm oder ihr führten. Dies führte dazu, dass sie Gefühle von Traurigkeit oder eine Krise durchlebten, wenn Erinnerungen an die verstorbene Person auftraten oder der Todestag begangen wurde. Die Autoren schlussfolgerten aus den Ergebnissen, dass Trauernde unter Umständen 50–70 Jahre benötigten, um das niedrigste Niveau in ihrem Trauererleben zu erreichen. Die Studie stellt bisherige Theorien zur klassischen Trauerverarbeitung infrage, die davon ausgehen, dass man die Erinnerungen und Emotionen in Bezug auf den Verlust »durcharbeiten« muss (Parkes u. Weiss 1983; Rando 1993), damit sie kontinuierlich über den Lauf der Zeit abnehmen, um dann ganz zu verschwinden. Die meisten Trauerstudien, welche Trauerverarbeitungsprozesse untersuchten, beruhen auf Stichproben mit älteren Witwern und Witwen. Bisher untersuchten nur wenige Studien Trauerverläufe, z. B. bei Eltern, die ein Kind ver-

loren haben. In einer schwedischen Bevölkerungsstichprobe mit 449 Eltern, die ihr Kind 4–9 Jahre vor der Befragung an Krebs verloren haben, konnte gezeigt werden, dass der Trauerprozess bei Eltern nach dem Verlust ihres Kindes intensiver und länger dauern kann als bei anderen Verlusten (Lannen et al. 2008). In dieser Untersuchung gaben 26 % der Eltern an, dass sie ihre Trauer 4–9 Jahre nach dem Verlust noch nicht verarbeitet hätten, 3 % gaben an, dass sie den Verlust noch überhaupt nicht verarbeitet haben, und 23 % berichteten, dass sie ihre Trauer ein wenig verarbeitet haben. Rando (1985) berichtete, dass Eltern nach dem Verlust ihres Kindes den Höhepunkt der Trauersymptomatik drei Jahre nach dem Verlust erlebten (Rando 1985). In einer norwegischen Studie untersuchten Dyregov et al. (2003) Eltern nach dem Verlust ihres Kindes durch Suizid, Unfall oder plötzlichen Kindstod und fanden bei 78 % der Eltern 18 Monate nach dem Verlust intensive Trauerreaktionen. Insbesondere der gewaltsame Tod eines Menschen durch Tötung hat häufig komplexe und lang andauernde psychische Folgen und intensive Trauerreaktionen zur Folge (Pynoos u. Nader 1990).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass ein normaler Trauerverlauf mitunter Jahrzehnte dauert und je nach Beziehung zur verstorbenen Person (z. B. Kind) oder Art des Todes (z. B. Suizid, gewaltsamer Tod), sich in der Trauerintensität maßgeblich von anderen Trauerverläufen unterscheiden kann. Die Varianz der Dauer spiegelt die Vielfalt der nicht-pathologischen Trauerprozesse wider.

➤ **Die Verarbeitung des Todes eines nahestehenden Menschen verläuft in einem individuellen Prozess, der sich nur bedingt normieren lässt. Die Trauerintensität kann sich je nach Beziehung zur verstorbenen Person (z. B. Kind) oder Art des Todes (z. B. Suizid, gewaltsamer Tod) maßgeblich unterscheiden.**

1.2 Trauertheorien

Der normale Trauerprozess wurde in einer Reihe von Theorien beschrieben. Insbesondere werden Phasenmodelle, die einen bestimmten systematischen Verlauf des Trauerprozesses zugrunde legen,

als häufige Erklärungsansätze genannt (Bowlby 1961; Kübler-Ross 1973). Aber auch biophysiologische Modelle, Coping- und Stressverarbeitungsmodelle haben in den letzten Jahren zunehmend an Einfluss gewonnen. Im Folgenden werden die wichtigsten Trauertheorien beschrieben und dargestellt.

1.2.1 Phasenmodelle der Trauer

In einem normalen Trauerprozess geht man generell davon aus, dass die Trauersymptome im Laufe der Zeit abnehmen. Der Zeitraum kann sich über Monate aber auch über Jahre erstrecken. Phasenmodelle der Trauer gehen von klaren voneinander abgesetzten Stufen der Trauerverarbeitung aus, die Trauernde üblicherweise durchlaufen (Bowlby 1980; Kübler-Ross 1969). Sigmund Freud war einer der ersten, der sich mit seiner Schrift »Trauer und Melancholie« (1917) mit dem Trauerprozess psychologisch auseinandersetzte und das Phasenmodell postulierte. Gemäß Freud ist es die wesentliche Aufgabe des Trauernden sich von der verstorbenen Person (Objekt) zu lösen. Das geliebte Objekt steht durch den Tod nicht mehr zur Verfügung, dennoch existieren Gefühle und Erinnerungen, die mit diesem Menschen verbunden sind. Diese libidinöse Verbindung verhindert, dass sich neue libidinöse Verbindungen entwickeln können. Aus diesem Grund muss nach der Auffassung Freuds die psychische Energie von dem Objekt »abgezogen« werden, damit der Hinterbliebene sich wieder emotional stabilisieren kann, um dann letztendlich wieder neue Bindungen eingehen zu können. Freud hat diesen innerphysischen Trauerprozess in vier Phasen eingeteilt:

1. Realisierung, dass das Objekt nicht mehr existiert;
2. Abziehen aller emotionalen Verknüpfungen und Erinnerungen an das verlorene Objekt;
3. Lösung der Libido von dem Objekt;
4. Wiederaufnahme und Zuwendung zu neuen Bindungen (Freud 1917, S. 198–199).

Eine Reihe von späteren Phasenmodellen lehnen sich an das Phasenmodell von Kübler-Ross (1969)

■ Tab. 1.1 Trauerphasen nach Bowlby (1980)

1. Phase der Betäubung	Die Hinterbliebenen fühlen sich betäubt, was von wenigen Stunden bis zu einer Woche dauern kann. Dieses Betäubungsgefühl kann von extremer Wut und emotionalen Ausbrüchen begleitet werden.
2. Sehnsucht und Suche nach der verstorbenen Person	Das ursprüngliche Mutter-Kind-Verhalten, wenn die Mutter im Kindesalter abwesend war, wird beim trauernden Erwachsenen reaktiviert. Der Trauernde ist auf der Suche nach der verstorbenen Person und einzelne Signale werden als Rückkehr des Verstorbenen interpretiert.
3. Phase der Desorganisation und Verzweiflung	Die Suche nach der verstorbenen Person und die Überprüfung der Realität können eine Hoffnung auf Rückkehr nicht erfüllen und die trauernde Person fühlt sich verzweifelt. In dieser Phase des Umbruchs, versucht die trauernde Person die Gegenwart neu zu organisieren und das Trauma des Verlustes zu bearbeiten
4. Phase der Reorganisation	Nach der Akzeptanz des Todes, folgt die Erkenntnis, dass sich das eigene Leben an die veränderte Situation anpassen muss. Idealerweise werden neue Rollen angenommen und alte Ressourcen wieder aufgenommen.

an, welches sie durch ihre Beobachtung und Arbeit mit unheilbar kranken Sterbenden entwickelt hat. Dieses Modell wurde weithin später auch auf Trauernde übertragen (s. unten).

Phasenmodell von Kübler-Ross (1969) für Trauernde:

1. Nicht-wahr-haben-wollen und Isolierung
2. Zorn und Ärger
3. Verhandeln
4. Depression
5. Zustimmung

Ein weiterer wichtiger Vertreter der Phasenmodelle ist John Bowlby, der insbesondere durch seine Bindungstheorie im Zusammenhang mit der Trauer einen großen Einfluss auf die noch heute gültigen Trauertheorien hat (Bowlby 1980). Ursprünglich basierte das Interesse Bowlbys auf dem Einfluss des Verlustes der Mutter auf die spätere Psychopathologie des Kindes. Die Bindungstheorie basiert auf einer biologisch determinierten Annahme, dass es einen Zusammenhang zwischen Trauer und frühkindlichen Bindungs- bzw. Trennungserfahrungen gibt. Zusammenfassend beschreibt seine Bindungstheorie, dass sowohl Menschen als auch Primaten eine angeborene Mutter-Kind-Beziehung dahin gehend haben, dass Kinder sich an ihre Hauptbezugsperson binden und sich dadurch sicher fühlen. Die Mutter-Kind-Beziehung wird als

positiv und Schutz gebend erlebt. Wird dieses Bindungsverhalten gestört oder unterbrochen, erleben sowohl die Kinder als auch später Erwachsene dies als sehr großen psychischen Stress und Belastung. Insbesondere emotional abhängige Personen können den Tod einer nahe stehenden Person als sehr schmerzhaft erleben. Im Laufe des Trauerprozesses wird diese konditionierte Bindung langsam aufgelöst und gelöscht. Bowlby geht in Anlehnung an die Trauerphasen von Kübler-Ross (1969) von 4 Phasen der Trauerverarbeitung aus (s. ■ Tab. 1.1).

Durch Worden (1991) wurden die bisherigen Phasenmodelle um ein sogenanntes Aufgabenmodell erweitert. Anstelle des phasenhaften Durchlebens einzelner Stufen, ist dieser Ansatz handlungsorientiert. Worden ging davon aus, dass innerhalb eines Trauerprozesses vier Aufgaben erledigt werden müssen, um einen Trauerprozess erfolgreich abzuschließen. Ähnlich wie die oben vorgestellten Phasenmodelle beinhalten die Aufgaben folgenden Inhalt: 1.) Akzeptanz des Todes. 2.) Erleben des Trauerschmerzes. 3.) Anpassung an eine Umwelt ohne den Verstorbenen. 4.) Der Verstorbene erhält einen neuen Platz zugewiesen und der Trauernde nimmt das eigene Leben wieder auf (Worden 1991).

Obwohl die Phasenmodelle eine weite Akzeptanz gefunden haben, da sie sowohl Betroffenen als auch Klinikern einen »typischen« Verlauf darstellten, wurden diese normierten, voneinander abgegrenzten Phasen auch kritisch gesehen. Kritiker bemängelten, dass der individuelle Aspekt der

Trauerverarbeitung zu wenig berücksichtigt wurde. Es kamen auch grundsätzliche Zweifel darüber auf, dass diese einzelnen Phasen so klar voneinander zu trennen sind oder chronologisch aufeinanderfolgen. Der empirische Nachweis konnte bisher nur in einer Studie bis zu einem gewissen Grad nachgewiesen werden. In der »Yale Bereavement Study« wurde erstmals versucht, in einem 24-monatigen Langzeit-Follow-up die Existenz der Phasentheorie nachzuweisen (Maciejewski et al. 2007). Die Ergebnisse der Studie konnten belegen, dass normale Trauer tatsächlich einen systematischen Verlauf aufweist. Dabei hatten die konsekutiven Phasen »Nicht-wahr-haben-wollen«, Sehnsucht nach der verstorbenen Person, Zorn, Depression und Akzeptanz bei solchen Prozessen ihre höchste Ausprägung innerhalb der ersten sechs Monate nach dem Verlust. Das Gefühl, den Tod der nahe stehenden Person nicht wahrhaben zu können, wurde kurz nach dem Verlust am häufigsten genannt, nahm aber einen Monat nach dem Verlust stetig ab. Die Sehnsucht nach der verstorbenen Person wurde von den Teilnehmern bis zu vier Monate nach dem Verlust als besonders intensiv genannt. Die Akzeptanz des Verlustes nahm graduell während der gesamten 24 Monate zu. Diese Ergebnisse geben erste empirische Hinweise, dass eine phasenhafte Trauerverarbeitung zumindest in einer westlichen US-Population belegt werden konnte.

1.2.2 Stress-Modell der Trauer

Der Verlust einer nahestehenden Person kann für die Hinterbliebenen eine sehr belastende und stressauslösende Erfahrung sein. Stressreaktionen auf besonders belastende Lebensereignisse haben eine biologisch wichtige Funktion: Der Körper wird auf eine angstauslösende Situation vorbereitet, indem sich beispielsweise die Herzrate erhöht oder die Immunfunktionen vergrößert werden. Insbesondere die akute Trauerphase der ersten Wochen nach dem Tod kann eine Stressreaktion hervorrufen, die sich nicht von anderen belastenden Lebensereignissen (z. B. traumatischer Stress, Arbeitsplatzverlust, Scheidung) unterscheidet. Horowitz et al., die vor allem durch ihre Arbeit im Bereich der posttraumatischen Belastungsstö-

rung (PTBS) bekannt wurden, waren mit unter den Ersten, welche die komplizierte Trauer dem Stress-Reaktions-Modell zuordneten (Horowitz 2004; Horowitz et al. 1997). Nach Horowitz et al. entwickeln sich sowohl die komplizierte Trauer als auch die Anpassungsstörung und die PTBS aufgrund eines vorangegangenen Stressors. In einer Langzeitstudie konnten folgende Symptomcluster für die komplizierte Trauer gefunden werden: 1.) Intrusionen, 2.) Vermeidungsverhalten und 3.) Anpassungsprobleme an den Verlust (Horowitz et al. 1984) (s. auch ► Kap. 2.2). Physiologische Untersuchungen bei Trauernden in den ersten Tagen und Wochen nach dem Tod haben die Annahme bestätigt, dass die Trauerreaktion einem Stress-Reaktions-Modell zuzuordnen ist (O'Connor 2013). Erhöhte Stressreaktionen können über einen kurzen Zeitraum hinweg adaptiven Charakter haben und eine angepasste Verhaltensveränderung bewirken, um adäquat auf die Stressreaktion zu reagieren. Eine langfristige Dysregulation der Stressreaktion kann hingegen zu einer ständigen Übererregung des physiologischen Stresses führen und langfristige physische und psychische Schäden verursachen. Diese können zu Depression, einem geschwächten Immunsystem und Herzerkrankungen führen (McEwen 2002).

Stressmodell

Das Stressmodell geht davon aus, dass der Verlust einer nahestehenden Person zu einer Stressreaktion führt, welche besonders in der akuten Trauerphase die gleichen physiologischen Körperreaktionen hervorrufen kann, wie beispielsweise die posttraumatische Belastungsstörung oder die Angststörung.

Ein weiteres Erklärungsmodell der Trauerverarbeitung als Stressmodell bietet die Konsistenztheorie (Grawe 1998). Nach der Konsistenztheorie, ist die Diskrepanz zwischen den Grundbedürfnissen und deren tatsächliche Befriedigung eine der Hauptursachen für psychischen Stress. Wenn über einen längeren Zeitraum ein Mangelzustand auf der Bedürfnisebene (z. B. Bindungsbedürfnis, Kontrollbedürfnis) besteht, wird der gesamte körperliche und psychische Organismus in einen erhöhten