



Wagner

Psychotherapie mit Trauernden

Grundlagen und therapeutische Praxis



ARBEITSMATERIAL

BELTZ

ernde maladaptive Verhaltensweisen und Kognitionen (z. B. »Ich darf nicht an meine Tochter denken, da ich den Schmerz nicht aushalten kann.«), um den Schmerz des Verlusts zu vermeiden. Boelen (2006) spricht ergänzend auch von einem depressiven Vermeidungsverhalten bei Trauernden. Beim depressiven Vermeidungsverhalten ziehen sich Trauernde von sozialen Aktivitäten zurück.

Neben den Ähnlichkeiten der beiden Störungsbilder gibt es auch deutliche Unterschiede. Während bei der anhaltenden Trauerstörung die Sehnsucht nach der verstorbenen Person und eine damit verbundene Traurigkeit relevante Symptome sind, treten diese Merkmale bei der PTBS nicht auf. Umgekehrt leiden Patienten mit einer PTBS häufig an traumabezogenen Intrusionen in Form von Flashbacks und Alpträumen, während Trauernde auch positive Erinnerungen an die verstorbene Person abrufen können, bzw. diese als Intrusionen erleben. Ein weiterer wichtiger Unterschied der beiden Störungsbilder ist das Symptom der Hypervigilanz bei der PTBS, welche oft mit einer erhöhten Schreckhaftigkeit, Konzentrationsschwäche und Reizbarkeit einhergeht. Dieses Symptomcluster wurde bisher in noch keiner Studie für die anhaltende Trauerstörung nachgewiesen.

1.4 Diagnostische Verfahren zur Erfassung der Trauer

Während in den vergangenen Jahren die Trauerforschung insbesondere auf die Entwicklung einheitlicher diagnostischer Kriterien fokussiert war, wurden parallel verschiedene Messinstrumente entwickelt, welche verschiedene Aspekte der Trauer erfassen. Die meisten Skalen erfassen normale Trauerprozesse, andere Fragebogen fokussieren sich hingegen auf eine pathologische Trauerentwicklung oder auf spezifische Trauergruppen (s. Tab. 1.3). Dennoch wird deutlich, dass die bisherigen diagnostischen Verfahren unterschiedliche Diagnosevorschläge für pathologische Trauerprozesse zugrunde legten. Die unterschiedlichen Zeitkriterien seit dem Verlust spielen hierbei eine besonders wichtige Rolle, die bei der Bewertung der Fragebogen berücksichtigt werden sollte. Ebenso kritisch ist zu bemerken, dass bisher nur wenige Messinstrumente validiert wurden. Der *Inventory of Complicated Grief* (Prigerson et al., 1995) ist das am häufigsten genutzte Messinstrument, welches auch im deutschsprachigen Raum validiert wurde (Lumbeck et al., 2012). Inzwischen liegt eine Kurzversion des *Inventory of Complicated Grief* vor, die *Prolonged Grief Scale* (Prigerson et al., 2009). Allerdings erfassen beide Messinstrumente noch nicht vollständig das diagnostische Kriterium der anhaltenden Trauerstörung nach ICD-11.

Tabelle 1.3 Zusammenfassung der Messinstrumente für normale und anhaltende Trauer

| Fragebogen | Items | Art | Informationen |
|--|-----------|------------|--|
| <i>Texas Revised Inventory of Grief</i> (TRIG; Faschingbauer, 1981) | 21 Items | Fragebogen | Normaler Trauerprozess, keine Unterscheidung zwischen normaler und anhaltender Trauerstörung Subskalen: (1) Verhalten und Reaktionen während der Zeit des Todes; (2) derzeitiges Verhalten in Bezug auf den Verlust. Beide Skalen schätzen die Ausprägung der Sehnsucht nach der verstorbenen Person, die Akzeptanz des Todes und die Ausprägung der schmerzhaften Erinnerungen ein. |
| <i>Grief Experience Inventory</i> (GEI; Sanders et al., 1985) | 135 Items | Fragebogen | Normaler Trauerprozess, keine Unterscheidung zwischen normaler und anhaltender Trauerstörung Die Itemauswahl basierte auf klinischen Beobachtungen und Expertenkonsens |
| <i>Inventory of Complicated Grief</i> (ICG; Prigerson et al., 1995, 2001; Deutsch: Lumbeck et al., 2012) | 19 Items | Fragebogen | Unterscheidung zwischen normaler und anhaltender Trauerstörung Es liegen inzwischen eine Reihe von unterschiedlichen Ausgaben des Fragebogens vor (Prigerson et al. 1995, 2001), die Version von Prigerson et al. (1995) wird am häufigsten genutzt. |
| <i>Prolonged Grief Scale-13</i> (PG-13, (Prigerson & Maciejewski, 2008)) | 13 Items | Fragebogen | Unterscheidung zwischen normaler und anhaltender Trauerstörung Kurzform des <i>Inventory of Complicated Grief</i> , basierend auf Diagnosekriterium für die damals anstehenden neuen Editionen des DSM-5 und der ICD-11 (Prigerson et al., 2009). Enthält nicht vollständig alle diagnostischen Kriterien der ICD-11 |
| <i>Hogan Grief Reaction Scale</i> (Hogan, 2001) | 61 Items | Fragebogen | Unterscheidung zwischen normaler und anhaltender Trauerstörung Sechs Subskalen: (1) Verzweiflung, (2) Loslösung, (3) Desorganisation, (4) panisches Verhalten, (5) Schuld- und Wutgefühle, und (6) persönliche Reifung. Die Skala berücksichtigt sowohl maladaptive als auch adaptive Prozesse des Trauerprozesses. In der Forschung werden die fünf ersten Skalen zusammengefasst, um eine gesamte Trauervariable zu erhalten. |

1.5 Trauertheorien

Mit Sigmund Freuds Schrift »Trauer und Melancholie« (1918) wurde erstmals der psychologische Trauerprozess theoriegeleitet dargestellt. Nach Freud ist der verstorbene Mensch nicht mehr physisch existent, dennoch bestehen nach wie vor auf der psychischen Ebene enge Bindungsgefühle und Erinnerungen. Diese immer noch existierende Beziehung verhindert es auch, dass sich neue emotionale Bindungen entwickeln können. Um für neue Beziehungen wieder offen zu sein, muss nach Ansicht Freuds die psychische Energie von dem Objekt »abgezogen« werden, damit der Hinterbliebene seine Libido von der verstorbenen Person loslösen kann. Erst nach der Phase der emotionalen Loslösung von der verstorbenen Person kann die hinterbliebene Person sich zur Wiederaufnahme und Zuwendung von neuen Beziehungen hinwenden. Mit diesem Ablauf eines Trauerprozesses war Freud einer der ersten Theoretiker, der von der Annahme ausging, dass eine erfolgreiche Trauerverarbeitung in sequenziellen Phasen ablaufe. Erstmals wird auch der Begriff der »Trauerarbeit« im psychologischen Kontext erwähnt: »Tatsächlich wird aber das Ich nach der Vollendung der Trauerarbeit wieder frei und ungehemmt« (Freud, 1918, S. 430). Im Falle eines nicht erfolgreichen Durchlaufens der verschiedenen Trauerphasen ging Freud davon aus, dass die trauernde Person ein erhöhtes Risiko habe, psychisch zu erkranken oder einen komplizierten Trauerprozess zu durchlaufen.

Phasenmodelle der Trauer

Phasenmodelle der Trauerverarbeitung haben seit den 1970er Jahren eine weite Verbreitung in der Trauerliteratur und in der Weiterbildung zum Thema Trauer gefunden. Elisabeth Kübler-Ross ist eine der prominentesten Vertreterinnen der Annahme, dass Trauernde schrittweise eine Phase nach der nächsten durchleben, um am Ende das Stadium der Akzeptanz zu erreichen, ohne weiterhin in Depression oder Wut auf das Schicksal gefangen zu sein (Kübler-Ross, 1969). Das »5-Phasen-Modell« basierte interessanterweise nicht auf ihrer Arbeit mit Trauernden, sondern auf ca. 200 Interviews, welche sie mit Sterbenden durchgeführt hatte. Durch diese Gespräche entwickelte sie die Theorie, dass Sterbende die folgenden Stadien des Abschieds vom Leben in einem normalen Prozess durchlaufen:

- (1) Nicht-Wahrhaben-Wollen und Isolierung
- (2) Wut
- (3) Verhandeln
- (4) Depression
- (5) Akzeptanz

Diese einzelnen Stadien sind nach Kübler-Ross voneinander abgegrenzt und müssen nacheinander durchgearbeitet werden, bevor die nächste »Stufe« erreicht werden kann.

Schon in ihrem 1969 erschienen Buch »On Death and Dying« (dt. »Interview mit Sterbenden«, 1972) übertrug sie die fünf Phasen auf Familienangehörige, die mit dem Sterben einer nahestehenden Person konfrontiert waren. Obwohl diese Trauertheorie

weltweit Verbreitung fand, wird die Theorie auch sehr kritisch bewertet. Corr (2018) fand bspw. in den geführten Interviews von Kübler-Ross (1969) nur eine befragte Person, die tatsächlich alle fünf Phasen durchlaufen hatte und ihre Theorie bestätigen würde. Ähnlich kritisch sehen dies Stroebe et al. (2017) und werfen dem »5-Phasen-Modell« ein fehlendes theoretisches Rational vor. Die Grundlage der Theorie basiere auf einer Ansammlung von Gesprächen, die mit Sterbenden geführt wurden, was sich deshalb aber nicht automatisch auf den Trauerprozess der Hinterbliebenen übertragen lässt. Es gab vorab keine systematische empirische Testung, die zu der daraus entstandenen Theorie führte. So lässt sich bspw. nur unklar herleiten, aus welchem Grund das 3. Stadium des »Verhandelns« vor das 4. Stadium der »Depression« gestellt ist. Die unzureichende empirische Evidenz stellt einen weiteren Kritikpunkt dar. Die erste empirische Studie, welche versuchte, eine Evidenz des 5-Phasen-Modells in einer Gruppe von Trauernden nach einem Verlust durch natürlichen Tod nachzuweisen, war die »Yale Bereavement Study« (Maciejewski et al., 2007). Die Ergebnisse der Studie zeigten zwar, dass eine normale Trauer tatsächlich einen systematischen Verlauf aufweist, dennoch wurden die Symptome (z. B. Nicht-Wahrhaben-Wollen, Depression, Wut) nicht phasenweise durchlebt, sondern zeigten ihre höchste Ausprägung überlappend innerhalb der ersten sechs Monate nach dem Verlust. Hingegen nahm die Akzeptanz des Verlusts graduell während der gesamten 24 Monate zu. Zwar sahen die Autoren der Studie zunächst einen Hinweis darauf, dass die fünf Phasen nachgewiesen seien, sprachen aber in einer späteren Publikation (Prigerson & Maciejewski, 2008) nicht mehr von Phasen, sondern überlappenden »Trauerzuständen«. In einer weiteren Studie mit Trauernden nach natürlichen und gewaltsamen Todesumständen konnten Holland und Neimeyer (2010) die sequenziellen unterschiedlichen Trauerphasen von Kübler-Ross (1969) nicht bestätigen. Hingegen fanden sie ähnlich wie bei der Studie von Maciejewski et al. (2007), dass es bei Trauernden ein Muster im Trauerverlauf dahingehend gibt, dass die Trauersymptome (z. B. Depression, Wut) im Laufe der Zeit abnehmen und asynchron die Akzeptanz des Verlusts graduell zunimmt.

5-Phasen-Modell von E. Kübler-Ross

Bis heute gibt es keinen empirischen Beleg dafür, dass Trauer in sequenziellen, vorhersagbaren und voneinander abgegrenzten Phasen durchlaufen wird. Es gibt hingegen empirische Belege dafür, dass die Trauersymptome im Laufe der Zeit abnehmen und asynchron die Akzeptanz des Verlusts graduell zunimmt.

Obwohl die Trauerphasen von Kübler-Ross nicht belegt sind, sind sie dennoch inzwischen Teil der Trauerkultur geworden. Die Trauerphasen täuschen einen strukturieren, klaren Trauerprozess vor, der eigentlich das Gegenteil davon ist, nämlich komplex und vielschichtig. Sowohl Trauernde als auch diejenigen, die mit Trauernden arbeiten, setzen somit falsche Erwartungen an die Trauerverarbeitung. Durch das nicht Durchleben der Trauerphasen können Trauernde das Gefühl bekommen, dass sie nicht »richtig« trauern, oder dass ihre Art zu trauern nicht normal sei. Auch von Seiten der

professionellen Unterstützer kann ein falscher Fokus zu schädlichen Konsequenzen bei den Hinterbliebenen führen (Stroebe et al., 2017).

Elisabeth Kübler-Ross (1926–2004)

Elisabeth Kübler-Ross war eine der ersten Psychiaterinnen, die das Thema Trauer- und Sterbeforschung in der Allgemeinbevölkerung bekannt machte. Mit ihrer Arbeit erhöhte sie die Sichtbarkeit der Bedürfnisse sterbender Menschen und deren Angehörigen. Durch ihr Buch »Interviews mit Sterbenden« (1972) wurde sie weltweit bekannt und im Jahre 1999 vom Time Magazine als eine der 100 einflussreichsten Persönlichkeiten geehrt. Obwohl die Theorie der fünf Trauerphasen heute sehr umstritten ist, wird sie nach wie vor weltweit in Seminaren, Curricula, Weiterbildungskursen für Trauerbegleiter und Psychotherapeuten, Hochschulen und Büchern vermittelt. Kritische Stimmen fordern, dass die Theorie verworfen werden sollte, da sie sowohl für Betroffene als auch für Fachleute, die mit Trauernden arbeiten, irreführend ist (Stroebe et al., 2017). Falsche Erwartungen, wie ein »normaler« phasenhafter Prozess in der richtigen Abfolge sein sollte, würde dem Trauerprozess schaden.

Duales-Prozess-Modell (DPM)

Ein modernerer Ansatz der heutigen Trauertheorien stellt das *Duale-Prozess-Modell* von Stroebe und Schut (1999) dar. Sie integrierten mit diesem Modell zwei Stressoren, die Trauernde nach einem Verlust erleben. Ein Stressor nach einem Verlust beschreibt die verlust-orientierte Verarbeitung des Verlusts (z. B. Trauerarbeit, Auseinandersetzung mit dem Verlust, Durchleben der schmerzhaften Erfahrung und der Sehnsucht nach der verstorbenen Person). Der zweite Stressor betrifft die Bewältigung des zukünftigen Lebens ohne die verstorbene Person (z. B. Umgestaltung des Lebens ohne die verstorbene Person, neue Freizeitgestaltung). Beide Verarbeitungsprozesse können sowohl Ängste und Stresszustände auslösen, aber gleichzeitig auch zur Bewältigung ebendieser Zustände anregen (Stroebe & Schut, 2010). In beiden Verarbeitungsprozessen kommen sowohl problemorientierte Bewältigungsstrategien und emotionsfokussierte Bewältigungsstrategien zum Tragen. Während die Phasenmodelle (z. B. Freud, Kübler-Ross) davon ausgingen, dass das sequenzielle Durchleben der einzelnen Trauerphasen in einer spezifischen Reihenfolge die Voraussetzung für eine gelungene Trauerverarbeitung ist, wird die Trauerarbeit in diesem Modell als dynamischer Prozess verstanden, in welchem sich das verlustorientierte Verarbeiten mit dem wiederherstellungsorientierten Bewältigen immer wieder zeitweise abwechselt. Die zwei Verarbeitungsprozesse oszillieren manchmal innerhalb weniger Stunden, manchmal innerhalb von Tagen hin und her. Im Laufe der Zeit verändert sich die Gewichtung der beiden Seiten. Während es am Anfang der Trauer einen schwächeren Fokus auf die Bewältigung des zukünftigen Lebens gibt, nimmt der vergangenheitsorientierte Verarbeitungsprozess im Laufe der Zeit ab. Das Duale-Prozess-Modell wurde ursprünglich für trauernde Eheleute entwickelt, es wurde inzwischen auch für andere Trauergruppen,