

Urs Münch



EDITION **Leid**faden

Anhaltende Trauer

Wenn Verluste auf Dauer
zur Belastung werden

V&R



EDITION **Leid**faden

Hrsg. von Monika Müller

Die Buchreihe *Edition Leidfaden* ist Teil des Programmschwerpunkts »Trauerbegleitung« bei Vandenhoeck & Ruprecht, in dessen Zentrum seit 2012 die Zeitschrift »Leidfaden – Fachmagazin für Krisen, Leid, Trauer« steht. Die Edition bietet Grundlagen zu wichtigen Einzelthemen und Fragestellungen im (semi-)professionellen Umgang mit Trauernden.

Urs Münch

Anhaltende Trauer

Wenn Verluste auf Dauer
zur Belastung werden

Mit 3 Abbildungen und 1 Tabelle

Vandenhoeck & Ruprecht

Für Jacob

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

© 2020, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG,
Theaterstraße 13, D-37073 Göttingen
Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich
geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen
bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Umschlagabbildung: © Alexey Seafarer/Shutterstock.com

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen

Vandenhoeck & Ruprecht Verlage | www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com

ISSN 2198-2856
ISBN 978-3-647-40691-6

Inhalt

Vorwort	7
Einführung	10
1 Begriffsklärungen zum Thema Trauer	16
1.1 »Grief«, »bereavement« und »mourning«	16
1.2 »Normale« Trauer	18
1.3 »Nicht normale« Trauer	20
1.4 Komplizierte Trauer, Störung durch eine anhaltende komplexe Trauerreaktion und Anhaltende Trauerstörung	24
2 Anhaltende Trauerstörung (nach ICD-11)	32
2.1 Diagnose	32
2.2 Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen	38
2.3 Diagnostik: Aktueller Stand der Dinge bei Fragebögen zur Anhaltenden Trauerstörung	46
3 Modelle anhaltender Trauer	51
3.1 Das Duale Prozessmodell und das Konzept der Double Awareness	51
3.2 Bindungstheoretische Erkenntnisse im Hinblick auf das Duale Prozessmodell	56
3.3 Zusammenführung wesentlicher Ansätze und Ableitung von Interventionszielen	60
4 Therapieansätze	65
4.1 Kognitive Verhaltenstherapie für Trauernde	66
4.2 Exposition	67
4.3 Family Bereavement Program	70
4.4 Sinnbasierte Trauertherapie	71

6 Inhalt

4.5 Chronic Grief Management Intervention	72
4.6 Metakognitive Gruppentherapie	73
4.7 Medikamente	76
4.8 Zusammenfassender Ausblick	79
5 Umgang mit der Diagnose Anhaltende Trauerstörung	82
5.1 Wirksamkeitsnachweise von Trauerbegleitung im deutschsprachigen Raum	82
5.2 Trauerbegleitende und Trauerberatende: Haltung und Beziehungsgestaltung	86
5.3 ABCD der Würde	92
5.4 Optimale Versorgungsstrukturen für die Unterstützung Trauernder	99
5.5 Erkennen von Risikofaktoren im Hospiz- und Palliativbereich	102
6 Tipps für Trauerberatende	107
6.1 Eine Anhaltende Trauerstörung erkennen	107
6.2 Trauerberatung und Psychotherapie: Ist beides gleichzeitig möglich?	108
6.3 Wie finde ich geeignete Psychotherapeuten?	109
6.4 Woran erkenne ich, ob Trauernde eine Depression oder eine Posttraumatische Belastungsstörung haben?	110
6.5 Umgang mit Suizidalität	111
6.6 Haltung und Selbstfürsorge	112
7 Ausblick und Dank	114
Literatur	116

Vorwort

Im Jahr 1967 hielt Theodor W. Adorno einen Vortrag an der Wiener Universität. Die Mitschrift dieses Vortrages trägt den Titel »Aspekte des neuen Rechtsradikalismus« – Was Adorno 1967 schon über die neue Rechte wusste.« Der Philosoph und Soziologe erklärt darin, wie es zu radikalen Bewegungen kommt, und führt zahlreiche Gründe dafür an. Unter anderem benennt er den Aspekt der Teilhabe. Fühlen sich Teile der Gesellschaft ausgeschlossen, erzeugt dies Wut und daneben auch Angst, selbst bald zu den Abgehängten zu gehören.

Das vorliegende Buch handelt nicht von der Radikalisierung der Gesellschaft, sondern von Menschen, die trauern, und denen, die Trauernde unterstützen. Was aber haben die Überlegungen Adornos damit gemeinsam?

Die Aufnahme der Diagnose »Prolonged Grief Disorder« in die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-11; verabschiedet im Jahr 2019) löst immer noch heftige Abwehrreaktionen aus. So scheint bei Fachkräften wie Trauerbegleitern und Trauerberatern die Sorge zu bestehen, als verlöre mit der trauer-spezifischen Störung ihre Arbeit an Bedeutung oder als würde sie gar bedeutungslos. Auch ginge damit die Deutungshoheit auf die Psychologen und Mediziner über. Die Sorge ist auf den ersten Blick verständlich, denn eine Medikalisierung eines grundsätzlich zum Leben dazugehörenden Erfahrungsbereichs, der gemeinhin als natürlich bezeichnet wird, muss Kritik hervor-

rufen. Natürliches als krankhaft zu bezeichnen, ist schwerlich hinzunehmen.

Doch die Argumentation der Gegner greift möglicherweise zu kurz, denn sie macht sich gemein mit dem, was sie kritisiert. Sie fokussiert in fast paralleler Gemeinsamkeit mit der ICD-11 lediglich nur auf das innerpsychische Erleben und verliert sich in Grenzstreitigkeiten zwischen »normal« und »störungswertig«. Die sozialen Belange außerhalb der innerpsychischen Parameter bleiben hingegen weitestgehend unberücksichtigt. Dabei haben die gesellschaftlichen Bedingungen eine solche Diagnose erst hervorgebracht.

So zeichnen sich postmoderne Gesellschaften dadurch aus, dass sie eine weitreichende Dynamisierung und Veränderung der Zeitstrukturen erleben. In allen Bereichen finden stetig Veränderungen statt. Die Menschen sind angehalten, Zeit zu sparen, ihr Lebenstempo zu erhöhen und ihre Leistung zu steigern, um den Anschluss zu behalten. Rosa (2012) spricht in dem Zusammenhang von einer beschleunigten Gesellschaft, in der Menschen unter Zeitknappheit leiden.

Granek (2017) beschreibt darüber hinaus, wie das wissenschaftliche Paradigma auf alle Lebensbereiche übertragen wurde. Rationalität, Funktionalität und Effektivität sind Werte, die den Alltag der Menschen leiten. Es herrscht der Glaube, dass es für jedes Problem sowohl eine Erklärung als auch eine Lösung geben muss.

Übertragen auf die Trauerthematik heißt das: Trauerprozesse müssen schnell verlaufen, damit sie die allgemeine Geschäftigkeit nicht stören. Falls dies nicht geschieht, ist psychotherapeutische Unterstützung die Lösung.

Wenn aber Trauerbegleiter und Trauerberater ebenfalls nur das innerpsychische Erleben im Blick haben, machen sie sich dann vor diesem Hintergrund nicht nur zu bloßen Agenten dieser Auffassung? Damit wäre ihre Sorge berechtigt, mit der

sie die Bedeutung ihrer Arbeit schwinden sehen. Denn die Diagnose legitimiert fast ausschließlich ärztliche und psychologische Psychotherapeuten als diejenigen, die Menschen mit Komplizierter Trauer zu betreuen haben.

Trauer ist jedoch kein rein innerpsychisches Phänomen. Fokussierten die Trauerfachkräfte auf die sozialen Bedingungen und gingen sie dazu über, ihre wertvolle Arbeit verstärkt im sozialen Kontext zu verorten, bliebe ein Tätigkeitsfeld, von dem aus weitreichende Effekte erzielt werden können. Denn eine Gesellschaft, deren Glück auf der Anhäufung von Macht, Ansehen und Geld aufbaut, kann erheblich von Menschen profitieren, denen es um Mitmenschlichkeit, Respekt und Miteinander geht.

Somit steht mit der Einführung der Diagnose gar nicht infrage, ob es noch einen Platz für die Trauerfachkräfte geben könnte. Im Gegenteil, die Diagnose könnte helfen, das eigene Tätigkeitsfeld besser zu definieren sowie Ziele und Schwerpunkte der eigenen Arbeit zu reflektieren. Kurz: Die Angst um Verlust von Teilhabe ist unbegründet.

Heidi Müller
Trauerzentrum Frankfurt

Einführung

Frau B.

Und wieder war es keine gute Nacht, kein erholsamer Schlaf. Sie fühlt sich wie gerädert und noch bevor sie die Augen geöffnet hat, ist es wieder da: Thomas¹. Und all die Fragen: Warum? Warum ist er nicht da? Warum diese Ungerechtigkeit, warum musste es ihn treffen? Warum hat er sie nicht gleich mitgenommen? Wechselnd schießen ihr die Fragen durch den Kopf, während sich ein Gefühl unendlicher Traurigkeit an seinem inzwischen angestammten Platz ausbreitet, so dass es kein Ausweichen oder Ablenken gibt. Wie ein stummer Schrei, fordernd, Raum greifend, permanent vorhanden. Es ist da und lässt nicht locker. Mühevoll erhebt sie sich und bewegt sich in Richtung Badezimmer. Alles ist nicht mehr so ordentlich und aufgeräumt wie früher. Früher. Sofort gehen wieder die Bilder vor ihrem inneren Auge los. Sie befinden sich beide im seichten Meer am Strand und bespritzen sich gegenseitig mit Wasser. Die Möwen kreischen, Wellen rauschen sanft heran, die wunderbar salzhaltige Luft, das Wasser angenehm weich und kühlend bis zu den Waden. Ihr Blick ist immer nur auf ihn gerichtet, auf sein Lachen und seine wunderbar strahlenden und funkelnden Augen. Die Lachfältchen! Wie sehr sie diese liebt. Jedes einzelne. Nachdem sie vergeblich versucht, vor ihm wegzulaufen und nicht durchnässt zu werden, holt er sie ein und umschließt sie mit seinen Armen.

1 Name wurde geändert.

Sie hat alles so genau vor Augen, als ob es gerade geschehen würde. Aber bevor sie es richtig genießen kann, ist dieser Schmerz wieder da, dieser permanente, dunkle und umhüllende Schatten. In ihren Augen sammeln sich Tränen. Ihr Blick geht durch die Tür zu den auf dem Wohnzimmertisch liegenden Fotoalben. Alles nur schöne Erinnerungen, aber extrem schmerzvolle schöne Erinnerungen. Jedes schöne Erlebnis, jede einzelne Situation, die sie in Gedanken durchgehen kann, ist immer überfrachtet vom Gefühl nie abebbender tiefer Traurigkeit. Sie waren einfach ein tolles Team. Beruflich und privat. Unzertrennbar. Zwischen ihr und Thomas passe kein Blatt, meinte ihre Schwester früher immer. Früher, zu besseren Zeiten, als die Welt noch in Ordnung war. Jetzt lässt sich ihre Schwester auch nicht mehr blicken. Trauerkloß. So hatte sie sie bei ihrer letzten Begegnung genannt. Auch schon wieder ein paar Monate her. Und warum sie anrufen? Was sie selbst beschäftigt, will ihre Schwester eh nicht hören, und es ist zu mühsam, irgendetwas zu erfinden oder schönzumalen, was seit über einem Jahr einfach nicht mehr schön ist. Schön ist höchstens die Erinnerung. Teilweise. Besser: Das sind noch die Momente, in denen sie trotz der Traurigkeit Schönes erlebt und empfindet.

Manchmal überkommt sie eine Wut. Wie konnte er sich einfach nur davonstehlen und sie im Stich lassen?! Der Sonnenschein ist weg, alles ist nur noch grau und farblos. Nicht, dass sie das einfach nur hingenommen hätte. Aber nirgendwo fühlt sie sich richtig. Anfangs hatte sie ein paar Mal ein Trauercafé besucht in der Hoffnung, es könnte sich etwas bessern. Geduldig hörte sie anderen zu und erhoffte sich, von ihnen lernen zu können. Aber es passierte nichts, veränderte sich nichts. Sie bekam auch einige Ratschläge: Du musst den Tod akzeptieren, du musst Trauerarbeit leisten, wenn du alle Phasen durchlaufen hast, wird es dir wieder besser gehen, aber da musst du erst einmal durch. Aber Thomas kam dadurch nicht zurück und so richtig besser fühlte sie sich nicht. Sehnsucht und Schmerz sind bis heute ihre

Begleiter bis in den Schlaf hinein geblieben. Die einzige richtige Stütze war seit dem Tod ihre Hausärztin. Sie zog sie aus dem Verkehr und sorgte dafür, dass sie krankgeschrieben blieb. Und das, ohne dass sie sich erklären musste. Manchmal reichte ein Blick und die Ärztin verlängerte seufzend die Krankschreibung. Die Tabletten, die sie ihr vor Monaten verschrieben hatte, nahm sie schon lange nicht mehr. Sie hatte sich damit eher wie betäubt und auf Watte gefühlt, als ob sie nicht mehr sie selbst sei. Das Gefühl der Betäubung war das einzig Positive, aber sie wollte kein Zombie sein. Zumindest nicht wegen der Tabletten.

Da ihr gesagt wurde, dass ihr Ablenkung guttäte, war sie anfangs nach der Beerdigung arbeiten gegangen, aber ihre Chefin hatte sie bald mit den Worten »So nutzt du uns nichts, wenn du so neben dir stehst« nach Hause geschickt. Zu Hause war Platz für all die Erinnerungen. Anfangs konnte sie diese noch mit zwei Freundinnen und einer Nachbarin teilen, aber irgendwann wurden diese ungeduldig und zeigten sich genervt davon, dass sie nur ein Thema hatte: Thomas. »Du musst langsam wieder am normalen Leben teilnehmen und dich auch mal wieder mit anderen Dingen beschäftigen.« »Meinst du, Thomas hätte gewollt, dass du wie ein Häufchen Elend herumsitzt?« Irgendwann wurden die Kontakte weniger. Soziale Kontakte hat sie jetzt hauptsächlich beim Einkaufen und natürlich durch ihre Hausärztin. Diese hatte ihr kürzlich die Überweisung zu einer Psychotherapie gegeben mit dem dringenden Rat, etwas für sich zu tun. Die Krankenkasse wollte sie unbedingt in die Reha stecken, denn bald würde das Krankengeld auslaufen.

Frau B.s Oma hat es damals »geschafft«. Nachdem Opa gestorben war, wollte sie einfach nicht mehr. Sechs Monate später wurde sie schwer krank und verstarb dann ganz schnell. Bei ihrem letzten Kontakt hat sie ihr mitgeteilt, dass er auf sie warte und sie sich so sehr freue, endlich wieder mit ihm vereint zu sein. Aber anscheinend ist Frau B. nicht so stark oder konsequent wie ihre Oma. Seuf-

zend macht sie sich fertig, um zum Friedhof zu gehen, zu Thomas' Grab. Der Ort, an dem sie sich manchmal Stunden aufhalten kann. Der Ort, den sie mit Hingabe pflegt, damit er es schön hat. Der Ort, an dem sie sich ihm nahefühlt und mit ihm reden kann. Aber auch ein Ort, den sie irgendwann wieder fluchtartig verlassen muss, weil sie es nicht mehr aushält, wenn sie der Schmerz überwältigt.

Anhaltende Trauer meint Trauer, die in ihrer Ausprägung und Intensität lang andauert, nicht innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten in einen erträglicheren Bereich kommt und bei der Alltag und Normalität nicht zunehmend wieder mehr Raum bekommen. Ein Trauerverlauf kann bei einigen Menschen Jahre, mitunter Jahrzehnte dauern (Wagner, 2013), andere Menschen erleben hingegen selbst nach einem bedeutsamen Verlust nur eine gering ausgeprägte Trauer und bei nicht wenigen stellt sich gar keine Trauerreaktion ein (Bonnano, Boerner u. Wortmann, 2008). Dauer und Intensität von Trauer sind neben soziokulturellen und individuellen Faktoren wie zum Beispiel Gesundheit und sozioökonomische Situation auch von der Art des Verlustes abhängig (Dyregov, Nordanger u. Dyregov, 2003; Pynoos u. Nader, 1990; Rando, 1985; Wagner, 2016).

Das Eingangsbeispiel stellt eine anhaltende Trauer dar, wie ihr Trauerbegleiter und Trauerbegleiterinnen² im Rahmen ihrer Tätigkeit begegnen können. Was führt dazu, dass zum Thema anhaltende Trauer jetzt ein weiteres Buch erscheint, obwohl es in den letzten Jahren für den deutschsprachigen Raum mit den Büchern von Birgit Wagner (2013) sowie von Heidi Müller und Hildegard Willmann (2016) hervorragende Zusammenfassungen zum Thema Trauer und Stand der Dinge in der Trauerforschung gegeben hat?

2 Es werden in diesem Buch nicht durchgängig Geschlechtsformen genannt, es sind aber immer alle gemeint.

In den Jahren 2018/19 kam es zu einer einschneidenden Veränderung: Das Vorhaben, in die neue Auflage der von der WHO herausgegebenen Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) eine Diagnose namens »Anhaltende Trauerstörung« aufzunehmen, war schon länger bekannt. In den letzten drei, vier Jahren hat dieses Vorhaben auch in Deutschland zum Teil heftige Kontroversen und vor allem Ablehnung ausgelöst (siehe Stellungnahmen DHPV, 2016, 2018)³. Im Mai 2019 wurde die ICD-11 von der Weltgesundheitsversammlung WHA verabschiedet und damit wurden auch die Kriterien für die neue Trauerstörung festgelegt. Das schuf Tatsachen, die einen Umgang jenseits pauschaler Ablehnung oder Dämonisierung dieser Diagnose erfordern (Münch u. Gramm, 2017; Paul, 2017). Noch ist nicht klar (Stand: Oktober 2019), wann genau die ICD-11 in Deutschland eingeführt bzw. umgesetzt wird. Anstatt darauf zu warten und dann zu reagieren, soll dieses Buch einen Beitrag dazu leisten, die Diskussion über die Diagnose auf eine sachlichere Ebene zu heben und praktische Aspekte im Umgang mit der Anhaltenden Trauerstörung zu beleuchten. Es wird dabei das Ziel verfolgt, zumindest ein Stück weit bei der Einschätzung zu helfen, wer wann welche Unterstützung braucht, wenn Trauer nicht aufhört.

Mein beruflicher Schwerpunkt in der Psychoonkologie und der Palliativversorgung veranlasst mich, den Blick darauf zu werfen, was insbesondere die Palliativversorgung und die damit verbundene Forschung in der Begleitung, Betreuung und Behandlung von Menschen mit anhaltender Trauer beizutragen haben und womit sie bereichern können. Das betrifft sowohl Themen wie Haltung, Würde und das Konzept der »Double Awareness« als auch ethische Fragestellungen und die ethischen Richtlinien bzw. Leitlinien der Fachkräfte (Münch u. Müller,

3 <https://www.dhvp.de>.

2019). Palliative und hospizliche Versorgung beinhalten zudem, Trauerprozesse von Menschen mit lebenslimitierender schwerer Erkrankung und deren Nahestehenden zu begleiten. Es ist in diesem Feld auch Aufgabe der Begleitenden und Behandelnden, Zugehörige und Nahestehende im Blick zu haben, bei denen ein Risiko für eine Anhaltende Trauerstörung besteht. Dafür wird in diesem Buch der aktuelle Wissensstand internationaler Forschung zusammengefasst und Wissenslücken sowie Probleme für die Praxis werden aufgezeigt. Zuerst geht es aber um Begriffsklärungen, denn nur wenn klar ist, was welcher Begriff meint und welche wissenschaftlichen Positionen damit verbunden werden, kann in der Diskussion um Trauer und Trauerstörung eine gemeinsame Sprache gefunden werden.

1 Begriffsklärungen zum Thema Trauer

1.1 »Grief«, »bereavement« und »mourning«

Die wissenschaftliche Diskussion und die überwältigende Mehrheit der zu Trauer veröffentlichten wissenschaftlichen Publikationen sind in der Regel englischsprachig. Im Deutschen ist »Trauer« das umfassende Wort, das sämtliche Facetten und Aspekte der Trauer beinhaltet. Da dies im Englischen anders ist, bedarf es einer Klärung der Bedeutung der im wissenschaftlichen Diskurs verwendeten Begriffe. Im Englischen sind die Begriffe »grief«, »bereavement« und »mourning« im Zusammenhang mit Trauer zentral. Die Unterscheidung zwischen diesen Begriffen fächert mögliche Bedeutungen des Wortes »Trauer« auf. In der Diskussion um »normale« oder »nicht normale« Trauer werden im Englischen vor allem die Begriffe »grief« und »bereavement« verwendet. »Grief« ist definiert als der hauptsächlich emotionale/affektive Prozess, auf den Verlust eines geliebten Menschen durch Tod zu reagieren. Der Fokus liegt dabei auf dem inneren, intrapsychischen Prozess des Individuums (Boerner, Stroebe, Schut u. Wortmann, 2017; Stroebe, Hansson, Schut u. Stroebe, 2008).

Grief bezieht sich also auf das innere Erleben von Trauer und ist demnach, anders als »Bereavement«, vor allem eine psychisch-mentale Entität (Maciejewski, Maercker, Boelen u. Prigerson, 2016). »Bereavement« beschreibt hingegen die objektive Situation, in der man sich befindet, nachdem man eine wichtige Person durch Tod verloren hat (Boerner et al., 2017; Stroebe

et al., 2008). Bereavement wird als der breiteste der drei Begriffe und als eine Aussage über die objektive Realität einer Situation des Verlustes durch den Tod verstanden (Maciejewski et al., 2016). Dieser Unterschied findet sich auch in der Praxis wieder. So wird im Internet zum Beispiel der Begriff der »bereavement support group« (Trauerersthilfegruppe) verwendet, aber es ist von einem »grief therapist« (Trauertherapeut) die Rede.⁴

Während »grief« sich also auf die innere oder intrapsychische Erfahrung des Verlustes konzentriert, bezieht sich »mourning« auf die äußeren oder öffentlichen Ausdrucksformen der Trauer (Stroebe et al., 2008). »Es gibt eine offensichtliche Überschneidung zwischen »grief« und »mourning«, wobei sich beide gegenseitig beeinflussen. Das macht es oft nicht leicht, zwischen den beiden zu unterscheiden. Der öffentliche Ausdruck (d. h. »mourning«) der emotionalen psychischen Belastung durch den Verlust eines geliebten Menschen (d. h. »grief«) wird von kulturell bestimmten Überzeugungen, Sitten und Werten beeinflusst« (National Cancer Institute, 2017).⁵

Es mag hilfreich sein, den Begriff »Trauer« in der Vielfalt seiner Bedeutungen und Aspekte zu erläutern, damit die im deutschsprachigen Raum heftige (Glaubens-)Diskussion, ob Trauer an sich pathologisch sein kann, eventuell sachlicher geführt werden kann. In diesem Zusammenhang werden verschiedene Fragen aufgeworfen, zum Beispiel: Ist von Trauer als psychischer Entität die Rede? Handelt es sich bei Trauer um Emotionsverarbeitung mit Auswirkungen auf das Fühlen, Denken und Handeln? Meint Trauer die Auswirkungen auf das eigene Selbst, das Selbstverständnis, die Selbst- und Weltsicht oder die eigene Bedürftigkeit? Geht es um Trauer als Prozess, der

4 Z. B. <https://www.losrobleshc.org/grief-and-bereavement>.

5 Sofern keine deutsche Übersetzung vorlag, wurden alle englischsprachigen Zitate vom Autor übersetzt.

hilft, mit einem Verlust zurechtzukommen und weiterzuleben? Wird der Begriff »Trauer« verwendet, wenn gemeint ist, wie ein Verlust und die damit verbundene Trauer sich auf ein soziales System und persönliche soziale Situationen auswirken oder wie die Gesellschaft und wir mit Trauer und Trauernden umgehen?

1.2 »Normale« Trauer⁶

In ihrem Buch »Komplizierte Trauer« (Wagner, 2013) beschreibt Birgit Wagner anschaulich, was unter »normaler« Trauer verstanden wird. Laut der Autorin ist Trauer eine Reaktion auf einen bedeutsamen Verlust und ein Prozess im Finden eines Umgangs mit diesem. Sie ist ein fester Bestandteil des Lebens und ein Teil jedes Lebenszyklus (Wagner, 2016). Nahezu alle Wissenschaftler und Forscher, die sich mit Trauer beschäftigen, sind sich einig, dass die große Mehrzahl an Trauerverläufen als normal einzuschätzen ist. Die dabei angegebenen Zahlen variieren zwischen 65 und 99 Prozent (Wagner, 2013) und es sind seitdem keine wesentlichen Abweichungen hinzugekommen.

Trauer als Reaktion beinhaltet im Sinne von »grief« auf der emotionalen Ebene Gefühle von Traurigkeit, Sehnsucht, Wut, Einsamkeit, Angst, Schuld, Verzweiflung und zum Teil physisch spürbaren Trennungsschmerz. Es kann auch zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie zum Beispiel Schlafstörungen kommen. Auf der Verhaltensebene kann Trauer dazu führen, dass Trauernde sich zurückziehen und es ihnen schwerfällt, im normalen Alltag zu funktionieren und ihre Rollen aufrechtzuerhalten bzw. sich in neue Rollen hineinzufinden.

6 »Normale Trauer« umfasst die überwiegende Zahl der Trauerverläufe, die keiner speziellen psychologisch-psychotherapeutischen Unterstützung bedürfen und davon auch nicht profitieren (z. B. Wagner, 2013).

Normale Trauer ist dadurch gekennzeichnet, dass es zunächst zu einer Zunahme der emotionalen Belastungen und des Erlebens von Nähe zum Verstorbenen kommt, die mehrere Monate bis etwa ein Jahr anhalten (Wittkowski u. Scheuchenpflug, 2015). Danach nehmen Häufigkeit und Intensität der Belastungen graduell wieder ab (Wagner, 2016).

Menschen erleben Trauer in unterschiedlicher Intensität. Lange wurde das fehlende oder nur sehr leichte Erleben von Trauer im Sinne von grief und mourning als pathologisch eingestuft. Forschungsergebnisse konnten diese Annahmen nicht stützen, sondern zeigten im Gegenteil, dass fehlende Trauer eine der häufigsten Trauerreaktionen darstellt und per se nicht als pathologisch einzustufen ist (Bonnano et al., 2008; siehe auch Wagner, 2013). Umgekehrt gibt es je nach Art des Verlustes und der Beziehung zum Verstorbenen »normale« Trauerverläufe, die deutlich länger als ein oder zwei Jahre dauern (Milic, Muka, Ikram, Franco u. Tiemeier, 2017; Wittkowski u. Scheuchenpflug, 2015).

Trauer ist jedoch nicht nur mit negativen Emotionen verbunden, sondern auch mit Freude, zum Beispiel in Verbindung mit positiven Erinnerungen, oder mit Erleichterung, beispielsweise wenn der geliebte Mensch nicht mehr leiden muss oder nicht leiden musste oder eine eigene Last abgefallen ist (Wittkowski u. Scheuchenpflug, 2015).

Menschen können sogar im Verlauf eines Trauerprozesses in Folge des Verlusterlebnisses an den Erfahrungen auch reifen und wachsen, was allerdings auch für andere kritische Lebensereignisse gilt, etwa wenn Menschen sich mit ihrem eigenen Tod bzw. Sterben auseinandersetzen müssen (Davies, 2008). Es wird angenommen, dass eine zu dem jeweiligen Trauernden passende und für ihn stimmige Veränderung der Bindung zum Verstorbenen die Grundlage für posttraumatisches Wachstum ist (Gerrish, Dyck u. Marsh, 2009; siehe auch Müller u. Willmann, 2016). In

Bezug auf das posttraumatische Wachstum wünscht sich die Mehrzahl der Psychotherapeuten und Psychologen zum Beispiel »größere Wertschätzung des eigenen Lebens«, »verbesserte Empathiefähigkeit« oder »Zuwachs an innerer Stärke und Selbstvertrauen« (Wittkowski u. Scheuchenpflug, 2015) als Behandlungsergebnis für ihre Klienten, unabhängig von deren Störung oder Grundproblem. Die Reifung im Sinne eines posttraumatischen Wachstums wird unter anderem in Büchern wie »Die heilende Kraft der Trauer«, »Trauer hat heilende Kraft«, »Kraft aus der Trauer: ein heilsamer Begleiter« oder »Du wirst getröstet sein: die heilende Kraft der Trauer« als das Ziel schlechthin eines Trauerprozesses angesehen.⁷

1.3 »Nicht normale« Trauer⁸

Im internationalen Diskurs besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass es Trauerverläufe gibt, die sich von »normalen« Trauerverläufen unterscheiden (sehr kritisch dazu Wakefield, 2012). Dabei zeigt sich kein Unterschied in den Reaktionen auf den Verlust an sich, sondern bezüglich des Schweregrades in Kombination mit der Dauer (z. B. Maciejewski et al., 2016; Prigerson, Horowitz, Jacobs et al., 2009; Shear, Simon, Wall et al., 2011; Wagner, 2016). Zudem kann ein schwerer, komplexer Trauerverlauf auch größere gesundheitliche Beeinträchtigungen mit sich bringen (Wittkowski u. Scheuchenpflug, 2016) wie zum Beispiel das

7 Ergebnisse der Online-Recherche zu den Stichwörtern »Trauer«, »heilend«, »Kraft« und »Buch«.

8 »Nicht normale Trauer« ist ein Sammelbegriff für alle Formen der Trauer bzw. Trauerverläufe, die als traumatisch, kompliziert, komplex oder pathologisch eingestuft bzw. von einer psychischen Störung wie einer Depression begleitet werden und bei denen Betroffene in der Regel von einer psychologisch-psychotherapeutischen Behandlung profitieren.

Gebrochenes-Herz-Syndrom⁹, ein erhöhtes Risiko für Suizidalität, kardiovaskuläre Erkrankungen, chronischer Schmerz, anhaltende Schlafstörungen, Krebs und Depressionen (z.B. Guldin, Kjaersgaard, Fenger-Grøn, Parner, Li, Prior u. Vstergaard, 2017; Shahane, Fagundes u. Denny, 2018; Shear et al., 2011; Stroebe, Schut u. Stroebe, 2007; Stroebe, Stroebe, Schut u. Boerner, 2017).

Prigerson et al. (2009) gehen aufgrund ihrer Studienergebnisse davon aus, dass sich »nicht normale« Trauer nicht vor Ablauf von sechs Monaten nach einem Verlust von »normaler« Trauer unterscheiden lässt, andere Autoren favorisieren den Zeitpunkt einer möglichen Unterscheidung nach frühestens einem Jahr (Wakefield, 2013) oder gar zwei Jahren (Wittkowski u. Scheuchenpflug, 2016). Das findet sich auch in den jeweiligen Konzepten für Diagnosekriterien »nicht normaler« Trauer wieder (siehe Kapitel 1.4 und 2.1).

Allerdings sagt allein die Dauer von Trauerverläufen erst einmal nichts darüber aus, ob und ab wann eine Unterscheidung zwischen einem »normalen« und einem »nicht normalen«, das heißt einem in die Kategorie einer psychischen Störung einzuordnenden, Trauerverlauf möglich ist. Bisher wurde der früheste Zeitpunkt einer solchen Unterscheidung gezielt nur von Prigerson et al. (2009) untersucht, allerdings war deren Stichprobe in ihrer Aussagekraft in Bezug auf alle möglichen Verlustarten eingeschränkt. Daher liefern sie zwar einen ersten Ansatz, zu diesem Aspekt bedarf es aber weiterer Untersuchungen mit Menschen, die andere Verluste erlitten haben bzw. andere soziokulturelle Hintergründe aufweisen.

Erste Befunde zu soziokulturellen Unterschieden lieferten zum Beispiel eine WHO-Feldstudie, bei der Kliniker aus 76 Län-

9 Die Stress-Kardiomyopathie ist eine seltene, akut einsetzende und oft schwerwiegende Funktionsstörung des Herzmuskels mit Symptomen ähnlich denen eines Herzinfarkts. Sie geht in der Regel von allein wieder weg, kann in manchen Fällen aber schwerwiegende Folgen haben.

dern die Unterscheidung zwischen »normaler« und »nicht normaler« Trauer anhand vorgegebener Fallbeispiele zu treffen hatten und zu 92 Prozent übereinstimmten (Keeley et al., 2016), sowie ein Vergleich der Symptome zwischen Trauernden aus China und der Schweiz, bei denen sich Trauersymptome ähnlich stark ausgeprägt zeigten. Bei den Teilnehmenden aus der Schweiz stand aber die anhaltende Beschäftigung mit dem Verstorbenen im Vordergrund, während in China vor allem die funktionalen Beeinträchtigungen im Alltag vorherrschend waren (Xiu, Maercker, Woynar, Geirhofer, Yang u. Jia, 2016).

Laut Killikelly und Maercker (2018) gibt es aktuell international 17 Studien zu den von Prigerson et al. abgeleiteten Kriterien einer Trauerstörung, unter anderem aus dem Irak, Ost-Timor und Indien. Noch fehlt es aber insgesamt an umfassendem Wissen, um präzisere und allgemeingültigere Aussagen treffen zu können.

Daneben gibt es neuere Ansätze, die sich aus neuropsychologischer Perspektive mit Trauer beschäftigen. O'Connor und Arizmendi (2014) fanden in ihrer Studie einen Unterschied zwischen »normaler Trauer« und Komplizierter Trauer. Sie führten einen Emotions-Stroop-Test durch, bei dem Teilnehmende auf einem Monitor hintereinander Wörter dargeboten bekommen, die entweder mit Trauer verbunden werden oder allgemeine andere Wörter sind. Die Teilnehmenden haben die Aufgabe, diese Wörter als positiv, neutral und negativ einzuteilen. Dabei wird die Reaktionszeit gemessen, die es für diese Entscheidungen braucht. Als Ergebnis dieser Studie zeigten die Versuchsteilnehmenden mit Komplizierter Trauer signifikant langsamere Reaktionen bei Wörtern, die mit Trauer assoziiert werden, als diejenigen mit »normaler« Trauer. Die Autoren interpretieren dies als Vermeidungsreaktion, es bedarf ihrer Meinung aber einer Replikation der Studienergebnisse und weiterer Forschung mittels funktionalem MRT, um zu erkunden, auf welche Art und Weise sich die Verarbeitung im Gehirn voneinander unter-

scheidet (O'Connor u. Arizmendi, 2014; siehe Diskussion in Kapitel 2.2). Wenn sich dieses Ergebnis bestätigen sollte, dann gäbe es ein Unterscheidungsmerkmal zwischen »normaler« und »nicht normaler« Trauer.

Da der Unterschied zwischen »normaler« und »nicht normaler« Trauer bisher aber nur in der Ausprägung und der Dauer liegt, ist der Begriff »Symptom« zur Kennzeichnung der Facetten einer Trauerreaktion umstritten (Münch u. Müller, 2019). Symptom bedeutet Merkmal oder Hinweis auf eine Erkrankung oder Störung; »normale« Trauer mag zwar ein Ausnahmezustand sein, ist aber ganz sicher keine Störung oder Krankheit. Dennoch wird in der internationalen Literatur der Begriff »Symptom« verwendet, wenn:

- die Merkmale einer »nicht normalen Trauer« beschrieben werden (Milman, Neimeyer, Fitzpatrick, MacKinnon, Muis u. Cohen, 2018; Milic et al., 2017),
- der Begriff »normales Symptom« gegenüber dem pathologischen Symptom abgegrenzt wird (z. B. Maciejewski et al., 2016),
- »normale Trauer« definiert wird (Wagner, 2013).

Es gibt gute Gründe dafür oder dagegen, den Begriff »Symptom« zu verwenden, aber man sollte sich dessen bewusst sein, welche Sichtweise damit transportiert wird, und sollte sie dann auch transparent machen. Zum Beispiel ist für mich als Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut die Verwendung des Begriffs nicht negativ besetzt, allerdings ist mir bewusst, dass ich mit der Verwendung des Begriffs Sichtweisen jenseits des Gesundheits- bzw. Krankheitsbetriebs wie zum Beispiel die soziologische Perspektive ausgrenze bzw. außer Acht lasse. Für die Beschreibung einer Störung werde ich im Folgenden den Begriff »Symptom« für Reaktionsweisen benutzen, unabhängig davon, ob es um Trauer, Depression oder Ängste geht.

Für »nicht normale« Trauer¹⁰ gab und gibt es seit den 1990er Jahren verschiedene Begrifflichkeiten. Seit ca. zehn Jahren stehen vor allem drei in der Diskussion: Komplizierte Trauer (Complicated Grief, CG), die Forschungsdiagnose im DSM-5-Appendix¹¹ Persistent Complex Bereavement Disorder (PCBD) und die im ICD-11 aufgenommene Prolonged Grief Disorder (PGD). Im Deutschen werden für letztere die Begriffe »Störung durch eine anhaltende komplexe Trauerreaktion« (Falkai u. Wittchen, 2015) oder »Anhaltende Trauerstörung« verwendet.¹²

1.4 Komplizierte Trauer, Störung durch eine anhaltende komplexe Trauerreaktion und Anhaltende Trauerstörung

Im Hinblick auf Begrifflichkeiten haben sich in den letzten Jahren zwei Positionen herauskristallisiert, die sich in der Außenwahrnehmung zunehmend unversöhnlich gegenüberstehen. Die Gruppe um Shear und Zisook favorisiert das Konstrukt der Komplizierten Trauer, die Gruppe um Prigerson, Maercker und Maciejewski das der Anhaltenden Trauerstörung. Maciejewski et al. (2016) beschreiben den Hauptunterschied wie folgt: »Wenn man fragt, ob alle Arten von Trauer normal sind, würden Befürworter der Anhaltenden Trauerstörung sagen: ›Nein, nicht alle Trauer ist normal; insbesondere ist anhaltende, ungelöste, inten-

10 Zu den Traditionslinien der Trauerforschung in Bezug auf »nicht normale« Trauer und ihre Entwicklungen bieten Wagner (2013) und Maercker und Lalor (2012) ausführliche Überblicke.

11 Das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) wird von der Amerikanischen Gesellschaft für Psychiatrie herausgegeben und nicht nur in den USA für die Diagnostik psychischer Störungen verwendet.

12 Die Geschichte aller verschiedenen Begrifflichkeiten und ihre Entwicklungen werden bei Killikelly und Maercker (2018) beschrieben.

sive Trauer nicht normal.« Befürworter der Komplizierten Trauer antworten hingegen: »Ja, alles Leid ist normal. Abgesehen von der Trauer gibt es jedoch Komplikationen (psychische Störungen), die klinische Aufmerksamkeit verdienen« (Maciejewski et al., 2016, S. 266). Shear et al. (2011) haben letztere Position so formuliert: »Manchmal kann akute Trauer jedoch Fuß fassen und zu einem chronischen, schwächenden Zustand werden, der als Komplizierte Trauer bezeichnet wird. Darüber hinaus kann der durch solche Trauer verursachte Stress wie bei anderen Stressfaktoren die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass andere körperliche oder geistige Störungen auftreten oder sich verschlimmern. Daher müssen einige Hinterbliebene diagnostiziert und behandelt werden« (Shear et al., 2011, S. 103 f.). Neben diesen zwei polarisierenden Gruppen gibt es Trauerforscher/-innen, die sich weder der einen noch der anderen Gruppe zugehörig fühlen, weil für sie noch zu viele Fragen ungeklärt sind, um sich auf Diagnostikkriterien festzulegen, und es ihrer Meinung nach jenseits dieses Streits noch genügend andere Wissenslücken zu füllen gibt.

Das Konzept der Persistent Complex Bereavement Disorder (PCBD) bzw. Störung durch eine anhaltende komplexe Trauerreaktion wird als Versuch eines Kompromisses zwischen den Befürwortern des Konzepts der Komplizierten Trauer und denen des Konzepts der Anhaltenden Trauerstörung betrachtet (Killikelly u. Maercker, 2018; Wakefield, 2013).

In einer Analyse der Daten der sogenannten Yale-Bereavement-Study wurde von der Arbeitsgruppe um Prigerson (Maciejewski et al., 2016) verglichen, was welcher Ansatz misst und welcher Proband welche Diagnose bekäme. Dabei wurden die Kriterien und die jeweils dafür konzipierte bzw. befürwortete Diagnostik der von Shear et al. (2011) vorgeschlagenen Komplizierten Trauer, der Störung durch anhaltende komplexe Trauerreaktion und der Anhaltende Trauerstörung verwendet, letztere sowohl nach den 2009 vorgeschlagenen Kriterien als auch nach