

# Diagnose der komplizierten Trauer

- 2.1 Diagnostik der komplizierten Trauer – 14**
- 2.2 Diagnoseentwicklung – 16**
- 2.3 Beschreibung der Hauptsymptome – 18**
  - 2.3.1 Trennungsstress – 18
  - 2.3.2 Vermeidungsverhalten – 18
  - 2.3.3 Intrusionen – 19
  - 2.3.4 Wut und Zorn – 19
  - 2.3.5 Traurigkeit und Einsamkeit – 20
  - 2.3.6 Schock – 20
- 2.4 Klassifikation der komplizierten Trauer – 21**
  - 2.4.1 Trauer im DSM-V – 21
  - 2.4.2 Trauer im ICD – 22
- 2.5 Differenzialdiagnostik – 23**
  - 2.5.1 Posttraumatische Belastungsstörung und komplizierte Trauer – 23
  - 2.5.2 Depression und komplizierte Trauer – 25
- 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**

Der Verlust einer nahestehenden Person hat in der Regel einen normalen und nicht-pathologisch verlaufenden Trauerprozess zur Folge. Die Reaktionen auf einen Verlust können sowohl kulturell als auch individuell sehr unterschiedlich erlebt werden und nur ein kleiner Teil der Trauernden zeigt eine pathologische Symptomatik, die zu einer Einschränkung in sozialen und anderen wichtigen Lebensbereichen führt. Komplizierte Trauer definiert sich im Wesentlichen durch die Abgrenzung zur normalen Trauer und unterscheidet sich an Intensität und Abweichung in den folgenden drei Merkmalen: 1.) Intensität, 2.) Qualität und 3.) Dauer (Stroebe 2008).

## 2.1 Diagnostik der komplizierten Trauer

Normale Trauerreaktionen können sich durch eine Reihe von negativen Symptomen auszeichnen, wie beispielsweise intensive Traurigkeit, sozialer Rückzug und emotionale Taubheit. Obwohl diese negative Symptomatik als normal angesehen werden kann, kann sich bei einem Teil der Hinterbliebenen nach dem Tod einer nahestehenden Person eine komplizierte Trauersymptomatik entwickeln. Diese komplizierte Trauersymptomatik kann sich sowohl kulturell und intraindividuell wesentlich unterscheiden. Obwohl eine Reihe von Studien in den letzten Jahren belegen konnten, dass sich differenzialdiagnostisch die komplizierte Trauer von anderen Störungsbildern, wie beispielsweise der Depression und der posttraumatischen Belastungsstörung unterscheidet (Boelen et al. 2010), konnte bisher keine Einigung bezüglich der Diagnosekriterien gefunden werden. Alle bisherigen Versuche sich auf einheitliche Diagnosekriterien in den bestehenden Klassifikationssystemen (ICD, DSM) zu einigen wurden zwischen Wissenschaftlern, Praktikern und Betroffenen kritisch diskutiert.

Generell fallen zwei Formen der Klassifikation der komplizierten Trauersymptomatik in Betracht. Eine Möglichkeit die komplizierte Trauer von der normalen Trauer zu unterscheiden, ist die Beschreibung der komplizierten Trauer anhand eines Kontinuums, welches die Ausprägung durch Intensität, Dauer und Qualität der Symptome definiert (Stroebe et al. 2001). Ein Kontinuum berücksich-

tigt die individuellen und kulturellen Unterschiede und Normen einer trauernden Person. Eine weitere Alternative stellt die Diagnose der komplizierten Trauer durch diskrete Diagnosekriterien dar. Obwohl es die bisher gängigste Form der Erteilung einer komplizierten Trauerdiagnose ist, ist dieses Vorgehen problematisch, da es bisher keine klare Festlegung bezüglich der verschiedenen Verlustarten gibt, die sich in Dauer und Intensität deutlich voneinander unterscheiden können. Beispielsweise erleben ein Großteil der Eltern nach dem Tod ihres Kindes noch Jahre später eine intensive Trauersymptomatik und fühlen sich in ihrem Leben stark beeinträchtigt. Dennoch rechtfertigt das Erfüllen der diagnostischen Kriterien durch das Zeitkriterium von 6 Monaten nicht unbedingt eine klinische Diagnose der komplizierten Trauer. Die Erfassung der Trauerintensität auf einem Kontinuum anstelle von diskreten Kategorien würde der Varianz der Ausprägung besser gerecht werden (O'Connor u. Arizmendi 2013).

Der Terminus der komplizierten Trauer wurde in den vergangenen Jahren von den verschiedenen Arbeitsgruppen mit unterschiedlichen Termini beschrieben und unterlag einer Reihe von Veränderungen in der Begrifflichkeit. Horowitz und Kollegen benannte das Phänomen der komplizierten Trauer zunächst *pathologische Trauer* (Horowitz et al. 1993). Prigerson und Kollegen nutzten in den 90er Jahren zunächst die Definition komplizierte Trauer (Prigerson et al. 1995b) und später (1997–2001) wurde in den Veröffentlichungen vor allem von *traumatischer Trauer* gesprochen (Prigerson et al. 1997). Durch die traumatischen Ereignisse des 11. September 2001 in New York entschied sich die Forschergruppe von Prigerson und Kollegen, wieder zu dem Begriff der *komplizierten Trauer* zurückzukehren, da die Terminologie »traumatisch« zu sehr mit der PTBS in Verbindung gebracht wurde. Im Jahre 2007 entschied sich die Forschergruppe von Prigerson et al. erneut zu einer Umbenennung der Terminologie (Prigerson et al. 2007). In neueren Veröffentlichungen wurde der Begriff der »*prolongierten Trauer*« verwendet (s. ■ Abb. 2.1). Die häufigen Wechsel der Begrifflichkeit war der Findung eines einheitlichen Diagnosekriteriums nicht förderlich und verursachte Verwirrung sowohl bei Wissenschaftlern, Praktikern und Betroffenen.

## a. Ereignis-Kriterium

- Verlust durch den Tod einer nahestehenden Person.

## b. Trennungsstress

- Die trauernde Person erlebt ein starkes »sich nach der verstorbenen Person Sehnen« (z. B. nach ihr verlangen, physisches oder emotionales Leiden, das durch das Sich-Sehnen bzw. den starken Wunsch bedingt ist, 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:

- Unsicherheit bezüglich der eigenen Rolle im Leben oder das Gefühl, das eigene Leben hat keinen Sinn mehr (z. B. das Gefühl, als sei ein Teil von einem Selbst gestorben).
- Schwierigkeiten den Tod zu akzeptieren.
- Vermeiden von Erinnerungen, die mit dem Verlust in Zusammenhang stehen.
- Unfähigkeiten, anderen seit dem Verlust zu vertrauen.
- Verbitterung und Wut im Zusammenhang mit dem Verlust.
- Schwierigkeiten, das eigene Leben fortzuführen (z. B. neue Beziehungen einzugehen, eigene Interessen zu verfolgen).
- Emotionale Taubheit seit dem Verlust.
- Das Gefühl, dass das eigene Leben unerfüllt, leer und bedeutungslos geworden ist seit dem Verlust.
- Das Gefühl von Unglauben 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 durch Depression, Generalisierte Angststörung oder Posttraumatische Belastungsstörung erklärt werden.

■ **Abb. 2.1** Diagnostische Kriterien der Prolongierten Trauer (nach Prigerson et al. 2009)

Im Deutschen hat sich der Begriff der komplizierten Trauer etabliert, der seit vielen Jahren als Synonym für pathologische Trauerreaktionen steht.

#### Veränderung des Terminus im wissenschaftlichen Kontext

- Pathologische Trauer (Horowitz 1993)
- Komplizierte Trauer (Horowitz et al. 1997; Prigerson et al. 1995b)
- Traumatische Trauer (Prigerson et al. 1997)
- Prolongierte Trauer (Prigerson et al. 2007)

## 2.2 Diagnoseentwicklung

In den vergangenen Jahrzehnten wurden die diagnostischen Kriterien der komplizierten Trauer insbesondere von zwei Forschergruppen untersucht (Horowitz et al. 1997; Prigerson et al. 1995). Beide Arbeitsgruppen brachten die Forschung der komplizierten Trauer und die Differenzialdiagnostik zu anderen Störungsbildern maßgeblich voran. Die heutige wissenschaftliche Grundlage beruht weitestgehend auf den durchgeführten Studien und Konzeptionalisierungen der beiden Gruppen. Aus diesem Grund soll hier auf die geschichtliche Entwicklung der komplizierten Trauerdiagnose detaillierter eingegangen werden.

Horowitz et al. (1997) waren die ersten, welche die Unterscheidung von einer komplizierten und einer normalen Trauer unternahm und erste Symptomcluster evaluierten. Ausgehend von einem Set von 30 klinischen Symptomen, welches durch Interviews mit Trauernden entwickelt wurde, wurden klinische Interviews mit Verwitweten durchgeführt. Das Ergebnis zeigte, dass von den 30 möglichen Trauersymptomen schließlich insgesamt 7 Symptome eine komplizierte Trauer prädiktiv hervorsagen konnten. Die folgenden Symptome konnten herausgefiltert werden:

1. Intrusionen
2. emotionaler Schmerz
3. Sehnsucht nach der verstorbenen Person
4. Einsamkeitsgefühle und das Gefühl von Leere
5. Vermeidungsverhalten
6. Schlafstörungen
7. sozialer Rückzug

Die erfassten Symptome replizierten ähnliche Symptomcluster wie bei der posttraumatischen Belastungsstörung und spiegeln die theoretische Nähe von Horowitz und Kollegen zum Stress-Reaktions-Modell wieder, wie es bereits aus der PTBS-Forschung bekannt ist:

- Intrusionen
- Vermeidungsverhalten
- Anpassungsschwierigkeiten nach dem Verlust

Ein weiterer wichtiger Befund dieser Studie war der Beleg dafür, dass die Auftretenshäufigkeit der Symptome zwischen der 6 Monats- und der 14 Monaterhebung signifikant abnahm. In dieser ersten Untersuchung zur Diagnose der komplizierten Trauer erhielten 41 % der Studienteilnehmer 14 Monate nach dem Verlust eine Diagnose der komplizierten Trauer. Die Studie zeigte aber auch erstmalig noch ein anderes Phänomen. Während eine pathologische Trauerreaktion bis dahin in der Regel als Depression diagnostiziert wurde, konnte erstmalig gezeigt werden, dass sich die komplizierte Trauerreaktion differenzialdiagnostisch von der Depression unterscheidet. In dieser Studie wurden nur ein Fünftel von denjenigen, die eine komplizierte Trauerdiagnose erhielten, auch mit einer Depression diagnostiziert. Horowitz et al. (1997) schlussfolgerten entsprechend, dass die Diagnose der Depression nicht unbedingt adäquat das Symptom einer komplizierten Trauer abbildet.

Zeitgleich zu den Entwicklungen von Horowitz und Kollegen, begann eine weitere Arbeitsgruppe die diagnostischen Kriterien der komplizierten Trauer empirisch zu evaluieren (Prigerson et al. 1995). Prigerson et al. (1995) fanden in ihren Studien ein neues trauerspezifisches Symptomcluster, welches sich qualitativ von der Depression und Angst nach dem Tod einer nahestehenden Person unterschied. Dieses Symptomcluster konnte in verschiedenen Studien mit Verwitweten repliziert werden (Prigerson et al. 1995; Prigerson et al. 1996). Im Jahre 1997 wurde ein Expertenpanel einberufen, welches die Vor- und Nachteile der diagnostischen Kriterien für die komplizierte Trauer diskutierte.

**Definition**

Konsensuskriterium für komplizierte Trauer:

Im Jahre 1997 wurde das erste Mal durch ein Expertenpanel ein Konsensuskriterium vorgestellt, welches sich qualitativ von Depression und Angst unterscheidet und eine klinisch relevante Beeinträchtigung vorhersagt. Die Hauptsymptome des Konsensuskriteriums wurden durch 1.) Trennungsstress und 2.) traumatischen Stress definiert.

Das Expertenpanel kam zu dem Schluss, dass ausreichend empirische Evidenz vorliege, dass komplizierte Trauer ein eigenständiges diagnostisches Kriterium beschreibt, welches sich diagnostisch von der Depression und der Angst unterscheidet und eine klinisch relevante psychische Beeinträchtigung vorhersagt. Das Konsensuskriterium für die komplizierte Trauer wurde durch die beiden Hauptsymptome definiert: 1.) Trennungsstress und 2.) traumatischer Stress. Der Trennungsschmerz umfasste die ständige gedankliche Beschäftigung mit der verstorbenen Person oder deren Todesumständen, eine starke Sehnsucht und Suchen nach der verstorbenen Person und Einsamkeit. Der traumatische Stress beinhaltete Symptome, wie beispielsweise Unglauben in Bezug auf den Tod, Schock und Wut, Vermeidung von Erinnerungen an die verstorbene Person, ein Gefühl von Leere, Nutzlosigkeit und eine negative Zukunftsperspektive. In einem ersten Testverfahren wurde das neu definierte Konsensuskriterium anhand von existierenden Daten der San Diego Widowhood Study (Zisook et al. 1987) an 3.006 verwitweten Personen überprüft. Zwei Symptome (Vermeidungsverhalten und Schwierigkeiten sich ein Leben ohne den Verstorbenen vorzustellen) wurden anschließend aus dem Symptomcluster der Konsensuskriterien herausgekommen (Prigerson u. Jacobs 2001). Während zunächst das Zeitkriterium mit 2 Monaten erfüllt wurde, wurde dieses später auf 6 Monate erhöht (Latham u. Prigerson 2004). Basierend auf den Konsensuskriterien wurde der weltweit, weitverbreitete Fragebogen für Trauer, der »Inventory of Traumatic Grief« (ITG; Prigerson et al. 2001), später umbenannt in »Inventory of Complicated Grief«, entwickelt. Die Studie, auf der das Konsensuskriterium basierte, hat eine Reihe von Einschränkungen

bezüglich der allgemeinen Aussagekraft der empirischen Validität. Einer der wesentlichen Kritikpunkte ist, dass die Studie ausschließlich verwitwete Studienteilnehmer einschloss, welche ihren Partner nach längerer Erkrankung verloren hatten. Das heißt, es kann keine generelle Aussage darüber gemacht werden, inwieweit die Symptomcluster auch für verwaiste Eltern, traumatische Verluste (z. B. Tod durch Tötung oder Unfälle) oder Suizidangehörige, repliziert werden könnten. Der Verlust eines Partners nach längerer Krankheit stellt an sich keinen Risikofaktor dar. Des Weiteren nahmen an der Studie nur 34 % der kontaktierten Teilnehmer teil. Aufgrund der durchschnittlich niedrigen Symptomwerte für Trauer, die in dieser Studie gefunden wurden, kann vermutet werden, dass vorwiegend nur diejenigen an der Studie teilnahmen, die weniger belastet waren. Das Ergebnis kann in der Aussagekraft verzerrt sein. Hogan und Worden (2004) versuchten die Konsensuskriterien einige Jahre später noch einmal anhand einer Stichprobe mit Eltern, die ihr Kind verloren hatten, zu replizieren (Hogan u. Worden 2004). Die Ergebnisse zeigten, dass die Hauptkriterien »Trennungsstress« und »traumatischer Stress« nicht als unterschiedliche Konstrukte in konfirmatorischen Faktorenanalysen bestätigt werden konnten.

Nachdem über Jahre die beiden Forschungsgruppen von Prigerson et al. und Horowitz et al. unabhängig voneinander die empirische Evidenz für eine komplizierte Trauer Diagnosekriterium untersuchten, wurden im Jahre 2009 die Ansätze beider Arbeitsgruppen in einem diagnostischen Kriterienkatalog (s. ■ Abb. 2.1) zusammengefasst (Prigerson et al. 2009). Grund für die Einigung auf ein einheitliches Diagnosekriterium waren die anstehenden neuen Editionen des DSM-V und des ICD-11. Der neue diagnostische Algorithmus für komplizierte Trauer wurde anhand von Daten der *Yale Bereavement Study* (YBS) überprüft, welche insgesamt 291 verwitwete Personen in die Untersuchung einschloss. Das Durchschnittsalter der Stichprobe lag bei 62 Jahren und 74 % der Teilnehmer waren weiblich.

Das diagnostische Kriterium für komplizierte Trauer nach Prigerson et al. (2009) ist dann erfüllt, wenn die Trauersymptomatik sich durch den Tod einer nahestehenden Person entwickelt hat und mindestens sechs Monate nach dem Tod auf-

getreten ist. Zusätzlich müssen die folgenden drei Hauptkategorien erfüllt sein:

1. Trennungsschmerz: das Gefühl von starker Sehnsucht und Suchen nach der verstorbenen Person, welches sowohl ein körperliches und emotionales Leiden fast täglich hervorruft.
2. Kognitive, emotionale und behaviorale Symptome (mindestens fünf der folgenden Symptome müssen täglich auftreten):
  - Unsicherheit bezüglich der eigenen Gefühlen oder der Rolle im Leben
  - Schwierigkeiten den Verlust zu akzeptieren
  - Vermeidung von Erinnerungen an den Verlust
  - Unfähigkeiten anderen Menschen seit dem Verlust zu vertrauen
  - Gefühl von Verbitterung und Wut in Bezug auf den Verlust
  - Schwierigkeit mit dem Leben voranzugehen
  - Emotionale Taubheit
  - Einsamkeitsgefühle und Sinnlosigkeit seit dem Tod
  - Gefühl von Schock und Erstarrung seit dem Verlust
3. Psychosoziale Schwierigkeiten: Die Belastungen haben klinischen Krankheitswert und behindern die betroffene Person in allen wichtigen Lebensbereichen.

## 2.3 Beschreibung der Hauptsymptome

### 2.3.1 Trennungsstress

Die wahrgenommene Trennung von der verstorbenen Person ist eines der dominantesten Symptome der komplizierten Trauer. Der Verlust wird nicht nur als psychischer Schmerz von den Trauernden erlebt, sondern auch als körperlicher Schmerz. Der Trennungsstress wird von einer großen Sehnsucht und Suchen nach der verstorbenen Person begleitet. Die Gedanken und Gefühle drehen sich fast ausschließlich um den Verlust. Häufig entsteht bei den Trauernden das Gefühl, dass ein Teil von ihnen ebenfalls gestorben ist. Bilder oder Erinnerungsstücke lösen starke Gefühle und Weinen aus

und verstärken das Sehnen nach der verstorbenen Person. Mitunter suchen Trauernde nach der verstorbenen Person, in dem sie nach ihm oder ihr rufen und sich wünschen, die verstorbene Person möge zurückkehren.

### Fallbeispiel

Eine 36-jährige Patientin verlor vor drei Jahren ihren 10-jährigen Sohn durch einen Gehirntumor. Sie lebt zusammen mit ihrer Tochter (7 Jahre alt) und ihrem Mann immer noch in der gleichen Wohnung, in der auch ihr Sohn verstarb. Das Zimmer ihres Sohnes wurde seit seinem Tod nicht verändert, und sie geht regelmäßig mehrmals täglich in sein Zimmer und weint. Sie erlebt in diesen Momenten einen großen Schmerz, den sie körperlich in ihrer Brust spürt. Sie hat große Mühe ihren Alltag zu bewältigen und kann sich nur unter großer Anstrengung mit ihrer Tochter beschäftigen oder den Haushalt verrichten. Sie hat ein großes Bedürfnis ihrem Sohn sehr nahe zu sein, wenngleich diese Nähe durch die Erinnerungen ihr immer wieder psychische und physische Schmerzen bereitet.

### 2.3.2 Vermeidungsverhalten

Das Vermeidungsverhalten nach dem Tod einer nahestehenden Person kann verschiedene Facetten haben. So vermeiden manche Trauernde Erinnerungsgegenstände von der verstorbenen Person, wie beispielsweise Kleidungsstücke oder Bücher, welche sofort nach dem Tod weggepackt werden. Trauernde haben mitunter katastrophierende Vorstellungen bezüglich ihres Trauerschmerzes, wenn sie diesen zulassen würden. Anstelle dessen entwickeln sie mitunter maladaptive Verhaltensweisen und dysfunktionale Kognitionen, um den Schmerz der Trauer zu vermeiden. Aber auch Orte oder Menschen, die mit der verstorbenen Person in Zusammenhang stehen, können vermieden werden, da die Konfrontation als zu schmerzhaft erlebt wird. Bei traumatischen Todesfällen kommt häufig die Vermeidung von den traumatischen Erinnerungen dazu, welche im Zusammenhang mit dem Tod stehen. Diese sind differenzialdiagnostisch vom trauerbezogenen Vermeidungsverhalten

zu unterscheiden und auch unterschiedlich zu behandeln. Traumabezogene Vermeidung aufgrund einer posttraumatischen Belastungsstörung steht in Zusammenhang mit ungewollt auftretenden Flashbacks und Erinnerungen an das schreckliche Ereignis. Diese Erinnerungen können auch bruchstückhaft in Form von Albträumen auftreten. Die Betroffenen versuchen die überflutenden Bilder und Gedanken bezüglich des traumatischen Ereignisses (z. B. Autounfall) zu verdrängen beziehungsweise zu vermeiden. Des Weiteren spricht man von ängstlichem und depressivem Vermeidungsverhalten bei Trauernden (Boelen 2006). Depressives Vermeidungsverhalten tritt bei Trauernden in der Form auf, dass sie sich von sozialen Aktivitäten zurückziehen, die sie in ihrer Trauerverarbeitung unterstützen würden. Das depressive Vermeidungsverhalten stärkt das Ruminieren über den Verlust und dass ein Leben ohne die verstorbene Person sinnlos ist. Ein ängstliches Vermeidungsverhalten bezieht sich auf das Vermeiden von Trauerreaktionen.

### 2.3.3 Intrusionen

Ähnlich wie bei dem Vermeidungsverhalten ist es auch bei den Intrusionen wichtig, zwischen trauer- und traumabezogenen Intrusionen in der Anamnese zu unterscheiden. Intrusionen (Erinnerungen, Gedanken, Flashbacks) können bei Trauernden sowohl positiver als auch negativer Natur sein. Positive Erinnerungen an die verstorbene Person können einerseits tröstlichen Charakter haben, aber auch belastend für die Betroffenen sein. Das regelmäßige Aktivieren von inneren Bildern (z. B. von der letzten gemeinsamen Reise) kann die Gefühle des Verlustes noch verstärken. Hingegen führen negative Erinnerungen zu Vermeidungsverhalten. Bei traumabezogenen Intrusionen ist die Qualität der Flashbacks, die in Zusammenhang mit dem Tod stehen abzuklären. Dies können beispielsweise innere Bilder vom Unfallgeschehen, Polizeifotos oder Beschreibungen aus Presseberichten sein.

Für das spätere therapeutische Arbeiten sind die einzelnen Aspekte der Traumaerinnerungen wichtig für eine hierarchische Auflistung der am stärksten belastenden Erinnerungen.

➤ **Vermeidungsverhalten und Intrusionen treten sowohl bei der komplizierten Trauer als auch bei der posttraumatischen Belastungsstörung auf. Differenzialdiagnostisch und therapeutisch unterscheiden sich die Symptome bei der Trauer und beim Trauma. Aus diesem Grund müssen sie diagnostisch getrennt erfasst werden.**

### 2.3.4 Wut und Zorn

Starke negative Gefühle von Wut und Zorn können sich sowohl gegen die verstorbene Person richten, als auch gegen eventuelle Schuldige am Tod. Zorn gegen die verstorbene Person ist ein Phänomen, welches relativ häufig insbesondere in der ersten Trauerphase auftritt. Die Fragen »Warum hat er mich zurückgelassen?« oder »warum gerade ich?« spiegeln die Verzweiflung wieder, welche Trauernde erleben können. Das Gefühl alleine zurückgelassen worden zu sein, ruft Verzweiflung und Hilflosigkeit hervor. Insbesondere wenn die hinterbliebene Person das Gefühl hat, dass die Zukunft nur schwer alleine zu bewältigen ist. Dies kann aufgrund einer starken emotionalen Abhängigkeit entstehen, aber auch existenzielle und finanzielle Gründe können das Gefühl verstärken, das Leben nicht alleine bewältigen zu können. Trauernde werden mitunter plötzlich mit finanziellen Sorgen konfrontiert oder fühlen sich mit der Organisation der Familie oder Schulden, die die verstorbene Person zurückgelassen hat, überfordert. Suizidangehörige erleben relativ häufig Gefühle von Zorn und Wut. Sie erfahren mitunter den Suizid als ein Ohnmachtsgefühl und fragen sich, warum ihnen der Verstorbene das angetan hat.

Eine weitere schwierige Form des Trauerns ist es für die Angehörigen, wenn es einen »**Schuldigen**« für den Tod der nahestehenden Person gibt. Gibt es eine Person oder eine Ursache, die die Verantwortung am Tod trägt, dann kann es häufig für die Angehörigen schwierig sein, mit diesen starken negativen Gefühlen umzugehen. Die schuldige Person gibt zwar eine Erklärung für den Tod, erschwert aber gleichzeitig den Trauerprozess. So geben Gefühle von Zorn und Wut gegenüber dem betrunkenen Autofahrer, der den tödlichen Unfall des Kindes



verursachte, ein Ventil, blockieren aber parallel den normalen Trauerprozess. Es gibt regelmäßig Gerichtsverfahren, in denen beispielsweise ärztliche Behandlungsfehler oder Materialfehler als Ursache von Autounfällen, ausgetragen werden. Aus therapeutischer Sicht sollte immer mit den Betroffenen sorgfältig abgeklärt werden, wofür Gerichtsverfahren stehen und welche realistische Entlastung die Angehörigen sich erhoffen. Gefühle von Rache und Wut verhindern den Zustand einer Akzeptanzentwicklung, dass der Mensch verstorben ist.

➤ **Bei Todesfällen, bei denen es Schuldige oder Verursacher für den Tod gibt, ist es für die Angehörigen oftmals schwierig den Tod zu akzeptieren. Lange Gerichtsprozesse mit Beschuldigten oder Versicherungsgesellschaften können den normalen Trauerprozess maßgeblich behindern.**

### 2.3.5 Traurigkeit und Einsamkeit

Das Gefühl von Traurigkeit ist das Symptom, welches die größte Nähe zur Depression hat. Aus diesem Grund wird Trauer und Depression häufig in der Symptomatik synonym beschrieben. Traurigkeit äußert sich vor allem durch Niedergeschlagenheit und das Gefühl, einsam zu sein. Die Betroffenen weinen viel und die Zukunft ohne die verstorbene Person erscheint ihnen ohne Perspektive. Die Traurigkeit ist von negativen, dysfunktionalen Gedanken begleitet, die sich allerdings qualitativ von denen depressiver Menschen unterscheiden. Während der depressive Mensch häufig stark selbstabwertende Gedanken hat (z. B. »Ich bin nichts wert«, »niemand nimmt mich wahr«), stehen die negativen Gedanken der Trauernden vorwiegend im Zusammenhang mit der verstorbenen Person (z. B. »ich werde ohne ihn nie wieder glücklich sein«) oder den sich durch den Tod entwickelten Lebensumständen (»es macht keinen Sinn mehr für mich alleine zu kochen«).

#### Einsamkeit bei Trauernden

Stroebe und Kollegen (Stroebe et al. 1996) unterscheiden bei der Trauer zwischen dem

Konstrukt der emotionalen Einsamkeit und der sozialen Einsamkeit. Die emotionale Einsamkeit beschreibt das Gefühl die verstorbene Person zu vermissen und sich auch dann einsam zu fühlen, wenn man von Freunden und Familie umgeben ist und unterstützt wird. Soziale Einsamkeit beschreibt hingegen ein fehlendes soziales Netzwerk und die dadurch bedingte soziale Isolation.

### 2.3.6 Schock

Insbesondere bei plötzlichen und unerwarteten Todesfällen erleben Angehörige die Zeit kurz nach dem Tod in einen Schockzustand. Der Tod trat ohne jegliche Vorwarnung ein und die Hinterbliebenen konnten sich nicht auf den Tod vorbereiten. Die Tatsache, dass eine geliebte Person plötzlich für immer aus dem Leben gegangen ist, ist für die meisten Menschen in der Situation nur sehr schwer zu begreifen. Auch Jahre später werden diese Erinnerungen, als beispielsweise die Polizei die Nachricht vom Tode des Angehörigen überbrachte oder ein Anruf, der über den Tod informierte, als unwahrer tranceartiger Zustand beschrieben. Plötzliche und unerwartete Todesfälle sind typischerweise Unfälle, Gewalttaten, plötzlicher Herzstillstand und häufig auch Suizide.

#### Fallbeispiel

»Ich kann mich noch genau daran erinnern, als es damals an der Türe klingelte. Ich war gerade dabei mich für einen Theaterabend fertig anzuziehen. Mein Mann öffnete die Türe und zwei Polizeibeamten standen vor der Türe. Sie fragten, ob sie rein kommen könnten. Ich kam hinzu und sah ihre ernsten Gesichter. Ich ahnte gleich, dass etwas nicht in Ordnung war. Als wir dann alle im Wohnzimmer saßen, meinten sie, sie hätten unseren Sohn gefunden. Er sei von einer Autobahnbrücke gesprungen, die in der Nähe von uns lag. Ich verstand überhaupt nichts. Unser Sohn war doch noch bis vor zwei Stunden bei uns zu Hause und meinte dann er ginge einen Schulfreund besuchen. Es musste ein Irrtum sein. Ich war wie betäubt. Ich konnte nicht weinen. Erst als ich ihn beim Bestatter wiedersah,



verstand ich zum ersten Mal, dass er tot ist. Dennoch war ich für Wochen wie in einer Schockstarre. Es konnte nicht sein, dass unser Junge, der Junge auf der Bahre war.«

Ein Zustand der Betäubung kann sowohl über eine begrenzte Zeit, in den ersten Stunden als auch über mehrere Monate oder Jahre bestehen. Schock über den Tod eines nahestehenden Menschen erleben aber nicht nur Trauernde, wenn der Tod plötzlich und unerwartet kommt. Gerade bei sehr langen Krankheitsverläufen, wie beispielsweise Krebserkrankungen, in denen es viele schwierige Phasen der Erkrankung gab, wird der eingetretene Tod mitunter dennoch als Schock und als unerwartet erlebt. Häufig waren die Krankheitsverläufe zuvor immer wieder von Hoffnung und Zuversicht geprägt und es wurden mit der erkrankten Person oder den Familienmitgliedern keine Gespräche über einen möglichen nahestehenden Tod geführt.

### Fallbeispiel

»Ich wusste, dass mein Lebensgefährte sehr krank war. Er lag gerade wieder mit einer Lungenentzündung als Folge von der letzten Chemotherapie im Krankenhaus. Aber niemals hätte ich gedacht, dass er jetzt sterben könnte. Wir hatten schon so viel miteinander durchgemacht, aber Sterben war nie etwas, worüber wir gesprochen hätten. Er hatte ja auch nichts bezüglich seines Erbes geregelt, als er starb. Obwohl er eigentlich ein sehr organisierter Mensch war. Als mich das Krankenhaus in der Nacht anrief, dass er gestorben sei, verfiel ich für Tage wie in einen Schockzustand. Ich konnte es nicht glauben, ich konnte es einfach nicht wahrhaben.«

## 2.4 Klassifikation der komplizierten Trauer

In den vergangenen Jahren wurde eine Aufnahme der komplizierten Trauer in die nächsten Ausgaben des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) und in das *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-11) diskutiert. Zahlreiche Publikationen wurden veröffentlicht, welche das Für und Wider von diagnostischen Kriterien für komplizierte

Trauer diskutierten und die Zuordnung innerhalb der Klassifikationssysteme zum Thema hatten (Bryant 2012; Corruble et al. 2011; Friedman 2012). Die beherrschende Fragen in der Diskussion um die Aufnahme von komplizierter Trauer in die diagnostischen Klassifikationssysteme war: Ist Trauer eine psychische Erkrankung? Werden Trauernde durch eine Diagnose pathologisiert? Die Unterscheidung der Depression von der normalen Trauerreaktion stellte einen weiteren wichtigen Diskussionspunkt dar. Zwar gab es differenzialdiagnostisch ausreichend empirische Evidenz dafür, dass sich die komplizierte Trauer von der Depression unterscheidet (Boelen et al. 2010; Boelen u. van den Bout 2005), aber uneindeutige Befunde wurden für die Unterscheidung der Depression und von normaler Trauer gefunden (Zisook u. Kendler 2007; Zisook et al. 2007) (s. ► Abschn. 2.5.2).

### Aufnahme der komplizierten Trauer in ICD-11 und DSM-V

Drei kritische Fragestellungen:

1. Ist Trauer eine psychische Erkrankung?
2. Werden Trauernde durch eine Diagnose pathologisiert?
3. Inwieweit unterscheidet sich die Depression von einer normalen Trauerreaktion?

► In Vorbereitung auf die neuen Ausgaben der diagnostischen Klassifikationssysteme ICD-11 und DSM-V gab es innerhalb der einzelnen Forschungsgruppen (Lichtenthal et al. 2004; Prigerson et al. 2009) große Bemühungen, dass die komplizierte Trauer als eigenständiges diagnostisches Kriterium aufgenommen werden sollte.

### 2.4.1 Trauer im DSM-V

Die komplizierte Trauerreaktion wird in der neuesten Ausgabe des DSM-V (APA 2013) nicht als eigenständige Diagnose geführt. Seit der Ausgabe des DSM-III von 1980 (APA 1980), beinhaltet die Diagnose der Depression ein Ausschlusskriterium für Trauer. Eine Depression konnte nicht diagnos-

tiziert werden, wenn die Symptome durch eine Trauerreaktion erklärt wurden. In den folgenden Revisionen des DSM-III-R (APA 1987) und DSM-IV (APA 1994) wurde das Ausschlusskriterium ausgeweitet. Das bedeutete, dass eine Depressionsdiagnose auch durch eine Trauerreaktion gegeben werden konnte, sofern die Symptomatik länger als zwei Monate vorhanden war, begleitet von deutlichen Funktionsbeeinträchtigungen, Gefühlen von Wertlosigkeit, Suizidgedanken, psychomotorische Verlangsamung und psychotischen Symptomen. Dieses Ausschlusskriterium sollte der normalen negativen Symptomatik einer Trauerreaktion Rechnung tragen, um Trauernde nicht zu pathologisieren. Diagnosen aufgrund von komplizierten Trauerreaktionen wurden demzufolge am häufigsten in die Kategorien der Anpassungsstörung oder posttraumatische Belastungsstörung eingeordnet. Der erste öffentlich gewordene Vorschlag der DSM-V-Arbeitsgruppe für die komplizierte Trauer als eigenständige Diagnose unterschied sich jedoch in wichtigen Aspekten von den bisher vorgeschlagenen Kriterien der Arbeitsgruppe von Prigerson (Prigerson et al. 2009) und wurde als Kompromiss angesehen. Parallel nahm die Diskussion in den Medien zu, inwieweit trauernde Menschen psychisch krank seien. In der Folge wurde der Diagnosevorschlag eine pathologische Trauerreaktion als eigenständiges Diagnosekriterium in die Edition des DSM-V (APA 2013) aufzunehmen verworfen. Anstelle dessen wurde das Ausschlusskriterium von Trauer bei der Depressionsdiagnose aufgehoben und der Trauerreaktion somit ein neuer Platz im DSM-V zugeordnet. Einer der Gründe der Aufhebung des Ausschlusskriteriums war, dass andere Stressfaktoren, wie beispielsweise ein Arbeitsplatzverlust oder eine schwere Erkrankung, auch zugelassen seien, um eine Diagnose der Depression zu stellen. Die Aufhebung des Ausschlusskriteriums im DSM-V kann für die Trauernden maßgebliche Folgen haben. Trauernde können nun bereits zwei Wochen nach dem Tod eines nahestehenden Angehörigen, nachdem bei ihnen Depressionssymptome diagnostiziert wurden, eine Depressionsdiagnose erhalten. Das Risiko relativ früh im Trauerprozess die Fehldiagnose Depression zu erhalten, ist bei dieser Klassifikation sehr hoch. Ebenso wird das Risiko ausufernde falsch positive Diagnosen zu

vergeben, von vielen Kritikern erwähnt und diskutiert (Fox u. Jones 2013). Das DSM-V kann dazu führen, dass bei einer zunehmenden Gruppen von Trauernden eine klinische Störung diagnostiziert wird.

➤ **In der aktuellen Ausgabe des DSM-V (APA 2013) können Trauernde bereits zwei Wochen nach dem Tod eines nahestehenden Angehörigen, nachdem bei ihnen Depressionssymptome diagnostiziert wurden, die Diagnose einer klinisch-relevanten psychischen Störung erhalten.**

Bedauerlicherweise fanden im DSM-V (APA 2013) zwei wesentliche Aspekte der wissenschaftlichen Forschung der letzten 30 Jahre keine Berücksichtigung. Zum einen sind Trauer und Depression sehr komplexe psychische Phänomene, die sich zum Teil in ihren Symptomen überlappen, aber auch deutlich voneinander unterscheiden. Nicht alle Trauernden, bei denen negative Symptomen diagnostiziert wurden (z. B. Antriebslosigkeit, Niedergeschlagenheit, leiden an einer Depression (s. ► Abschn. 2.5.2). Ein weiterer wichtiger Aspekt, der im DSM-V unberücksichtigt blieb, ist die komplizierte Trauerreaktion als eigenständiges diagnostisches Kriterium anzuerkennen. Zahlreiche Studien belegten inzwischen, dass eine Trauerreaktion, die sich intensiver und länger als die kulturelle Norm äußert, sich differenzialdiagnostisch von der Diagnose einer Depression und der posttraumatischen Belastungsstörung unterscheidet (Boelen et al. 2010; Boelen et al. 2003). Für Praktiker, die mit Trauernden arbeiten bedeutet dies, dass sie darauf achten müssen, dass die Gefahr des Unter- oder Überdiagnostizierens besteht.

## 2.4.2 Trauer im ICD

Verlängerte Trauerreaktionen im ICD-10 werden bisher vorwiegend unter der Anpassungsstörung (F43.28) diagnostiziert. Bei der Anpassungsstörung sind psychische Belastungen durch Trauerfälle eingeschlossen. Eine weitere Möglichkeit stellt die Z-Kodierung dar, das heißt, die Z-Kodierung ist für alle die Fälle vorgesehen, in denen Probleme und

Komplizierte Trauer

Grundlagen, Diagnostik und Therapie

Wagner, B.

2013, XI, 162 S. 36 Abb. Mit Online-Extras., Softcover

ISBN: 978-3-642-37358-9