

35 Trauer – psychologisch

Die systematische professionelle Beschäftigung mit dem Phänomen der Trauer, sei es wissenschaftlich durch Beschreibung und Erklärung, sei es anwendungsorientiert in Form von Interventionen, hat eine vergleichsweise kurze Geschichte, die sich grob in drei Abschnitte einteilen lässt. Die Initialzündung am Beginn des 20. Jhs. bestand in Freuds Schrift *Trauer und Melancholie* (1917/1946), welche die Mechanismen und Auswirkungen eines Objektverlusts aus (spekulativer) psychoanalytischer Sicht darstellt. Der Beginn empirischer Forschung in diesem ersten Abschnitt der Trauerforschung wird mit Lindemanns Arbeit über *Symptomatology and Management of Acute Grief* (1944) verknüpft, die eine Reaktion auf den Brand in einem Bostoner Nachtclub war, bei dem etwa 500 Menschen ihr Leben verloren hatten. In der zweiten Hälfte des 20. Jhs. dominierte zunächst die systematische Dokumentation der Erscheinungsformen und der Dauer der Trauer beim Einzelnen. Diese intrapersonale Perspektive wurde dann um eine interpersonale erweitert, die soziale Risikofaktoren, Auswirkungen des Trauerns auf das soziale Beziehungsgefüge und die Wirksamkeit von Interventionen in den Blick nahm. Allmählich erfolgte ein Zuwachs an empirischen Kenntnissen, die Anzahl und Qualität der Untersuchungsverfahren nahm zu, und es wurden verfeinerte Untersuchungspläne verwendet. Allerdings waren empirische Arbeiten in diesem zweiten Abschnitt meist gegenstandsgeleitet. Um die Jahrtausendwende erfolgte eine Hinwendung zu jenen biologischen, psychischen und sozialen Prozessen, welche den Erscheinungsformen der Trauer einerseits zugrunde liegen und sie andererseits auslösen können. Schlagworte der nunmehr stärker theoriegeleiteten Forschung (kognitive Stresstheorie, Bindungstheorie) sind Auswirkungen, Bewältigung und Intervention(en). Einen umfassenden Überblick über nahezu alle Aspekte von Forschung und Praxis im Bereich des Trauerns bietet die Handbuch-Trilogie von M. Stroebe und ihren Kollegen (Stroebe/Stroebe/Hansson 1993; Stroebe/Stroebe/Hansson/Schut 2001a; Stroebe/Stroebe/Hansson/Schut 2008a) sowie in deutscher Sprache die Monographie von Znoj (2012).

Im Anschluss an eine allgemeine Kennzeichnung der Trauer werden im Folgenden komplizierte Trauer, die Folgen des Verlusterlebens für Gesundheit und Lebenserwartung, positive Wirkungen des Verlusterlebens sowie Interventionen für Trauernde und die Frage ihrer Wirksamkeit behandelt. Das Kapitel

schließt mit einem Blick auf zukünftige Aufgaben in diesem Feld. Wegen Theorien zur Erklärung des Trauerns und Methoden der Trauerforschung sei auch auf Kapitel 6 in diesem Handbuch verwiesen.

35.1 Allgemeine Kennzeichnung von Trauer(n)

›Trauer‹ bezeichnet die natürliche Reaktion auf das Erleben eines Verlusts bzw. die Bewältigung einer Verlusterfahrung. In der Regel handelt es sich dabei um den Verlust einer Bezugsperson durch deren Tod, prinzipiell kommen aber auch andere Verlustobjekte in Betracht (z. B. ein Körperteil, die Heimat, das Ende eines Lebensabschnitts, die Hoffnung auf eine Karriere). Man unterscheidet den Trauerfall mit seinen objektiven Merkmalen, die kognitiven und emotionalen Reaktionen darauf, die spezifischen Verhaltensweisen des Trauerns sowie körperliche Erscheinungsformen (z. B. Herz-Kreislauf-Störungen). Den ersten drei dieser Aspekte entsprechen im Englischen die Begriffe *bereavement*, *grief* und *mourning*. Trauern ist somit ein mehrdimensionales Phänomen, das interindividuell und interkulturell große Unterschiede aufweist; beispielsweise erleben manche Menschen nach dem Tod einer Bezugsperson keinen Kummer. Wenn gleich per se nicht als Krankheit aufgefasst, ist Trauern mit dem Risiko einer behandlungsbedürftigen somatischen und/oder psychischen Störung verbunden.

Trauerreaktionen können als Symptome der Anpassung an eine neue innere und äußere Lebenssituation aufgefasst werden. Die meisten Menschen erreichen nach ein bis zwei Jahren die Wiederherstellung von Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit, wenn gleich sie in bestimmten Hinsichten verändert bleiben. Die Vorstellung eines fortschreitenden Verlaufs mit einer allmählichen Abnahme der anfänglichen Beeinträchtigungen ist im Prinzip nach wie vor gültig (Stroebe/Hansson/Schut u. a. 2008b). Dabei ist mit erheblichen interindividuellen Unterschieden in den emotionalen Begleiterscheinungen zu rechnen, und es sind Differenzierungen angebracht. So konnten Wittkowski/Scheuchenpflug (2015) zeigen, dass innerhalb der ersten zwei Jahre nach dem Verlust für akute emotionale und kognitive Beeinträchtigungen sowie für das Empfinden der Nähe zur verstorbenen Person eine *Intensivierung* stattfindet, auf die dann eine *Abschwächung* folgt. An diesen umgekehrt u-förmigen Verlauf schließt sich nach drei und mehr Jahren ein allmähliches Abklingen an.

Es gibt mehrere Phasenmodelle des Trauerverlaufs, die aus der Praxis der Trauerberatung und -therapie hervorgegangen sind und die zum Teil auch Aufgaben enthalten, die der oder die Trauernde bei günstigem Verlauf in der Regel erledigt (Worden 1986). Eine allgemein gültige, stets gleiche Abfolge von Trauerreaktionen ist bei Beachtung üblicher methodischer Anforderungen nicht nachweisbar. Das auf Freud (1917/1946) zurückgehende Konzept der ›Trauerarbeit‹, die mit der Lösung der Bindung an die verstorbene Person ihren Abschluss findet, ist vom Konzept der fortdauernden Bindungen (Klass/Silverman/Nickman 1996; Klass/Steffen 2018) abgelöst worden. Insofern gibt es zwar eine ›Erholung‹ des Trauernden, der sich wieder den verschiedenen Lebensinhalten zuwenden kann, ein Rest von Trauern bleibt jedoch lebenslang erhalten.

Unterschiede in der Dauer, Intensität und Qualität des Trauerprozesses ergeben sich aus der Beziehungsqualität, die zwischen der verstorbenen Person und dem Hinterbliebenen bestand (Partner, Eltern-Kind, Geschwister), dem Alter bzw. Entwicklungsstand der verlorenen Person einerseits und des Hinterbliebenen andererseits (Kind, Jugendlicher, Erwachsener) sowie aus der Todesart (Krankheit, Unfall, Verbrechen, Suizid; s. Wittkowski/Scheuchenpflug 2016). Bei Gleichheit anderer Bedingungen wird der krankheitsbedingte Tod der betagten Großeltern von deren (erwachsenen) Enkeln als vergleichsweise wenig belastend erlebt. Sehr starke Auswirkungen hat hingegen der Suizid des eigenen Kindes auf seine Eltern sowie der Tod eines Elternteils auf ein Kind. Ein integratives Modell der Risiko- und Schutzfaktoren zur Vorhersage des Trauerns bieten Stroebe/Folkman/Hansson u. a. (2006).

Als eine Sonderform der Trauer kann man das Erleben des Verlustes eines Menschen durch dessen Tod im Kontext fehlender gesellschaftlicher Anerkennung oder gar Ächtung betrachten (*disenfranchised grief*; vgl. Doka 1989). Mit diesem Konzept wird der soziale Aspekt des Trauerns betont. Dem Trauernden wird kein Recht auf seine Trauer und ihren öffentlichen Ausdruck zugestanden; daher steht das subjektive Empfinden des Trauernden im Gegensatz zu den Trauerregeln seiner Bezugsgruppe. Ein zentrales Merkmal sozial nicht anerkannter Trauer ist der Mangel an kollektiver Empathie, unter dem die Betroffenen in der Regel leiden. Sozial nicht anerkanntes Trauern kommt vor, wenn die Beziehung zum Verstorbenen sozial nicht akzeptiert ist (z. B. bei einem gleichgeschlechtlichen Partner), wenn der Verlust als

unbedeutend angesehen wird (z. B. der Tod eines Haustiers), wenn sich der Verstorbene in einem sozial geächteten Milieu aufgehalten hatte (z. B. in der Drogenszene mit AIDS als Folge) oder wenn die Ausdrucksformen der Trauer zu sehr von gesellschaftlichen Normen abweichen. Eine weitere Sonderform ist die antizipatorische Trauer, die durch einen erwarteten Verlust ausgelöst wird (vgl. Rando 2000). Der Trauerprozess beginnt also bereits, bevor der Tod der Bezugsperson eingetreten ist. Schließlich gibt es noch mehrdeutiges Trauern (*ambiguous loss*; vgl. Boss 1999) in Fällen, in denen die verlorene Person entweder lebt (z. B. nach einer Trennung) oder ihr Leichnam nicht auffindbar war, etwa als Opfer eines Unfalls oder als Soldat.

35.2 Komplizierte Trauer

Kommt es zu klinisch bedeutsamen Abweichungen hinsichtlich Intensität und Dauer allgemeiner und spezifischer Trauerreaktionen von der jeweiligen kulturellen Norm der trauernden Person und infolgedessen zu nachhaltigen Beeinträchtigungen im sozialen, beruflichen oder anderen Funktionsbereichen, spricht man von komplizierter (auch: abnormer, chronischer, pathologischer, problematischer, traumatischer) Trauer (Stroebe/Schut/van den Bout 2013; Znoj 2016) bzw. seit Kurzem von einer Anhaltenden Komplexen Trauerstörung (Falkai/Wittchen 2015). Symptome der Komplizierten Trauer (KT) sind ein lang andauernder starker Trennungsschmerz sowie traumatische Beeinträchtigungen. KT wird als eigenständige diagnostische Kategorie angesehen, die sich von normaler Trauer, von verlustbezogener Depression und Angst sowie von einer Posttraumatischen Belastungsstörung unterscheidet (Prigerson/Jacobs 2001). Eine Übersicht über empirisch begründete Risikofaktoren für KT bieten Burke/Neimeyer (2013).

Die Prävalenz komplizierter Trauer wird in internationalen Studien auf 15 bis 20 Prozent geschätzt (Bonanno/Wortman/Nesse 2004). In einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung fanden Kersting/Brähler/Glaesmer u. a. (2011) für Personen im Allgemeinen ($N = 2520$) eine Prävalenz von 3,7 % und speziell für Personen nach dem Verlust einer bedeutenden Bezugsperson ($N = 1445$) eine Prävalenz von 6,7 %.

35.3 Auswirkungen des Verlusterlebens auf Gesundheit und Lebenserwartung

Es kann als gesichert gelten, dass trauernde Menschen gesundheitliche Beeinträchtigungen erfahren (vgl. Center for the Advancement of Health 2004): Sie haben ein erhöhtes Risiko, eine Depression, eine Angststörung oder andere psychiatrische Störungen auszubilden sowie körperliche Erkrankungen einschließlich Infektionen zu bekommen; sie suchen häufiger als andere Menschen Ärzte auf, sind häufiger im Krankenhaus, nehmen mehr Medikamente ein und haben mehr Krankheitstage als Nicht-Trauernde. Trauernde haben ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko, insbesondere auch durch Suizid. Das höchste Risiko besteht in den ersten Wochen und Monaten nach dem Verlust, und Männer sowie jüngere Trauernde haben ein höheres Sterblichkeitsrisiko als Frauen und ältere Trauernde. Eine ausgeprägte Symptomatik am Beginn des Trauerprozesses korreliert positiv mit langfristigen Komplikationen bzw. behandlungsbedürftigen Störungen (Stroebe/Hansson/Stroebe u. a. 2001b). Diese Aussagen gelten in erster Linie für verwitwete Personen, *mutatis mutandis*, aber auch für alle von einem Verlust Betroffenen. Allgemein lassen sich als schädigende bzw. protektive Faktoren unterscheiden (Center for the Advancement of Health 2004): die Umstände des Todes (z. B. plötzlich oder erwartet); Personenmerkmale (z. B. emotionale Labilität, Religiosität); interpersonale Faktoren (in erster Linie soziale Unterstützung). Derzeit ist es nicht möglich, eine Unterscheidung in kurz-, mittel- und langfristige Gesundheitsfolgen vorzunehmen sowie das Sterblichkeitsrisiko entsprechend differenziert einzuschätzen.

Was speziell Trauer(n) nach dem Verlust des (Ehe-) Partners betrifft, so liegen Belege dafür vor, dass das Mortalitätsrisiko Verwitweter nur im ersten halben Jahr nach Eintritt des Verlusts erhöht ist, sich danach aber nicht von demjenigen von nicht trauernden Vergleichspersonen unterscheidet (Stroebe/Stroebe 2005). Bei der Trauer um den Verlust des eigenen Kindes (im Kindesalter) zeigen Mütter stärkere Reaktionen als Väter (Dyregrov 1990; Lang/Gottlieb/Amsel 1996), beim Trauern um den Verlust eines erwachsenen Kindes besteht kein Unterschied zwischen den Eltern (Nolen-Hoeksema/Larson 1999, 110–112). Es kann als sicher gelten, dass nicht der Verlust eines Elternteils für sich genommen für die Ausbildung späterer Störungen verantwortlich ist. Bedingungen, die den potenziell schädigenden Effekt eines Elternverlusts auf ein Kind moderieren, dürften Persönlich-

keitsmerkmale des Kindes, das Verhalten des verbliebenen Elternteils, allgemein die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung (z. B. durch Großeltern) sowie die Kontinuität der Lebensumstände sein (Oltjenbruns 2001, 111). In verschiedenen Studien wurden bei Kindern nach dem Verlust eines Geschwisterkindes Appetitmangel, Albträume, geringere soziale Kompetenz als bei Vergleichspersonen sowie kurzfristig vermehrte Verhaltensauffälligkeiten (insbesondere nach außen gerichtete Aggression) beobachtet, die jedoch mit der Zeit abnahmen. Speziell Jugendliche zeigten nach dem Verlust eines Elternteils mittelfristig verstärkte Angst und Depression, Alkoholmissbrauch, Delinquenz und Schulversagen. Bei Verlust eines Bruders oder einer Schwester zeigen jüngere Jugendliche mehr körperliche Beschwerden, ältere Jugendliche hingegen stärkere psychische Beeinträchtigungen (Balk/Corr 2001).

35.4 Positive Wirkungen des Verlusterlebens

Trauer weist nicht ausschließlich beeinträchtigende Merkmale auf. Vielmehr gibt es Belege für einen Zugewinn an positiven Erlebensemöglichkeiten als Resultat eines kritischen Lebensereignisses im Allgemeinen (vgl. Philipp/Aymanns 2010, 115–122) wie auch des Trauerns im Besonderen. Persönliches Wachstum nach einem Verlust kann u. a. in einer größeren Wertschätzung des eigenen Lebens, in verbesserter Empathiefähigkeit sowie in einem Zuwachs an innerer Stärke und Selbstvertrauen zum Ausdruck kommen (Volkan/Zintl 2000, 45–48). In der Studie von Wittkowski/Scheuchenpflug (2015) zeigte sich deskriptiv, d. h. ohne inferenzstatistische Absicherung, für Persönlichkeitsentwicklung/Wachstum sowie für Zunahme an Empathie für andere nach einem anfänglichen Absinken eine stetige Intensitätszunahme über einen Zeitraum von zwei Jahren hinaus.

35.5 Theoretische Ansätze

Es gibt unterschiedliche Ansätze zur Erklärung des Verlusterlebens. Aus Sicht der *Psychoanalyse* (Freud 1917/1946) besteht die ›Trauerarbeit‹ darin, psychische Energie (Libido) von der verstorbenen Person abzuziehen (›Katharsis‹), so dass sie für neue Objektbesetzungen verfügbar ist. Die *Bindungstheorie* (Bowlby 1983) postuliert, dass Bindungen (z. B. zwischen

Mutter und Kind) biologisch determiniert sind und dass auf eine vorübergehende Trennung wie auch auf den dauerhaften Verlust prinzipiell die gleiche Reaktion erfolgt. Die Symptome des Trauerns, allen voran der Trennungsschmerz, ergeben sich aus der Art und der Intensität der gefühlsmäßigen Bindungen des Hinterbliebenen an die verstorbene Person. Dies wird durch die *evolutionstheoretische Sicht* (Archer 1999) gestützt. Demnach sind Kummer und die Suche nach der verlorenen Person für das Fortbestehen der Gruppe bzw. Art nützlich, weil sie im Falle der Trennung zum Wiederfinden führen können und im Falle des Todes durch Helfen und Trösten den Zusammenhalt stärken. Die *kognitive Stresstheorie* (Folkman 2011) betrachtet den Verlust einer geliebten Person als eines unter zahlreichen anderen kritischen Lebensereignissen. Sie interessiert sich für die gedanklichen Bewertungen, die dieses Ereignis subjektiv zum Stressor machen, sowie für die nachfolgenden (unwillkürlichen) psychischen Bewältigungsprozesse (Coping). Dabei spielen auch Risikofaktoren und schützende Faktoren (Resilienz) eine Rolle. In einer gewissen Nähe dazu steht der *konstruktivistische Ansatz* (Neimeyer 2001). Hier besteht der zentrale psychische Vorgang des Trauerns darin, dem Verlusterleben sowie dem veränderten Leben ohne die verstorbene Person einen Sinn zu verleihen. Im günstigen Fall führt die Rekonstruktion von Sinn zu einem neuen Narrativ des Hinterbliebenen in seiner Beziehung zum Verstorbenen.

Zwei theoretische Ansätze verdienen nähere Betrachtung. Das *Dual Process Model of Coping With Bereavement* (DPM; Stroebe/Schut 1999) postuliert, dass die Auseinandersetzung mit dem Verlust in Form kognitiver Umstrukturierung nur die eine Seite der Bewältigung ist, nämlich die Orientierung auf den Verlust. Die andere Seite ist auf Erholung ausgerichtet, indem der/die Betroffene sich neuen (oder auch alten) Aufgaben und Beziehungen zuwendet. Diese beiden Vorgänge werden nicht als Alternative verstanden, hinsichtlich derer sich Individuen unterscheiden; vielmehr laufen sie alternierend bzw. oszillierend in ein und demselben Trauernden ab. Die Vermeidung beeinträchtigender Gedanken und Gefühle gewährleistet die Bewältigung alltäglicher Anforderungen; die Hinwendung zum Verlust fördert die mentale Rekonstruktion der Beziehung zu der verstorbene Person. Das Oszillieren beider Prozesse ermöglicht eine ausgeglichene Erholung. Das *Two-track Model of Bereavement* (TTM; Rubin 1999) sieht gleichfalls zwei Dimensionen vor. Die eine betrifft das biopsychosoziale Funktionieren des Menschen nach einem Verlust. Die

andere ist die fortdauernde Beziehung zum Verstorbenen. Diese zweifache Perspektive auf die Anpassung an die Situation eines Verlusts kann gleichermaßen hilfreich für die (klinische) Diagnosestellung wie für Interventionen sein.

35.6 Untersuchungsverfahren zur Erfassung des Trauerns

In englischer Sprache gibt es zahlreiche allgemeine und spezielle Fragebogenverfahren zur Erfassung des Trauerns (s. die Übersichten bei Kersting/Fisch/Suslow u. a. 2003; Neimeyer/Hogan/Laurie 2008). Erstere erheben den Anspruch, den normalen Trauerprozess umfassend und bei trauernden Populationen jeder Art abzubilden, Letztere zielen spezifische Aspekte des Trauerprozesses und/oder bestimmte Gruppen Trauernder an. Das *Inventory of Complicated Grief* ist inzwischen in einer deutschsprachigen Version verfügbar (Lumbeck/Brandstätter/Geissner 2012).

Das *Würzburger Trauerinventar* (WüTi; Wittkowski 2013) ist derzeit der einzige allgemeine, d. h. hinsichtlich seines Messanspruchs unspezifische Fragebogen zur Erfassung des Erlebens nach dem Verlust einer Bezugsperson in deutscher Sprache. Das Verfahren wurde nach den Grundsätzen der Klassischen Testtheorie konstruiert. Es besteht aus 24 Feststellungen, die die Aussage »Ich habe einen Verlust erlitten, weil er/sie nicht mehr lebt. Während der letzten 14 Tage ...« vervollständigen und die sich fünf Skalen zuordnen lassen: Akute emotionale und kognitive Beeinträchtigungen, allgemeine Persönlichkeitsentwicklung/Wachstum, Schuldgefühle/Selbstvorwürfe, Zunahme von Sensibilität/Empathie für andere und Nähe zur verstorbenen Person. Für diese Skalen stehen Prozentrang-Normen für Frauen und Männer zur Verfügung. Die Interkorrelationen der Skalen bestätigen die Konstruktvalidität des Verfahrens. Korrelationen der Skalen mit einer Depressionsskala zeigen seine differenzielle Validität. Das WüTi ist kein zusätzliches Verfahren zur Erfassung von Depression, sondern bildet Trauern als eigenständiges Merkmal ab.

35.7 Interventionen für Trauernde und die Frage ihrer Wirksamkeit

Personen, die sich mit einem Verlusterlebnis auseinandersetzen, werden in drei Kategorien unterteilt, denen sich die entsprechenden Interventionen zuord-

nen lassen: (a) Solche mit einem normal/unauffällig verlaufenden Trauerprozess; hier ist Trauerbegleitung (primäre Intervention) angemessen. (b) Solche mit einem hohen Risiko eines abnormen Trauerverlaufs; hier ist Trauerberatung (sekundäre Intervention) indiziert, deren Aufgabe auch darin besteht, gefährdete Trauernde einer Trauertherapie zuzuweisen. (c) Solche mit komplizierter bzw. verzögerter Trauer; für diese Personen ist Trauertherapie (tertiäre Intervention) notwendig.

Wie wirksam sind Interventionen für Trauernde? Sind sie überhaupt wirksam? Jordan/Neimeyer (2003) geben eine Übersicht über die Ergebnisse von vier Metaanalysen zur Wirkung von Trauerinterventionen aus den Jahren 1999 bis 2001. Bei einer Metaanalyse werden die Daten aus vielen Einzelstudien zusammengefasst und als neuer, umfangreicher Datensatz mit den Methoden der Prüfstatistik analysiert; die wichtigste Größe bei der Ergebnisdarstellung ist die sogenannte Effektstärke. Durch die vier Metaanalysen wurden 87 Einzelstudien erfasst. Das allgemeine Ergebnis dieser Untersuchungen besteht darin, dass die wissenschaftlich nachweisbare Wirksamkeit formalisierter Interventionen für Trauernde (Trauerberatung, Trauertherapie) gering ist und weit unterhalb der Wirksamkeit der meisten anderen Arten psychotherapeutischer Interventionen liegt. In einer eigenen Metaanalyse von Currier/Neimeyer/Berman (2008) auf der Grundlage von 61 Studien, die alle eine Kontrollgruppe enthielten und Wirksamkeitsmessungen zu Beginn der Intervention, an ihrem Ende sowie mit zeitlichem Abstand (*follow-up*) vorgenommen hatten, ergab sich als Gesamteffekt, dass Intervention am Ende der Behandlung zwar wirksamer ist als keine Intervention, dass sich jedoch in der Nachuntersuchung keine Wirkung mehr nachweisen lässt. Ferner ergibt sich als Schätzung, dass 38 Prozent der Klienten ohne jegliche Intervention Verbesserungen in höherem Ausmaß erzielt hätten, als dies mit Trauerberatung der Fall gewesen wäre. Mit anderen Worten: Trauertherapie hat keine dauerhafte Wirkung, und Trauerberatung ist zu einem nicht geringen Anteil sogar kontraproduktiv. Bemerkenswert ist ferner, dass die niedrigschwelligen Interventionen der Trauerbegleitung und -beratung keine präventive Wirkung haben. Bereits früher hatten Schut/Stroebe/van den Bout u. a. (2001) in einer kritischen Bilanzierung der einschlägigen Literatur gezeigt, dass die Wirksamkeit von Interventionen für die drei Kategorien von Trauernden unterschiedlich ist: Die Wirksamkeit primärer Intervention ist nicht nachgewiesen, für sekundäre Intervention

sind Effekte von allenfalls mäßiger Stärke und begrenzter Dauer nachgewiesen. Für tertiäre Interventionen haben sich überwiegend positive Effekte gezeigt, wengleich nur von mittlerer Stärke. Nach allen vorliegenden Befunden kann man also nicht pauschal behaupten, dass Interventionen für Trauernde wirksam sind.

Als einen der Gründe für diesen für die Zunft der Trauerberater und -therapeuten niederschmetternden Befund führen Jordan/Neimeyer (2003) sowie Currier/Neimeyer/Berman (2008) einen Mangel an theoretischer bzw. konzeptioneller Stringenz der durchgeführten Interventionen an. Aus den inspizierten Studien ist vielfach nicht ersichtlich, in welcher Weise die betreffende Intervention aus einer Theorie oder aus anderen Konzepten der Trauerforschung entwickelt wurde und ob sie entsprechenden Forschungsergebnissen Rechnung trägt. Es hat vielmehr den Anschein, als würden verschiedene Formen der Psychotherapie als Routineintervention durchgeführt in der Annahme, sie seien auch für die Besserung trauerspezifischer Beeinträchtigungen geeignet.

35.8 Herausforderungen in der Zukunft

Die andauernde Kluft zwischen Forschern und Praktikern zieht sich wie ein roter Faden durch die kurze Geschichte der professionellen Beschäftigung mit der Trauer. Die Wissenschaftler vermögen den Praktikern kaum verwendbare Hinweise zu geben, die in Trauerbegleitung, -beratung und -therapie Tätigen vermögen die Erkenntnisse der Forschung meist nicht für ihre Arbeit nutzbar zu machen. Die Überwindung dieser Informationsbarriere ist daher dringend geboten. Konkrete Vorschläge dazu setzen beim erfahrungsbasierten Wissen der Praktiker (im Gegensatz zu evidenzbasiertem Wissen) an (vgl. Center for the Advancement of Health 2004).

Von immenser praktischer wie auch gesundheitspolitischer Bedeutung ist die Frage der Wirkungsweise von Interventionen für Trauernde. Hier geht es um die Zuordnung von Beschwerden und Interventionsform (Stroebe/Hansson/Stroebe u. a. 2001b). Welche Art der Behandlung ist wann (d. h. zu welchem Zeitpunkt innerhalb des Trauerprozesses) und für wen die angemessene? Solange es empirische Belege dafür gibt, dass Interventionen für Trauernde in einem nennenswerten Ausmaß eine schädigende Wirkung haben (Center for the Advancement of Health 2004; Stroebe/Hansson/Schut u. a. 2008b), kann man nicht

länger pauschal von deren Nutzen ausgehen. Ähnlich wie in den 1950er Jahren, als sich die Vertreter der psychoanalytischen Psychotherapie dem Vorwurf der Wirkungslosigkeit ausgesetzt sahen, liegt die Beweislast für die positive Wirkung der Interventionen in Zukunft bei den Praktikern der Trauerberatung und -therapie.

Literatur

- Archer, J.: *The Nature of Grief. The Evolution and Psychology of Reactions to Loss*. London 1999.
- Balk, D. E./Corr, C. A.: Bereavement during Adolescence. A Review of Research. In: Stroebe/Hansson/Stroebe/Schut 2001, 199–218.
- Bonanno, G. A./Wortman, C. B./Nesse, R. M.: Prospective Patterns of Resilience and Maladjustment during Widowhood. In: *Psychology and Aging* 19 (2004), 260–271.
- Boss, P.: *Ambiguous Loss: Learning to Live with Unresolved Grief*. Cambridge 1999.
- Bowlby, J.: *Verlust, Trauer und Depression*. Frankfurt a. M. 1983.
- Burke, L./Neimeyer, R. A.: Prospective Risk Factors for Complicated Grief. In: Stroebe/Schut/van den Bout 2013, 145–161.
- Center for the Advancement of Health: Report on Bereavement and Grief Research. In: *Death Studies* 28 (2004), 491–575.
- Currier, J. M./Neimeyer, R. A./Berman, J. S.: The Effectiveness of Psychotherapeutic Interventions for Bereaved Persons. A Comprehensive Review. In: *Psychological Review* 134 (2008), 648–661.
- Doka, K. J. (Hg.): *Disenfranchised Grief – Recognizing Hidden Sorrow*. Lexington 1989.
- Dyregrov, A.: Parental Reactions to the Loss of an Infant. A Review. In: *Scandinavian Journal of Psychology* 31 (1990), 266–280.
- Falkai, P./Wittchen, H.-U. (Hg.): *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen 2015.
- Filipp, S.-H./Aymanns, P.: *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens*. Stuttgart 2010.
- Folkman, S.: *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping*. New York 2011.
- Freud, S.: Trauer und Melancholie [1917]. In: Ders.: *Gesammelte Werke*. Bd. X. London 1946, 427–446.
- Jordan, J. R./Neimeyer, R. A.: Does Grief Counseling Work? In: *Death Studies* 27 (2003), 765–786.
- Kersting, A./Brähler, E./Glaesmer, H./Wagner, B.: Prevalence of Complicated Grief in a Representative Population-based Sample. In: *Journal of Affective Disorders* 131 (2011), 339–343.
- Kersting, A./Fisch, S./Suslow, T./Ohrmann, P./Arolt, V.: Messinstrumente zur Erfassung von Trauer – Ein kritischer Überblick. In: *Psychotherapie, Psychologie, Medizin* 53 (2003), 475–484.
- Klass, D./Silverman, P. R./Nickman, S. L. (Hg.): *Continuing Bonds. New Understandings of Grief*. Philadelphia 1996.
- Klass, D./Steffen, E. M. (Hg.): *Continuing Bonds in Bereavement. New Directions for Research and Practice*. London 2018.
- Lang, A./Gottlieb, L. N./Amsel, R.: Predictors of Husbands' and Wives' Grief Reactions Following Infant Death. The Role of Marital Intimacy. In: *Death Studies* 20 (1996), 33–57.
- Lindemann, E.: Symptomatology and Management of Acute Grief. In: *American Journal of Psychiatry* 101 (1944), 141–148.
- Lumbeck, G./Branstätter, M./Geissner, E.: Erstvalidierung der deutschen Version des Inventory of Complicated Grief (ICG-D). In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 41 (2012), 243–248.
- Neimeyer, R. A. (Hg.): *Meaning Reconstruction and the Experience of Loss*. Washington 2001.
- Neimeyer, R. A./Hogan, N./Laurie, A.: The Measurement of Grief: Psychometric Considerations in the Assessment of Reactions to Bereavement. In: Stroebe/Hansson/Schut/Stroebe 2008, 133–161.
- Nolen-Hoeksema, S./Larson, J.: *Coping with Loss*. Mahwah 1999.
- Oltjenbruns, K. A.: Developmental Context of Childhood Grief and Regrief Phenomena. In: Stroebe/Hansson/Stroebe/Schut 2001, 169–197.
- Prigerson, H. G./Jacobs, S. C.: Traumatic Grief as a Distinct Disorder: A Rationale, Consensus Criteria, and a Preliminary Test. In: Stroebe/Hansson/Stroebe/Schut 2001, 612–645.
- Rando, T.: Anticipatory Mourning. A Review and Critique of the Literature. In: Dies. (Hg.): *Clinical Dimensions of Anticipatory Mourning. Theory and Practice in Working with the Dying, their Loved Ones, and their Care Givers*. Champaign 2000, 17–50.
- Rubin, S.: The Two-Track Model of Bereavement: Overview, Retrospect and Prospect. In: *Death Studies* 23 (1999), 681–714.
- Schut, H./Stroebe, M. S./Van den Bout, J./Terheggen, M.: The Efficacy of Bereavement Interventions. Determining who Benefits. In: Stroebe/Hansson/Stroebe/Schut 2001, 705–737.
- Stroebe, M. S./Folkman, S./Hansson, R. O./Schut, H.: The Prediction of Bereavement Outcome: Development of an Integrative Risk Factor Framework. In: *Social Science & Medicine* 63 (2006), 2440–2451.
- Stroebe, M. S./Hansson, R. O./Schut, H./Stroebe, W. (Hg.): *Handbook of Bereavement Research and Practice. Advances in Theory and Intervention*. Washington 2008a.
- Stroebe, M. S./Hansson, R. O./Schut, H./Stroebe, W.: Bereavement Research. 21st-century Prospects. In: Stroebe/Hansson/Schut/Stroebe 2008b, 577–603.
- Stroebe, M. S./Hansson, R. O./Stroebe W./Schut, H. (Hg.): *Handbook of Bereavement Research. Consequences, Coping, and Care*. Washington 2001a.
- Stroebe, M. S./Hansson, R. O./Stroebe W./Schut, H.: Introduction. Concepts and Issues in Contemporary Research on Bereavement. In: Dies. (Hg.) 2001b, 3–22.
- Stroebe, M. S./Schut, H.: The Dual Process Model of Coping with Bereavement: Rationale and Description. In: *Death Studies* 23 (1999), 197–224.

- Stroebe, M. S./Schut, H./van den Bout, J. (Hg.): *Complicated Grief. Scientific Foundations for Health Care Professionals*. London 2013.
- Stroebe, M. S./Stroebe, W./Hansson, R. O. (Hg.): *Handbook of Bereavement. Theory, Research, and Intervention*. Cambridge 1993.
- Stroebe, W./Stroebe, M. S.: Verwitwung. Psychosoziale und gesundheitliche Aspekte. In: R. Schwarzer (Hg.): *Enzyklopädie der Psychologie. Themenbereich C. Serie X. Bd. 1: Gesundheitspsychologie*. Göttingen 2005, 261–281.
- Volkan, V. D./Zintl, E.: *Wege der Trauer. Leben mit Tod und Verlust*. Gießen 2000.
- Wittkowski, J.: *Würzburger Trauerinventar (WüTi). Mehrdimensionale Erfassung des Verlusterlebens. Handanweisung*. Göttingen 2013.
- Wittkowski, J./Scheuchenpflug, R.: Zum Verlauf normaler Trauerns: Verlusterleben in Abhängigkeit von seiner Dauer. In: *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 23 (2015), 169–176.
- Wittkowski, J./Scheuchenpflug, R.: Trauern in Abhängigkeit vom Verwandtschaftsverhältnis zum Verstorbenen und von der Todesart. In: *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 24 (2016), 107–118.
- Worden, J. W.: *Beratung und Therapie in Trauerfällen. Ein Handbuch*. Bern 1986.
- Znoj, H.: *Trauer und Trauerbewältigung. Psychologische Konzepte im Wandel*. Stuttgart 2012.
- Znoj, H.: *Komplizierte Trauer*. Göttingen 2016.

Weiterführende Literatur

- Parkes, C. M.: *Love and Loss. The Roots of Grief and its Complications*. London 2006.
- Parkes, C. M./Prigerson, H. G.: *Bereavement. Studies of grief in adult life*. London 2010.

Joachim Wittkowski