

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

ANHALTENDE TRAUERSTÖRUNG

Trauer – wer kennt sie nicht. Gewiss eine natürliche Reaktion auf einen schweren Verlust, meist einer nahestehenden Person. Aber nach einiger Zeit irgendwie überwunden – wenigstens halbwegs. Doch in etwa jedem 10. Fall lässt sie nicht los. Dann nennt man sie eine anhaltende Trauerstörung. Was versteht man darunter, welches Leidensbild gilt es zu ertragen, wen trifft es und wie lange? Und gibt es spezielle Reaktionen, sei es gemütsmäßig, geistig, verhaltensbezogen, vielleicht sogar mit körperlichen Beeinträchtigungen (aber ohne organisch-krankhaften Befund)? Mit was muss man sonst noch rechnen?

Dabei die im Alltag wichtige Frage: Wie unterscheiden sich die Definitionen der führenden medizinischen Institutionen, vor allem der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA)? Außerdem: Welche seelischen Krankheiten sind zusätzlich riskant, z. B. Depressionen, posttraumatische Belastungsstörung, Angststörungen? Gibt es Risiko-, aber auch Schutzfaktoren? Und nicht zuletzt: Welche therapeutischen Möglichkeiten stehen zur Verfügung, z. B. psychotherapeutisch oder medikamentös?

Und zum Schluss die nicht unwichtige Frage: Wie hat man diese Belastung, so alt wie die Menschheit, früher eingeordnet und mehr oder weniger erfolgreich behandelt?

Dazu eine kurz gefasste Übersicht.

Erwähnte Fachbegriffe:

Trauer – Trauerreaktion – pathologische Trauer – traumatische Trauer – prolongierte Trauer – verlängerte Trauer – anhaltende Trauer – komplizierte Trauer – Trauerstörung – Trauerreaktion – Leidensbild der anhaltenden Trauerstörung – Symptomatik nach DSM-5[®] – Symptomatik nach ICD-11 – affektive Trauerreaktionen – kognitive Trauerreaktionen – verhaltensbezogene Trauer-

reaktionen – physiologische Trauerreaktionen – spezielle Trauerreaktionen – Häufigkeit einer anhaltenden Trauerstörung – Geschlecht und Alter bei anhaltender Trauerstörung – Trauer oder Depressionen – Trauer oder posttraumatische Belastungsstörung – Trauer oder Angststörungen – Risikofaktoren zur anhaltenden Trauerstörung – Schutzfaktoren zur anhaltenden Trauerstörung – Mess-Instrumente zur anhaltenden Trauerstörung – psychotherapeutische Behandlungs-Vorschläge – medikamentöse Behandlungs-Vorschläge – Trauer-Modelle aus historischer Sicht – u. a. m.

Trauer kennt jeder. Und wer nicht, dem steht es ggf. noch bevor. Ausnahmen dürften selten sein. Einzelheiten zur Trauer, wie man sie früher gesehen hat, siehe der Beitrag „Trauer“ in dieser Serie. Inzwischen beschäftigt man sich aber auch zunehmend mit einer ungewöhnlich langen Trauerreaktion. Nachfolgend deshalb die aktuelle Konzeption der so genannten *anhaltenden (komplexen) Trauerstörung* oder *Trauerreaktion*, wie sie die psychiatrischen Klassifikationen DSM und ICD (s. später) aufgrund neuerer wissenschaftlicher Erkenntnisse empfehlen.

Grundlage dieser kurz gefassten Übersicht sind zwei neuere Fachbeiträge der Expertinnen Julia Tremel und Anette Kersting von der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Leipzig sowie eine Weiterbildungs-Broschüre von Professor Dr. Hansjörg Znoj von der Universität Bern. Konkrete Zitationen am Ende dieses Beitrags. Als Erstes aber die Frage:

Trauer – was versteht man darunter?

Trauer ist eine normale gemütsmäßige Reaktion, vor allem auf den Verlust einer nahestehenden Person, und damit per se nicht krankhaft. Sie ist schmerzlich, ggf. folgenreich, dient aber (wenigstens) dazu, sich an die neue, meist unwiderruflich veränderte und wohl erschwerte Lebenssituation anzupassen.

Gelingt diese seelische, psychosomatische, psychosoziale, mitunter auch körperliche oder gar wirtschaftliche Anpassung, so kann die Intensität der Trauer in der Regel innerhalb eines halben Jahres nachlassen. Die Betroffenen können sich nach einiger (meist individueller) Zeit wieder ihrem Alltag, ihren Aufgaben, ihren zwischenmenschlichen Beziehungen etc. zuwenden, den Verlust gleichsam „in ihr Leben integrieren“. Einige müssen jedoch nicht nur mit einem „normalen, allseits verstehbaren Trauerprozess“ rechnen, sondern eine krankhafte Trauerreaktion ertragen, wissenschaftlich „anhaltende Trauerstörung“ (ATS) genannt.

Zwar verwundert es, dass angesichts eines weltweiten und über alle Generationen belastenden Phänomens erst so spät geforscht, wissenschaftlich diskutiert und detailliert definiert wurde, doch kam es wenigstens im letzten Jahr-

zehnt des vergangenen Jahrhunderts zu konkreten Vorschlägen, die eine eigenständige Diagnose in den Internationalen Klassifikations-Systemen nahelegten. Dabei wurden verschiedene Fachbegriffe empfohlen, je nach Studie, Arbeitsgruppe, Fachgesellschaft etc.

Beispiele: pathologische Trauer, traumatische Trauer, prolongierte (verlängerte) Trauer, anhaltende Trauer, komplizierte Trauer bzw. Trauerstörung oder Trauerreaktion. Inzwischen scheint sich am ehesten die *prolongierte* bzw. *anhaltende Trauer* durchzusetzen.

Noch wichtiger sind natürlich die verschiedenen Vorschläge zu den entsprechenden Diagnose-Kriterien, d. h. was muss vorliegen, um eine solche Diagnose zu rechtfertigen. Hier geht es vor allem um zwei Klassifikations-Richtungen, nämlich die derzeit aktuelle 5. Ausgabe des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5[®]), zum anderen um die demnächst zu erwartende 11. Revision der Internationalen Statistik psychischer Störungen - ICD-11 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD-11) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Letztere führte dieses Leiden bisher unter anderen Diagnose-Kriterien (z. B. Anpassungsstörung oder post-traumatische Belastungsstörung u. a.), jetzt wird sie als eigenständige Diagnose aufgenommen.

Das Leidensbild anhaltender Trauerstörung

Was Trauer heißt, aus welchem Grund auch immer, kennt wohl (fast) jeder. Letztlich ist es auch eine Frage des Alters: Je älter, desto schmerzlicher bekannter. Dabei dürfte bezüglich des Leidensbildes wohl jeder auch seine eigenen Vorstellungen haben, je nach Erfahrung im Umfeld oder gar eigenem Schicksal. Für die Wissenschaft aber, die solche natürlichen bis ggf. krankhaft grenzwertigen Reaktionen messen soll, so objektiv und fachlich reproduzierbar wie möglich, für die Wissenschaft und in diesem Fall Psychiatrie und Psychologie mit ihren spezialisierten Fachbereichen gilt vor allem eines: einheitliche Beurteilung nach konkreten Diagnose-Kriterien, und dies im Rahmen der jeweiligen Klassifikation, sprich ICD-11 und DSM-5[®].

Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht, die beide Diagnose-Kriterien zum besseren allgemeinen(!) Verständnis zusammenfasst. Was die Unterschiede bzw. klassifikatorischen Schwerpunkte für die *Anhaltende Trauerstörung* der ICD-11 sowie der *Anhaltenden komplexen Trauerreaktion* des DSM-5[®] betrifft, siehe die entsprechende Fachliteratur.

Wann handelt es sich also nicht um eine „normale Trauer“, sondern um eine krankhafte, weil über das definierte Maß hinausgehende andauernde Trauerstörung bzw. Trauerreaktion?

- A. *Ereignis*: Bei dem Trauerfall handelt es sich um den Verlust eines Partners, Elternteils, Kindes oder einer anderen nahestehenden Person, zu der eine enge Beziehung bestand. Der Verlust ereignete sich vor mindestens 12 Monaten (bei Kindern 6 Monaten), d. h. je nach Klassifikation hält die Trauer schon ein ganzes (DSM) bzw. halbes (ICD) Jahr an.
- B. *Leidensbild*: Seit dem Todesfall tritt an mehr als der Hälfte der Tage mindestens eines der folgenden Symptome in allseits deutlich belastender (Fachbegriff: klinisch bedeutsamer) Ausprägung auf:
1. Fortdauernde Sehnsucht bzw. ununterbrochenes Verlangen nach dem Verstorbenen.
 2. Intensive Sorge und emotionaler (gemütsmäßiger) Schmerz als Reaktion auf den Todesfall.
 3. Gedankliches Verhaftet-Sein mit dem Verstorbenen (also ständig an ihn denken müssen).
 4. Übermäßige bis alles beherrschende Beschäftigung mit den Umständen des Todesfalles.
- C. *Krankheitszeichen* im Sinne intensiven emotionalen Schmerzes an mehr als der Hälfte der Tage in erheblichem (allseits registrierbarem) Ausmaß:

Durch den Todesfall ausgelöste emotionale Belastungen

- Große Schwierigkeiten, den Tod zu akzeptieren.
- „Alles nicht glauben können“ bzw. so genannte gefühlsmäßige Taubheit über den Verlust .
- Schwierigkeiten, positive Erinnerungen an den Verstorbenen zuzulassen.
- Bitterkeit, Ärger oder gar Wut über den Verlust.
- Dysfunktionale Bewertungen der eigenen Person in Bezug auf den Verstorbenen oder seinen Tod (z. B. Selbstvorwürfe, Schuldzuweisungen etc.).
- Übermäßiges Vermeiden von Erinnerungen, z. B. was Personen, Situationen, Plätze u. a. anbelangt, die mit dem Verstorbenen in enger Erinnerung stehen.

Psychosoziale Schwierigkeiten und Identitäts-Probleme

- Der Wunsch zu sterben, um bei dem Verstorbenen sein zu können.

- Schwierigkeiten, seit dem Todesfall anderen Personen Vertrauen schenken zu können.
- Sich seit dem Todesfall einsam oder von anderen Personen abgetrennt zu fühlen.
- Das Gefühl, dass das Leben ohne den Verstorbenen bedeutungslos oder leer ist, ja, der Glaube, dass man ohne ihn nicht mehr (wie früher) funktionieren könne.
- Verunsicherung über die eigene Rolle im Leben oder verminderte Wahrnehmung der eigenen Identität (z. B. das Gefühl, dass ein Teil von einem selbst mit dem Verstorbenen gestorben ist).
- Schwierigkeiten oder gar Widerwillen, seit dem Verlust eigene Interessen zu verfolgen oder konkrete Zukunftspläne zu entwickeln (z. B. berufliche oder Freizeit-Aktivitäten, Freundschaften etc.).

D. Weitere Aspekte

- Zeitrahmen: Wie erwähnt zieht sich die Trauerreaktion über eine - gemessen am „gefühlten Durchschnitt“ - atypisch langanhaltende Periode von mindestens 6 Monaten (ICD-11) bzw. 12 Monaten (DSM-5[®]) hin.
- Wichtig in unserer Zeit und immer komplexer werdenden Gesellschaft: Die Trauerreaktion übersteigt die erwartbaren sozialen, kulturellen oder religiösen Normen der Kultur und des engeren Umfelds des Individuums, und zwar deutlich, auffällig, trotz Verständnis und erwartbarer Toleranz. Dabei muss man aber auch den jeweiligen kulturellen und religiösen Rahmen des Trauernden und seines Umfelds berücksichtigen.
- Eine anhaltende, komplexe oder wie auch immer als krankhaft bezeichnete Trauerreaktion muss also im Zusammenhang mit den jeweiligen gesellschaftlichen Bedingungen gesehen werden (dann als „normative Trauerperiode“ bezeichnet).

Dabei geht es jedoch letztlich und in zunehmendem Maße nicht nur um kulturelle, religiöse oder vergleichbare Normen, sondern auch um die alters-adäquate Fähigkeit, entsprechende Belastungen zu verkraften. Dies insbesondere in unserer Zeit und Gesellschaft, wo sich die Lebenserwartung ständig erhöht - nicht aber die Fähigkeit, mit den Belastungen des Alltags wie in jüngeren Jahren fertigzuwerden.

Für alle Aspekte entscheidend aber sind die schon erwähnten (individuellen!) Einschränkungen bzw. Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, ausbildungsbezogenen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktions-Bereichen.

Konkrete Verlust-Symptomatik – kurz gefasster Überblick

Neben diesem Versuch einer Zusammenfassung der derzeit ton-angebenden Klassifikations-Systeme DSM und ICD in aktueller Version gibt bzw. gab es schon früher entsprechende Verlust-Symptome, die nebenbei auch mit einem erhöhten Risiko für psychische Störungen oder gar körperlichen Erkrankungen verbunden sind. Dabei geht es nicht nur um Niedergeschlagenheit, Angst oder Verlust von Freude und Aktivität, es drohen ggf. auch schwer erklärbare Kopf- und Brustschmerzen, Schwindel, Verdauungsstörungen, Blutdruckschwankungen, Gewichtsverlust, Schlafstörungen, Veränderungen des Immunsystems, ja ein erhöhtes Herzinfarkt-Risiko u. a.

So wurden schon vor Jahrzehnten entsprechende Leidens-Listen aufgeführt, die beispielsweise folgende Symptome enthielten (nach V. Kast 1983, M. S. Stroebe et al., 2007 und K. Shear, 2015 u. a.):

- *Affektive (Gemüts-)Reaktionen*: Niedergeschlagenheit, Angst, Sorgen, Verzweiflung, Depression etc. – Schuldgefühle, Selbstvorwürfe bis -beschuldigungen. – Ärger, Reizbarkeit, Feindseligkeit. – Lustlosigkeit, vor allem Freudlosigkeit. – Einsamkeit, Sehnsucht, Verlangen. – Schock, seelische Ertaubung u. a.
- *Kognitive (geistige) Reaktionen*: Ständiges Grübeln und Gedankenkreisen um den Verstorbenen. Vermindertes Selbstwertgefühl, Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Suizidgedanken. – Gedächtnis- und Konzentrationsschwierigkeiten. – Verdrängung, Verleugnung. – Gefühl der Unwirklichkeit bis hin zum Eindruck, der Verstorbene sei anwesend etc.
- *Verhaltensbezogene Reaktionen*: Müdigkeit oder Überaktivität, Unruhe, Anspannung, Nervosität, Ruhe- und Rastlosigkeit, aber auch sozialer Rückzug etc.
- *Physiologische (organ-bezogene) Reaktionen*: Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, Energielosigkeit bis zur Erschöpfung, Anfälligkeit für organische Krankheiten, psychosomatisch interpretierbare Beschwerden bis hin zu solchen, die denen des Verstorbenen ähneln etc.
- *Spezielle Aspekte*: Suche nach Nähe zur verstorbenen Person, in welcher Form auch immer. Vermeidung bestimmter Mahlzeiten oder Essenszeiten, um entsprechende Erinnerungen zu löschen. Das Gleiche gilt für Bilder, Gegenstände, Gewohnheiten, Orte, Plätze, Geschäfte etc. Oder umgekehrt: vermehrt Lieblingsmahlzeiten des Verstorbenen, um ihm nahe zu sein. Schlafstörungen durch Erinnerungen im gemeinsamen Schlafzimmer, durch gemeinsame Schlafrituale. Suche nach dem Verstorbenen in Erinnerungen, Träumen oder an gemeinsamen Orten bzw. Meiden solcher Such-Trennungs-Aspekte. Auseinandersetzungen mit dem Verstorbenen (innere Dialoge, auch laut). Umwandlung des Verstorbenen zur inneren Figur (und

damit Akzeptanz des Verlustes mit neuen Erfahrungen und Beziehungen)
etc.

Wie unterscheiden sich DSM-5[®] und ICD-11?

Wie unterscheiden sich nun die beiden Klassifikations-Vorschläge der derzeit tonangebenden DSM-5[®] und ICD-11 im konkreten Beschwerdebild des Alltags?

Neben den unterschiedlichen Leidens-Ursachen und damit Folgen im Alltag (s. später) gibt es vor allem das so genannte Zeit-Kriterium. Im DSM-5[®] liegt dies frühestens bei 12 Monaten nach dem Verlust, in der ICD-11 schon nach der Hälfte, also 6 Monaten. Dabei soll natürlich auch der kulturelle Hintergrund und damit die speziellen psychosozialen Aspekte berücksichtigt werden.

Wie kommt es aber zu diesem doch leidvoll wesentlichen Unterschied von einem halben Jahr? Das dürfte nicht nur in der Allgemeinheit diskutiert werden, es beschäftigt auch die Wissenschaftler. So zeigte einerseits eine Befragung medizinischer Fachpersonen (z. B. Psychiater, Psychotherapeuten, Hausärzte, Krankenschwestern und Pfleger), dass sich rund die Hälfte für das 12-Monats-Kriterium entscheiden, nur jeder Zehnte schon das halbe Jahr befürworten würde. Andererseits legen auch Studien nahe, dass ein entsprechendes Beschwerdebild schon 6 bis 12 Monate nach dem Verlust mit erheblichen bis risikanten komorbiden seelischen Störungen einschließlich suizidaler Gedanken oder gar Impulsen belastet sein kann; auf jeden Fall mit entsprechenden Einschränkungen im Alltag und damit einer schlechteren Lebensqualität, und zwar bis zu zwei Jahren nach dem Verlust. Will sagen: Das 6-Monats-Kriterium würde vor allem Trauernden mit hohem Leidensdruck und deutlichen funktionalen Einschränkungen im Alltag zu einer früheren Diagnose und Therapie verhelfen und damit einer drohenden Chronifizierung (Langzeit-Erkrankung) vorbeugen.

Mit anderen Worten: Sowohl das eine als das andere leuchtet ein, wobei die Entscheidung wahrscheinlich sehr individuell ausfällt, wie so oft im Leben. Daran können auch noch so wissenschaftlich valide (aussagekräftige) Klassifikationen letztlich nichts ändern.

So stellt sich die Frage:

Wie häufig muss mit einer anhaltenden Trauerstörung gerechnet werden?

Einzelne Untersuchungen sind – wie gut nachvollziehbar – mit entsprechenden Einschränkungen belastet. Die Zahl der zu berücksichtigenden Faktoren ist einfach zu groß, um allseits akzeptable Schlussfolgerungen zu ziehen. Deshalb fast man heute in so genannten Meta-Analysen mehrere Studien zusammen, die nicht nur das gleiche Thema, sondern auch halbwegs vergleichbare Forschungs-Bedingungen aufweisen.

Solche mehr- bis vielschichtigen Analysen sprechen von einer Prävalenzrate (Häufigkeit) von 9,8 % bei beispielsweise Hinterbliebenen, kurz: Jeder Zehnte muss also mit einer anhaltenden krankhaften, verlängerten, komplizierten oder wie auch immer zu bezeichnenden Trauerstörung rechnen.

In einer repräsentativen deutschen Bevölkerungs-Stichprobe kam man auf 6,7 %, was letztlich eine vergleichbare Opfer-Belastung bedeutet.

Wichtig zu wissen sind aber auch die Erkenntnisse von bestimmten Untersuchungen, die beweisen, dass sich das Risiko erhöht, wenn beispielsweise die verstorbene Person einen gewaltsamen Tod erfahren hat. Ähnliches gilt für Eltern, die ein Kind verloren haben.

In geschlechtsspezifischer Hinsicht sind Frauen häufiger betroffen. Das leuchtet ein, gibt aber auch Gelegenheit, auf epidemiologische Probleme hinzuweisen, die nicht jeder kennt, die aber wissenschaftlich zu berücksichtigen sind. Nur ein Beispiel: Frauen haben natürlich aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung auch ein generell höheres Risiko, entsprechende Verluste zu erleben. Das ist dann einerseits rein statistisch zu bewerten, legt aber andererseits die Erkenntnis nahe, dass gerade das höhere Lebensalter generell einen halbwegs folgenlosen Verlust seltener erwarten darf.

Welche seelischen Krankheiten sind zusätzlich riskant?

Ein weiteres Phänomen ist die alte Erkenntnis, dass immer mehr Menschen gleich mehrere Krankheiten auf einmal zu ertragen haben. Wissenschaftliches Stichwort: komorbid = wenn eine Krankheit zur anderen kommt. Und hier muss man bei Trauerfällen vor allem auf depressive Störungen achten, die dann in jedem 4. Fall mit einer zusätzlichen Trauerreaktion belasten können. Ähnliches gilt für jene seelisch Kranke, die unter einer bipolaren, d. h. depressiv-manischen Störung leiden. Auch Angststörungen können verwundbarer reagieren. Dort trifft es dann mehr als jeden Zehnten.

Selbstverständlich beeinträchtigt dies auch eine Vielzahl weiterer psychischer Erkrankungen und sogar körperlicher Leiden. Hier herrscht aber noch entsprechender Forschungsbedarf.

Schon heute deutlich ist jedoch die Erkenntnis, dass Patienten mit Schlafstörungen, Krebserkrankungen und kardiovaskulären (Herz-Kreislauf-)Krankheiten verstärkt mit entsprechenden Beeinträchtigungen rechnen müssen. Das geht von den erwähnten Störungen bis hin zu Suizidgedanken, wenn nicht gar konkreten Suizidvorbereitungen.

Wie lassen sich anhaltende Trauerstörungen von anderen seelischen Krankheiten unterscheiden?

Das so genannte differential-diagnostische Problem kam schon zur Sprache: Ist es das eine oder andere oder beides zusammen? Das kann sehr schwierig werden und bedarf im besonders komplexen Fall einer fachärztlichen Abklärung, Differentialdiagnostik genannt. Wie bereits erwähnt sind dabei vor allem bestimmte seelische Störungen beteiligt. Dazu einige Beispiele aus dem Fortbildungsbeitrag der Expertinnen J. Treml und A. Kersting in der Fachzeitschrift *Nervenarzt* 9/2018 sowie der Weiterbildungs-Broschüre im *Hogrefe-Verlag* 2004 von H. Znoj:

- **Depressionen**

Einzelheiten zum vielschichtigen, folgenschweren und vor allem wachsenden Problem der krankhaften Schwermut, heute *affektive Störungen* genannt, siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie. Dort auch das mitunter verwirrend vielfältige Leidenbild auf seelischer, psychosomatisch interpretierbarer, psychosozialer und sogar körperlicher Ebene.

Wenn man diese Befunde mit den Diagnose-Kriterien der anhaltenden Trauerstörung vergleicht, wie sie einleitend aufgeführt wurden, gleichgültig ob ICD-11 oder DSM-5[®], dann merkt man: Hier kann es schwierig werden, konkrete Entscheidungen zu treffen. Denn beide Störungen können sowohl komorbid (d. h. wenn ein Leidenbild zum anderen kommt) als auch unabhängig voneinander auftreten und damit diagnostiziert werden.

Bei der (anhaltenden) Trauerreaktion steht als Auslöser der entsprechende Verlust im Vordergrund, meist eine nahestehende Person. Das klärt schon einiges. Bei der Depression muss kein spezifischer Auslöser vorhanden sein. Es gibt aber auch Situationen, in denen eine Belastung jeglicher Art (von der Dimension des Trauerfalls ganz zu schweigen) eine solche affektive Störung „im Wartestand“ regelrecht „ausklinken“ kann. Außerdem sind viele depressive Störungen - vor allem unbehandelt - mit einem hohen Rückfall-Risiko behaftet, so dass man schon auf dieser diagnostischen Ebene einige differential-diagnostische Erkenntnisse hat.

Im Weiteren unterscheiden sich aber die so genannten Leit-Symptome beider Störungen nicht unerheblich. Bei der anhaltenden Trauerreaktion sind vor allem die Sehnsucht und das Verlangen nach dem Verstorbenen oder dem sonstigen Verlust so genannte Kern-Symptome. Depressionen dagegen müssen durch keine konkrete Ursache ausgelöst werden. Und im Beschwerdebild dominieren besonders (grundlose) Niedergeschlagenheit, Interessen-Verlust, Antriebslosigkeit u. a. Auch die für das affektive Leiden typischen Gefühle von Wertlosigkeit, wenn nicht gar Scham sowie damit geringem Selbstwertgefühl sind für Trauerreaktionen eher untypisch (wenn auch nicht völlig undenkbar).

Ein weiteres und wohl in den meisten Fällen entscheidendes Differenzierungsmerkmal aber ist das Zeit-Kriterium. Eine depressive Störung kann diagnostiziert werden, wenn die entsprechenden Beschwerden seit mindestens 2 Wochen zermürben. Eine anhaltende(!) Trauerreaktion kann ja - wie erwähnt - frühestens nach 6 Monaten (ICD-11) bzw. 12 Monaten (DSM-5[®]) nach dem Verlust diagnostiziert werden.

- **Posttraumatische Belastungsstörung**

Im Gegensatz zur Depression hat die im Weiteren differential-diagnostisch diskutierte *posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)* vor allem eines mit der Trauerreaktion gemeinsam: ein entscheidendes, einschneidendes, folgenreicheres, auf jeden Fall erheblich beeinträchtigendes Lebens-Ereignis. Auch hier siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie, nicht zuletzt was das Beschwerdebild anbelangt (im Übrigen durch die derzeitigen weltpolitischen Krisenherde gehäuft und damit auch wissenschaftlich verstärkt beforscht).

Wenn man die anhaltende Trauerstörung auf die schmerzlichen Erinnerungen an eine verstorbene Person reduziert, dann ist es natürlich leichter, zur richtigen Schlussfolgerung zu kommen. Bei den posttraumatischen Belastungsstörungen kann aber ebenfalls ein persönlicher Verlust bedeutsam sein, wenn auch andere (z. B. Flucht- oder Vertreibungs-)Faktoren eine zusätzliche Rolle spielen, einschließlich totaler Hilflosigkeit, was die Zukunft betrifft. Gleichwohl gibt es in der Mehrzahl der Fälle keine größeren differential-diagnostischen Schwierigkeiten, wobei bei der PTBS vor allem so genannte Intrusionen (ungewollt einschließende Erinnerungen) und Ängste in Bezug auf das erlebte oder auch „nur“ beobachtete Trauma zu ertragen sind, was aber seit mindestens 4 Wochen quälen muss.

Interessant deshalb das Phänomen „Vermeidungsverhalten“ in beiden Belastungs-Fällen: Bei der PTBS versucht man die Erinnerungen dauerhaft zu vermeiden, die im Zusammenhang mit der traumatischen Erfahrung stehen. Bei der anhaltenden Trauerstörung werden ebenfalls die Erinnerungen an den Verlust vermieden, was natürlich die Akzeptanz des Problems erschwert; gleichwohl beschäftigt sich der Betroffene mitunter übermäßig mit dem Verstorbenen, vor allem sehnsuchtsvoll.

- **Angststörungen**

Auch *Angststörungen* können differentialdiagnostische Probleme aufwerfen. Denn Angst-Symptome kommen auch in der Trauer häufig vor und gehen auch nicht rasch zurück. Ja, selbst Panikattacken sind keine Seltenheit. Dies kann sogar zu einer Agoraphobie führen, d. h. Furcht vor freien Plätzen u. ä.

Andererseits gibt es doch hinreichend konkrete Symptome-Schwerpunkte, die eine Trauerreaktion von einer beispielsweise Generalisierten Angststörung (in der Regel schon länger belastend) mit oder ohne Panikattacken unterscheiden lässt. Ganz zu schweigen von phobischen Ängsten, wobei natürlich ein trauerbedingter Rückzug im bisherigen Umfeld mitunter wie eine Sozialphobie aussehen kann. Erleichternd für die zutreffende Diagnose deshalb die Vorgeschichte: verlust-bedingter Rückzug auf der einen und in der Regel langfristige, vor allem unbegründete „Menschen-Angst“ auf der anderen Seite.

Risiko- und Schutzfaktoren

Natürlich kann jeder Verlust einer nahestehenden Person entsprechende Folgen haben, einschließlich einer anhaltenden Trauerstörung. Allerdings kann sich auch jeder Risiko-Faktoren vorstellen, die eine solche Belastung begünstigen. Zentraler Punkt ist vor allem die Beziehung zum Verstorbenen. Dabei scheint der Verlust des eigenen Kindes, des Partners oder eines Geschwister-teils ein höheres Belastungs-Risiko auszulösen als bei einem Eltern- oder Großeltern-Teil.

Und natürlich geht es um die Frage: Natürlicher oder unnatürlicher Tod, sprich nach einem Suizid oder anderen plötzlichen oder gewaltsamen Umständen (z. B. Unfall, Totschlag, Mord). Oder kurz:

Je unvorbereiteter, desto größer der Einfluss auf den Trauer-Verlauf und die Gefahr einer anhaltenden Trauerstörung.

Als weitere Risiko-Faktoren gelten - wie erwähnt - seelische Vorerkrankungen, vor allem Traumatisierungen, unsicherer Bindungsstil, geringes Selbstwertgefühl, eine besondere gemütsmäßige Abhängigkeit vom Verstorbenen, ein zuvor erlebter (anderer) Verlust und negative Kognitionen (sprich entsprechende Erwartungen, Bewertungen, Verhaltensmuster usf.).

Außerdem gelten als zusätzliche Risikofaktoren höheres Lebensalter, geringeres Einkommen, mehrfacher Verlust auf verschiedenen Ebenen (personell, wirtschaftlich etc.) sowie Alkohol- und Medikamenten-Missbrauch und Rauschdrogen-Konsum.

Und wie steht es umgekehrt um die so genannten Resilienz-Faktoren, wie das Ausmaß der persönlichen Widerstandskraft heute genannt wird? Zur seelischen und psychosozialen Stabilisierung tragen vor allem ein hohes Selbstwertgefühl und eine ausgeprägte Kontrolle über alltägliche Aktivitäten bei. Darüber hinaus gelten als so genannte protektive (schützende) Faktoren: Optimismus, Unterstützung durch Angehörige und Freunde bzw. durch das auch weitere soziale Umfeld sowie Wille und Fähigkeit Hilfe zu suchen und anzunehmen und damit aktive Bewältigungs-Bemühungen.

Wissenschaftliche Mess-Instrumente zur anhaltenden Trauerstörung

Die wichtigsten Bestandteile zur rechtzeitigen und zutreffenden Diagnose einer anhaltenden Trauerstörung sind natürlich fachliches Wissen, ausreichende Zeit zur Diagnosestellung, ein guter Informationsstand zur Vorgeschichte von Patient, Umfeld-Bedingungen und aktuellen Aspekten sowie entsprechende Empathie (Einfühlungsvermögen) seitens des Diagnostikers, d. h. Hausarzt, Psychologe, Psychiater, Nervenarzt u. a. Soweit die allgemeine Lehrbuch-Erkenntnis.

Es gibt aber zur wissenschaftlichen Befund-Erhebung auch verschiedene Mess-Instrumente. Dazu eine kurze Übersicht in Fachbegriffen:

Ein häufig eingesetztes Instrument zur Selbstauskunft ist das Inventory of Complicated Grief (ICG), das schon fast ein Vierteljahrhundert verfügbar ist und international Anwendung findet, auch in deutschsprachiger Form. Inzwischen gibt es auch eine Kurzform, die sich nach den neuesten Klassifikations-Vorschlägen richtet. Jüngerem Datums ist die auf der Grundlage des obigen ICG entwickelten Traumatic Grief Inventory Self-Report Version (TGI-SR). Vielversprechend ist auch ein Interview-Verfahren namens Structured Clinical Interview for Complicated Grief (SCI-CG), das vor allem Diagnose-Kriterien abfragt. Weitere Diagnose-Instrumente sind zu erwarten.

Therapeutische Möglichkeiten

In der Behandlung der anhaltenden Trauerstörung gibt es – wie bei den meisten anderen seelischen Leiden – vor allem die Möglichkeit psychotherapeutischer und pharmakologischer Interventionen. Im Einzelnen:

- **Psychotherapeutische Behandlungsvorschläge**

Nicht jeder Betroffene will eine Behandlung. Das ist seine eigene Entscheidung. Auch braucht nicht jeder Trauernde eine spezifische therapeutische Intervention, wohl aber Verständnis, Zuwendung, Unterstützung in einzelnen Fragen des Alltags, was sich von selber versteht (aber leider nicht immer gegeben sein dürfte).

Werden die Kriterien einer anhaltenden Trauerreaktion aus fachlicher Sicht nicht erfüllt, drängt sich in der Regel auch keine entsprechende Hilfe auf. Wird dennoch ein entsprechender Wunsch geäußert, empfiehlt sich vor allem eine so genannte Psychoedukation zum Trauerprozess. Unter einer Psychoedukation versteht man eine verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Schulung des Betroffenen im aktiven Umgang mit seinem seelischen und/oder körperlichen Leiden.

Tatsächlich erleben es nicht wenige als hilfreich, in einem Gespräch die Beziehung zum Verstorbenen gemeinsam zu reflektieren. Dafür eignen sich auch

Selbsthilfegruppen ähnlich Betroffener. Darüber hinausgehende Interventionen sind meist nicht zwingend. Es gibt sogar Hinweise darauf, dass sie einen „normalen Trauerverlauf“ negativ beeinflussen können.

Wird hingegen eine anhaltende Trauerreaktion diagnostiziert, so empfiehlt sich sehr wohl eine spezifische psychotherapeutische Maßnahme. Wissenschaftlich haben sich dabei vor allem so genannte *kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze* bewährt. Dabei gilt es besonders auf die Entstehung und Aufrechterhaltung des Leidens zu achten, nämlich (in Fachbegriffen) 1. die ungenügende Integration des Verlustes in das autobiografische Wissen, 2. negative Annahmen über die Welt, sich selbst, die Zukunft und über die eigene Trauerreaktion und 3. die Anwendung von Vermeidungsstrategien.

Dem dienen in der Psychotherapie vor allem so genannte kognitive Umstrukturierungen negativer Annahmen und Fehl-Interpretationen; ferner Expositionstechniken, um möglichen Vermeidungs-Strategien entgegen zu wirken (beispielsweise Orte, Erinnerungen etc.). Außerdem sollen neue Lebensziele diskutiert und konkretisiert sowie wichtige Aktivitäten aus dem täglichen Umfeld geplant und möglichst realisiert werden. Häufig eingesetzt wird dabei die trauer-spezifische integrative kognitive Verhaltenstherapie, die auch Elemente aus der Gestalttherapie, der systemischen Familientherapie und dem Psychodrama enthält.

Neben den klassischen Behandlungsformen von Patient zu Therapeut werden auch immer häufiger internet-basierte Interventionsprogramme entwickelt, beispielsweise mit spezifischen Schreibaufgaben, was sich als durchaus wirksam erwiesen hat.

- **Pharmakologische Intervention**

Zur medikamentösen Behandlung der anhaltenden Trauerreaktion liegen bisher nur relativ wenige Erkenntnisse vor, und wenn, dann mit unterschiedlichem Erfolg. Inzwischen aber ist man auch der Meinung, dass zu gegebenem Anlass so genannte selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSR), also spezielle antidepressive Medikamente, einen positiven Einfluss auf das Trauer-Geschehen haben können. Interessanterweise fiel dabei auf, dass Patienten mit antidepressiver Medikation seltener die parallel laufende psychotherapeutische Behandlung abbrechen als solche ohne zusätzliche Medikamente. Eine nicht zu unterschätzende Hilfe ist allerdings die medikamentöse Verhinderung eines zusätzlich drohenden depressiven Beschwerdebildes.

Anhang: Trauer-Modelle aus historischer Sicht

Trauer ist – wie mehrfach erwähnt – so alt wie die Menschheit und ein universelles Phänomen. Deshalb ist es auch seit Menschengedenken ein ständiges

Thema, schmerzlich, unvermeidbar, in Bezug auf die Möglichkeiten und Grenzen einer erfolgreichen Bewältigung aber auch zeitlos.

Das führte nach und nach zu vermehrtem wissenschaftlichem Interesse und konkreten Erkenntnissen und damit Modellen der pathologischen Trauer. Die bekanntesten sind die Phasen-, dualen, bindungs-basierten und kognitiv-behavioralen Trauer-Modelle, wie sie nachfolgend auf der Grundlage der informativen Fachbeiträge von H. Znoj (2004) sowie J. Tremel und A. Kersting (2017) skizziert werden sollen:

Wichtig zu wissen: Es beginnt nicht erst mit der Antike, obgleich uns von dort die ersten schriftlichen Informationen erreicht haben, hat also uralte Wurzeln, wird aber wohl erst seit etwa 100 Jahren wissenschaftlich konkret diskutiert und beforscht. Einer der wichtigsten Repräsentanten ist dabei der „Vater der Psychoanalyse“ Sigmund Freud. Er setzte sich 1917 als einer der Ersten aus psychologischer Sicht mit dem Trauerprozess auseinander (und interpretierte die Melancholie als pathologische Variante der normalen Trauer). Ein Pionier der empirischen Trauerforschung war auch Erich Lindemann, der 1944 eine erste Studie zur Trauersymptomatik vorlegte. Dabei beschrieb er neben der normalen die verzögerte Trauerreaktion als hinausgeschobene Trauer, die erst lange nach dem Verlust der geliebten Person durchlebt wird. Ferner die verzerrte Reaktion als Trauer, die z. B. von körperlichen Symptomen, zwischenmenschlichen Problemen, sozialem Rückzug oder Depressionen begleitet ist.

Großen Anklang haben die so genannten *Trauerphasen-Modelle* gefunden. Das beginnt mit der erwähnten Schrift „Trauer und Melancholie“ von Sigmund Freud (1917): Wie überall geht es um die Aufgabe, sich von der verstorbenen Person zu lösen (in der psychoanalytischen Terminologie „Objekt“ genannt). Die damit verbundenen Gefühle und Erinnerungen verhindern, dass sich neue Verbindungen entwickeln können. Deshalb muss sich der Betreffende unter bisweilen erheblichen Aufwand von Zeit und Energie zu lösen versuchen, und zwar in einer meist vier-teiligen Trauerarbeit: Realisierung, dass das „geliebte Objekt“ nicht mehr existiert, Abziehen aller emotionaler Verknüpfungen und Erinnerungen, Lösung der innerseelischen Verbindung vom Objekt und schließlich Wiederaufnahme und Zuwendung zu neuen Verbindungen.

Neuere Phasen-Modelle lehnten sich dann vor allem an die bekannte Psychotherapeutin und Autorin E. Kübler-Ross (1969, 2014) an mit den ähnlichen fünf Phasen: Nicht-wahrhaben-Wollen, Zorn und Ärger, Verhandeln, Depression und Zustimmung.

Bekannt wurden auch die Trauerphasen nach der Psychologin Verena Kast (1983) mit ihrem Vier-Phasen-Modell: Zum einen das Nicht-wahrhaben-Wollen (Schockzustand, charakterisiert durch Empfindungslosigkeit über einige Stunden bis maximal eine Woche). Gefolgt von aufbrechenden Emotionen (Trauer, Verlustschmerz, Einsamkeit, Sehnsucht, Angst, Wut, Erleichterung, Schuldgefühle) und dann Suche (des Verstorbenen in Erinnerungen, Träumen, an

gemeinsamen Orten etc.). Schließlich Finden (mit inneren Dialogen) und zuletzt Trennung vom Verstorbenen wie er einmal war (über Wochen, Monate bis Jahre). Zum Schluss der neue Selbst- und Weltbezug, d. h. Umwandlung des Verstorbenen zur inneren Figur, Akzeptanz des Verlustes, neue Sinn-Erfahrung und damit die Möglichkeit, auch neue Beziehungen einzugehen.

Bleibt nun allerdings eine trauernde Person in einer der ersten drei Phasen stecken, so kann sich eine pathologische Trauerreaktion entwickeln, ggf. mit komorbiden (zusätzlichen) psychischen Störungen, am häufigsten Depressionen.

Alle Phasen-Modelle haben (vor allem zu ihrer Zeit) eine breite Akzeptanz gefunden, da um Allgemein-Verständlichkeit und nachvollziehbare Alltags-Relevanz bemüht. Natürlich gab es auch Kritik. Beispiele: Die individuellen Aspekte seien nicht genügend berücksichtigt, die einzelnen Phasen nicht immer klar voneinander abgetrennt oder chronologisch aufeinander aufbauend etc.

Das mag seine (speziell wissenschaftlich orientierte) Berechtigung haben, doch ging es den Autorinnen vor allem um ein erleichtertes Verständnis des Trauerprozesses, weniger um einen chronologisch linearen und wissenschaftlich verifizierbaren Verlauf. Oder kurz: Nicht jeder Trauernde durchläuft jede Phase und wenn ja, dann nicht unbedingt in der vorgegebenen Reihenfolge.

In einem so genannten *dualen Prozess-Modell* (M. S. Stroebe et al. 1999, 2007, 2008) geht es weniger um die Verarbeitung der Trauer und die Loslösung vom Verstorbenen, mehr um die Bewältigung der neuen und letztlich unwiderruflich veränderten Lebenssituation des Hinterbliebenen. Oder kurz: Die verlust-orientierte Bewältigung, z. B. Trauerarbeit, Loslösung emotionaler Bindungen zum Verstorbenen bzw. die Bewältigung des Verlustes durch neue Beziehungen und Aktivitäten. Dabei vermeidet man die Festlegung auf bestimmte Phasen und denkt eher an ein Hin und Her zwischen beiden Prozessen. Wobei zu Beginn wohl am ehesten die verlust-orientierte Bewältigung im Vordergrund steht, später mehr die Wiederherstellung neuer Beziehungen. Auf jeden Fall geht es sowohl um die Integration des Verlustes als auch um die Orientierung auf neue Lebensziele. Gelingt dieses Oszillieren zwischen beiden Prozessen nicht, wird die Trauer-Bewältigung kompliziert oder mündet gar in eine krankhafte Trauerreaktion.

In dem so genannten *bindungs-basierten Modell* (K. Shear und H. Shair, 2005) geht es – in Anlehnung an die Erkenntnisse der Mutter-Kind-Bindung – um eine sehr spezielle psychodynamische Belastung mit vor allem vier Konsequenzen, die akute Trauer erklären können: Das anhaltende Gefühl, dass der Verstorbene noch anwesend ist; dem Verlust-Stress mit entsprechendem Nähe-Suchen und damit Gedanken und Erinnerungen an die verstorbene Person, schließlich eine eingeschränkten Regulations-Fähigkeit von Emotionen (Gefühlen), Aufmerksamkeit und ggf. physiologischen (organischen) Abläufen mit entsprechender Behinderungs-Gefahr und zuletzt dem starken Verlangen nach entsprechender Bindung.

Mehr alltags-bezogen ist das so genannte *kognitiv-behaviorale Modell* (P. A. Boelen et al. 2006, 2010). Bei dem Versuch, die Entstehung pathologischer Trauer zu erklären, werden drei Prozesse beschrieben: ungenügende Integration des Verlustes in das autobiografische Wissen mit Sehnsucht, Nähe-Suchen, Intrusionen (sich ungewollt aufdrängende Erinnerungen) oder gar dem Gefühl, der Verstorbene sei noch anwesend. Bei den an zweiter Stelle stehenden negativen Annahmen über die Welt, sich selbst, die Zukunft und die eigenen Trauerreaktion drohen vor allem Symptome krankhafter Trauer und erhöhen die Wahrscheinlichkeit ungünstiger Bewältigungs-Strategien. Dazu zählen ängstliche Vermeidung (z. B. von Erinnerungen oder so tun, als wäre der Verstorbene noch am Leben) und schließlich Depressionen mit sozialem Rückzug, Inaktivität etc., was einen Teufelskreis einleiten kann.

Literatur

Inzwischen umfangreiches wissenschaftliches Angebot an Fachliteratur, ergänzt durch eine wachsende Zahl allgemeinverständlicher Artikel, Bücher und digitaler Angebote.

Grundlage dieser Ausführungen sind die beiden Fachartikel

J. Treml, A. Kersting: Anhaltende Trauerstörung. Der Nervenarzt 9(2018)1069

J. Treml, A. Kersting: Anhaltende komplexe Trauerstörung – ein Überblick. PDP 16 (2017) 194

sowie die Weiterbildungsbroschüre

Znoj, H.: Komplizierte Trauer. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2004

Weiterführende Literatur (Auswahl):

APA: Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-5®. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2015

Beutel, M. E.: Der frühe Verlust eines Kindes. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2002

Canacakis, J.: Ich begleite Dich durch Deine Trauer. Kreuz-Verlag, Stuttgart 1990

Grabe, K.: Psychologische Therapie. Hogrefe-Verlag, Göttingen 1998

Maercker, A. (Hrsg.): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Springer-Verlag, Berlin 1997

Nijs, M.: Trauern hat seine Zeit. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2003

Plaschy, A.: Sinnvolle Neuorientierung und persönliches Wachstum nach dem Verlust eines Kindes. Universität Bern, 1999

WHO: Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2015

Wolf, D.: Einen geliebten Menschen verlieren. PAL-Verlag, Mannheim 2001

Worden, J. W.: Beratung und Therapie in Trauerfällen. Huber-Verlag, Bern 1986