

Trauer

Hans Jörg Znoj

Übersicht

Einleitung	0	Langfristige Anpassung	0
Emotionale Auswirkungen eines Verlustes	0	Komplizierte Trauerreaktion	0
Modelle der Trauer	0	Stand der Forschung	0
Risikofaktoren	0	Therapeutisches Vorgehen	0
		Ausblick	0

Einleitung

Tod und Verlust sind Themen, die mit vielen Unsicherheiten oder gar Ängsten verbunden sind. Ein Verlust im persönlichen Umfeld löst komplexe individuelle und soziale Reaktionen aus. Wenn in der Folge von Verlusten die Rede ist, so sind damit auch Trennungen gemeint; der endgültige, unwiderrufliche Verlust durch einen Todesfall trägt aber die Botschaft in sich, dass auch das eigene Leben endlich ist und wirft somit existenzielle Fragen auf.

Trauer hat – in allen Kulturen – auch immer eine gesellschaftliche Komponente, welche in sozialen Ritualen ihren Ausdruck findet. Oft genügen diese Rituale nicht oder werden gar als entfremdend empfunden. Gerade in einer Zeit des kulturellen Wertewandels kann sich der Trauernde nicht immer in den überlieferten Angeboten finden und sich von der Gemeinschaft getragen wissen. Hier kann es die Aufgabe von fachlichen Personen sein, mit dem Trauernden gemeinsam eine Haltung gegenüber dem Verlust zu finden, welche auch den individuellen Bedürfnissen und Werthaltungen entspricht.

Trauer bedeutet für viele Umstehende immer etwas anderes. Für nahestehende Personen kann es persönlich sehr schwer sein, den Bedürfnissen der Öffentlichkeit nach einer großen Abschiedsfeier im Falle des Todes einer wichtigen Persönlichkeit nachzukommen.

Je nach persönlicher Beziehung zur verstorbenen Person gehören andere Formen des Abschiednehmens zur „gesellschaftlichen Pflicht“, welche in teils expliziten meist aber in impliziten Regeln festgehalten sind. Auf der individuellen Ebene stehen diesen Regeln unterschiedliche Tiefen der Betroffenheit gegenüber. Eine solche Regel stellt das emotionale Verhalten der Trauernden dar. Die „gefühlten“ Emotionen stehen aber oft in Konflikt mit diesen Anforderungen. Während für unmittelbar Betroffene unter Umständen die geplante Zukunft verloren geht und sich ein Gefühl des „inneren Zerbrochenseins“ und eine emotionale Taubheit einstellt, so kann dasselbe Ereignis für entfernte Verwandte lediglich bedeuten, sich nochmals an die Person zu erinnern und vergangenen Episoden wehmütig nachzutauern.

Emotionale Auswirkungen eines Verlustes

Der Verlust einer nahen Person ist schmerzhaft und damit stark mit negativen Gefühlen wie Angst verbunden. Die Verarbeitung dieses Schmerzes dauert länger als vielfach angenommen.

Als Bedrohung zentraler Lebensziele bedeutet der Verlust Gefahr und wird als lebensbedrohliches Ereignis interpretiert. Damit wird nachvollziehbar, dass sich die Symptome einer starken Trauer der Symptomatik

eines psychischen Traumas annähern und dies unabhängig davon, ob sich der Verlust plötzlich und unvorhersehbar ereignete oder ob eine Vorbereitung möglich war. Dies entspricht auch den Befunden der Forschung, welche kaum Hinweise dafür gefunden hat, dass die Umstände der Todesursache die Trauer nachhaltig beeinflussen [1]. Die Interpretation eines Verlustereignisses als Bedrohung bedeutet, dass die ersten Gefühlsregungen möglicherweise nicht als Traurigkeit wahrgenommen werden, sondern als Angst und Wut. Gefühle können manchmal auch gar nicht mehr wahrgenommen werden. Dies erhöht die Gefahr einer Chronifizierung und kann mit einem sozialen Verstärkerverlust einhergehen.

Auch im Fall eines starken Angsterlebens droht die Gefahr einer Chronifizierung, vor allem, wenn die betroffene Person versucht, der Quelle der starken Angstgefühle durch aktive Vermeidung auszuweichen. Es ist bekannt, dass Panikattacken nach Verlusten gehäuft auftreten. Unerwartet auftretende Panikattacken können leicht zu Angststörungen führen. Neben der Angst als Folge des Verlustes kann es auch zu weiteren emotionalen Reaktionen auf die Bedrohung wichtiger Lebensziele kommen.

In manchen Fällen wird die durch den Verlust ausgelöste Wut auf die verstorbene Person gerichtet. Das Verlassenwordensein wird dann als böswilliger Akt der verstorbenen Person interpretiert. Solche problematischen Attributionen könnten der Grund dafür sein, dass Suizide oder Homizide besonders schwer verarbeitet werden. Im Gegensatz dazu sind positive Emotionen – gezeigte Freude während der Erinnerung an den verstorbenen Partner – langfristig mit einem verbesserten Wohlbefinden bei Trauernden assoziiert. In der gleichen Arbeit konnte gezeigt werden, dass Ärgerreaktionen in den ersten 6 Monaten erhöhte Trauer 1–2 Jahre später vorhersagte. Die verfügbaren Daten weisen darauf hin, dass Trauer eine starke emotionale Belastung darstellt und der emotionale Ausdruck dieser Belastung eher mit einer verlängerten und intensiveren Trauer zusammenhängt. Vielleicht lernen Trauernde durch die Verlusterfahrung aber auch, besser mit anderen belastenden Emotionen umzugehen.

Auswirkungen von Trauer auf das Umfeld

Die emotionale Belastung einer trauernden Person belastet das soziale Umfeld und kann langfristig das soziale Netz gefährden.

Trauernde stehen in hohem Ausmaß unter emotionalem Druck; gleichzeitig müssen Trauernde wichtige Entscheidungen treffen. Als Folge dieser Überlastung kann es zu sozialem Rückzug kommen. Manchmal werden Hilfe leistende Personen brüskiert oder schlicht nicht wahrgenommen, was von der Umwelt als Rücksichtslosigkeit, Egoismus oder Unhöflichkeit gewertet wird. Familienangehörige, die ebenfalls emotional belastet sind, werden in ihrer Trauer nicht wahrgenommen oder deren Trauer wird nicht ertragen, was zu Problemen in der Partnerschaft oder in der Beziehung zu den Kindern führen kann. Trauernde fühlen oft, dass die Umwelt mit Verstörung und Unverständnis reagiert. In der Berner Untersuchung zum Kindstod berichtete ein Elternpaar über die zurückweisende und beleidigende Behandlung durch medizinisches Personal im Krankenhaus, nachdem diese über ein Jahr mehrmals nach Antworten auf die Frage suchten, woran denn ihr Kind gestorben war. Das Beispiel verdeutlicht die komplexe Art des interaktionellen Zusammenspiels von Trauernden, welche auch Jahre später noch nach Antworten suchen und der Umwelt, die längst wieder zum Alltag übergegangen ist.

Die Gefahr der Isolation ist besonders bei tabuisierten Verlusten wie Tod durch Suizid, Homizid, AIDS/HIV oder Substanzabhängigkeit für die Angehörigen besonders stark. Soziale Isolation ist in sich selbst ein Risikofaktor für eine psychische Erkrankung. Selbsthilfe- und Betroffenengruppen sind eine Möglichkeit, dieser Isolation entgegenzuwirken. Dies ist nicht unproblematisch, weil die lange Bindung an solche Gruppen zu einer Veränderung des Selbstverständnisses führen kann.

Modelle der Trauer

In diesem Abschnitt werden zur Übersicht die wichtigsten Modellvorstellungen der Trauer umrissen.

Bindungsmodell

Vom psychodynamischen Modell der Trauer ausgehend hat Bolwby [2] das verletzte Bindungsbedürfnis in den Vordergrund gestellt. Von Freud [3] wurde in „Trauer und Melancholie“ als zentrale Aufgabe der Trauer die Ablösung der psychischen Energie von der verstorbenen Person postuliert. Nach der psychodynamischen Auffassung besteht die Trauerarbeit aus 3 Phasen:

- das *Realisieren und Akzeptieren* des Verlustes und das Bewältigen der mit dem Verlust verbundenen Umstände,
- das eigentliche *Trauern*, welches mit dem Auflösen der emotionalen Bindung verbunden ist und
- das *Wiederaufnehmen des emotionalen Lebens*, was oft mit der Aufnahme einer neuen, engen Beziehung einhergeht.

Die Bindungstheorie übernimmt im Wesentlichen die psychodynamischen Ansichten, erweitert sie jedoch, indem Trauer universal als Produkt einer biologisch determinierten Bindung betrachtet wird, welche nicht nur für Menschen Gültigkeit hat. Es liegen Befunde vor, welche Trauerverhalten bei Primaten belegen [4]. In Einzelfällen wurde beobachtet, dass Primatenkinder nach dem Verlust ihrer Mutter zuerst emotional und motivational extrem beeinträchtigt wurden und schließlich teilweise verstarben.

Die Auflösung enger Beziehungen übt negative Auswirkungen auf das Befinden aus und der Verlust solcher Bindungen bedeutet auch eine Gefährdung der physischen Gesundheit.

Unterstützung erhält dieses Modell vor allem durch die biologische Komponente.

Biologisches Modell

Trauer kann als eine Reaktion auf einen sozialen Verlust gesehen werden, die mit einem bestimmten Anpassungsverhalten einhergeht. Die Trauerreaktion löst bei vielen sozialen Tieren (wie beim Menschen) biologische Prozesse aus, welche das Überleben gefährden.

Trauerreaktionen beinhalten eine Schwächung des Immunsystems, vermehrte Ausschüttung von Stresshormonen und eine Verringerung der Samenproduktion beim männlichen Tier.

Oft beobachtbar sind Appetitverlust, Schlafstörungen, sozialer Rückzug und sogar absichtliche Selbstverletzungen. Archer [5] argumentiert, dass diese Reaktionen die Kosten für die Fähigkeit sozialer Tiere sind, tiefe Bindungen einzugehen. Die Funktion der Trauer wäre es dieser Auffassung nach, soziale Bindungen auch dann aufrechtzuerhalten, wenn der Bindungspartner über längere Zeit abwesend ist. Trauer wird unter der biologischen Perspektive folgerichtig als Kostenfolge einer höchst adaptiven Eigenschaft gesehen, die es erlaubt, soziale Verbände aufrechtzuerhalten,

wenn der Verband zeitlich und räumlich getrennt wird. Aus diesen Überlegungen lässt sich schließen, dass die Stärke der Trauerreaktion in direkter Beziehung zum Verhältnis zur verstorbenen Person stehen muss.

Es gibt empirische Hinweise dafür, dass nicht sosehr die Art des Todes, sondern die Beziehung zur verstorbenen Person die Trauerreaktion bestimmt.

Biologische Gründe (Erhalt der Nachkommenschaft) spielen dabei eine herausragende Rolle. Aus diesem Grund sind Partnerverluste oder die Verluste eigener Kinder besonders stressinduzierend.

Stress- und Copingmodell

Im Stress- und Copingmodell liegt die Perspektive auf der Belastung und deren Bewältigung (coping). Die Belastung ergibt sich vor allem durch den emotionalen Alarm, der durch die Verletzung erwarteter Wahrnehmungen und tatsächlich eintreffender Informationen bewirkt wird. Dieser „mismatch“ ganzer Wahrnehmungskonfigurationen (Sehen, Fühlen, Hören und entsprechender Repräsentationen im Gedächtnis) ruft in den betroffenen Personen einen als Schmerz erlebten Zustand hervor, welcher das ganze psychische System alarmiert und Handlungen auslöst, die aber ihrerseits nicht in der Lage sind, die zugrunde liegende Problematik zu lösen. Diese Inkongruenz erfordert eine umfassende Neuorganisation des psychischen Geschehens. Dabei geht es nicht nur um die emotionale Anpassung wie sie die klassische Trauerarbeit beschreibt, sondern auch um die Anpassung an veränderte Rollen und weitere Kompetenzanforderungen. Am besten wird dieses Modell im von Stroebe und Schut [6] vorgeschlagenen dualen Prozessmodell der Trauer beschrieben (Abb. 1). Dieses Modell erlaubt nicht nur, unterschiedliche kulturelle Trauerformen gleichwertig zu behandeln, sondern hat den Vorzug, bisher kaum integrierte Befunde zu erklären. Bonanno und Mitarbeiter [7] konnten beispielsweise einen langfristig positiven Zusammenhang zwischen dem verbalen Vermeiden emotionaler Inhalte und der psychischen Gesundheit feststellen. Eine nähere Betrachtung des verbalen Vermeidens der untersuchten Trauernden zeigte, dass nicht sosehr das Vermeiden der entscheidende Faktor für eine positive gesundheitliche Entwicklung darstellte, sondern das Zulassen positiver Gefühle [8].



Abb. 1 Das duale Prozessmodell der Trauerbewältigung nach Stroebe und Schut [6]. In dem Modell wird verdeutlicht, dass Bewältigungsarbeit einerseits darauf gerichtet ist, den Verlust in das eigene Bedeutungssystem zu integrieren, andererseits darauf, sich den neuen Aufgaben zu stellen. Die Pfeile symbolisieren das Oszillieren zwischen diesen Polen.

Trauernde, die in der Erinnerung an den verstorbenen Partner fähig sind, dem Verlust positive Seiten abzugewinnen, verarbeiten den Verlust wesentlich besser und es gelingt ihnen früher, sich auf ein Leben nach dem Verlust einzustellen.

Dies ist ein enorm wichtiges Ergebnis, weil es mit einer Grundannahme des „Durcharbeitens“ der Trauer kontrastiert, welche fordert, dass die vollständige Verarbeitung nur gelingt, wenn der Trennungsschmerz vollständig zugelassen wird. Das Regulieren der eigenen Gefühle wurde bisher zu sehr unter der Perspektive der Abwehr betrachtet. Schon Horowitz [9] betrachtet jedoch das Dosieren – also die Kontrolle über die in der Trauer ausgelösten stressreichen Emotionen – in seinem Stress-Phasenmodell als einen wichtigen Schritt für die Integration eines Verlustes. Gelingt die Regulation des Schmerzes nicht, kann auch der Trauerschmerz zum dauerhaften Problem werden. Das Regulieren von Emotionen ist nicht gleichzusetzen mit dem Unterdrücken von Emotionen. Das Unterdrücken von Gedanken unter kognitiver und emotionaler Belastung kann den zu unterdrückenden Inhalt paradoxerweise noch stärker ins Bewusstsein bringen. Übertragen auf die Trauersituation bedeutet dies, dass Trauernde, die ausschließlich nicht an den Verlust denken wollen, diesen Gedanken und somit auch den entsprechenden Emotionen umso mehr ausgesetzt sind. Das duale Prozessmodell erklärt das Vermeiden funktional für die Integration des Verlustes. Da Trauernde sich zwar emotional und gedanklich mit dem

Verlust auseinandersetzen, sich aber gleichzeitig auch um konkrete Anforderungen aus der Umwelt kümmern müssen, ist die beste Strategie, zwischen Trauerarbeit und Orientierung auf neue Lebensziele abzuwechseln, oder – wie Stroebe und Schut [6] sagen – zwischen den beiden Bereichen zu oszillieren.

Risikofaktoren

Als Risikofaktoren für eine pathologische Entwicklung gelten ein ruminativer Bewältigungsstil, das Erleben von Orientierungslosigkeit und emotionale Dysregulation in der Folge unbewältigter oder vermiedener Gefühle.

Rumination

Unter Rumination wird allgemein eine dauernde und wiederkehrende kognitive Beschäftigung mit denselben Inhalten betrachtet. Typisch sind dabei Äußerungen wie: „Ich fühle mich unfähig, etwas zu unternehmen“ oder „was passiert, wenn ich es nicht schaffe, darüber hinwegzukommen?“ Bei chronischen Belastungsstörungen kommt dieses Verhalten besonders oft vor. Nolen-Hoeksema, Parker und Larsen [10] sehen im ruminativen Verhalten nach Verlust einen wichtigen Prädiktor für Depression. Personen, die einen solchen Stil pflegen, sind depressiver. Trauernde berichten oft davon, sich gedanklich ständig mit der verstorbenen Person zu beschäftigen. Diese Beschäftigung kann zwanghafte Züge annehmen und zu Vermeidungsverhalten führen, wird aber auch dazu benutzt, einen neuen Zugang zu sich selbst und zur verstorbenen Person zu gewinnen. Im Stress-Phasenmodell von Horowitz [9] wechseln sich Phasen der Intrusion mit Phasen der Vermeidung wechselseitig ab. Dieses Oszillieren kann als Modell eines Akkomodationsprozesses gesehen werden:

Die Information des Verlustes bleibt solange aktiv, bis es gelungen ist, den Verlust in das System zu integrieren. Das duale Prozessmodell des Trauerns von Stroebe und Mitarbeitern [11] zeigt diesen Aspekt der Trauerarbeit neben der Aufgabe der Alltagsbewältigung ebenfalls auf. Am ruminativen Verhalten offenbart sich die feine Linie zwischen erfolgreichem Bewältigen der Trauer und dem Scheitern, welches zu einer pathologischen Entwicklung führen kann.

Gerade die exzessive Beschäftigung mit dem Verlust und zu viel „Trauerarbeit“ stellen einen erheblichen Risikofaktor für eine pathologische Entwicklung dar.

Orientierungslosigkeit

Das Gefühl, durch den Verlust den Boden unter den Füßen verloren zu haben, kennen viele Trauernde.

Die durch den Verlust hervorgerufene Orientierungslosigkeit bewegt viele Trauernde, sich der Sinnfrage erneut zu stellen.

Nicht zuletzt daher ist auch der „letzte Dienst“ eine gesuchte Leistung religiöser Gemeinschaften und Kirchen, die auf vorbereitetem Boden ihre Heilsbotschaften verkündigen. James [12] beschreibt religiöse Gefühle, die durch eine existenzielle Krise hervorgerufen werden. Die Suche nach der verstorbenen Person, sucht ihre Fortsetzung und Lösung oft in religiösen Vorstellungen im „Leben nach dem Tode“ und die Wiedervereinigung mit der verstorbenen Person. Diese Vorstellungen können durchaus eine Gefahr bedeuten. Vor allem bei älteren Männern ist nach Partnerverlust eine deutlich erhöhte Suizidalität zu beobachten.

Die Orientierungslosigkeit trauernder Menschen kommt häufig daher, dass bisherige Ziele und geplante Lebensverläufe auf einmal ihre Gültigkeit verlieren. Damit stellt sich für das motivationale System die Aufgabe, sich neu zu orientieren und neue Lebensziele zu finden. Der Bruch in der eigenen Biografie, die der Tod einer nahen Person mit sich bringt, bedeutet für den Trauernden, sich nicht nur mit dem unmittelbaren Problem zu beschäftigen, sondern sich langfristig auf neue Ziele einzustellen.

Das ständige Diskordanzerleben zwischen erwarteten, aber nicht länger möglichen, Wahrnehmungen ruft neben der emotionalen Alarmreaktion manchmal eine hektische Betriebsamkeit hervor.

Emotionale Betäubung und Fehlregulationen

Das in Fallbeispiel 1 beschriebene Verhalten verdeutlicht die Unfähigkeit, auf die emotionale Bedeutung des Verlustes einzugehen. Der emotionale Schock, den es bedeutet, eine Todesnachricht zu bekommen, ist leicht nachvollziehbar. Das Wahrnehmungssystem ist

Fallbeispiel 1

Beispiel aus San Francisco

Eine noch relativ junge Frau, die ihren Mann durch ein Attentat verloren hatte, suchte sich dauernd zu beschäftigen, indem sie ihre kranke Freundin besuchte, ständig unterwegs war, sich zusätzliche soziale Aufgaben auflud, ihren Kindern eine gute Mutter sein wollte und zugleich auch noch gesellschaftlichen Verpflichtungen nachkam. In der Therapie fiel sie vor allem dadurch auf, dass sie kleinste, unwichtige Details exzessiv schilderte, dabei aber den emotionalen Teil des eigenen Betroffenseins vollständig ausließ.

Zum Beispiel beschrieb sie aufwendig und detailliert einen Besuch im Krankenhaus ihrer sterbenskranken Freundin, wie sie da Kissen geschüttelt, Blumen gepflegt und Ordnung gemacht hatte, ohne auch nur im geringsten darzustellen, wie es der Freundin ging oder wie sie sich selbst fühlte. Dieser Zustand hielt trotz zunehmender Erschöpfung relativ lange an; durch die geduldigen Hinweise des Therapeuten gelang es ihr langsam, sich auf sich selbst zu besinnen und allmählich ihr Leben neu zu ordnen.

von der Nachricht überlastet; die Folgen sind Unglauben, das Gefühl, nicht richtig gehört zu haben und Realitätsverlust. In den meisten Fällen ist die Phase kurz und wird durch äußerst intensive Gefühle abgelöst, aber es kann auch vorkommen, dass der emotionale Schock weiter anhält und ein Gefühl der emotionalen Lähmung und der Antriebslosigkeit eintritt. Infolge einer emotionalen Überbelastung kann es zu emotionaler Dysregulation kommen; nach Horowitz und Mitarbeitern [13] wird die emotionale Information blockiert, bleibt aber im aktiven Gedächtnis. Die Unfähigkeit, die Information dosiert zu verarbeiten, kann dieser Auffassung nach zu einer dauerhaften Symptomatik führen, in der sich „emotionale Ausbrüche“ mit Phasen der Vermeidung oder Dissoziation abwechseln. Als Spätfolgen sind Angststörungen, Depressionen oder auch Persönlichkeitsstörungen möglich.

Langfristige Anpassung

Die Forschungsbefunde weisen generell darauf hin, dass eine anfänglich hohe Trauerintensität eine hohe psychische Belastung etliche Jahre nach dem Ereignis erfolgreich voraussagt. Die Verarbeitung des Verlustes geschieht über einen Rekonstruktionsprozess.

Verschiedene empirische Untersuchungen zeigen, dass die normale Trauerreaktion länger dauert als bisher angenommen. Zisook und Schuchter [14] wiesen in ihrer Kohortenuntersuchung nach, dass die meisten

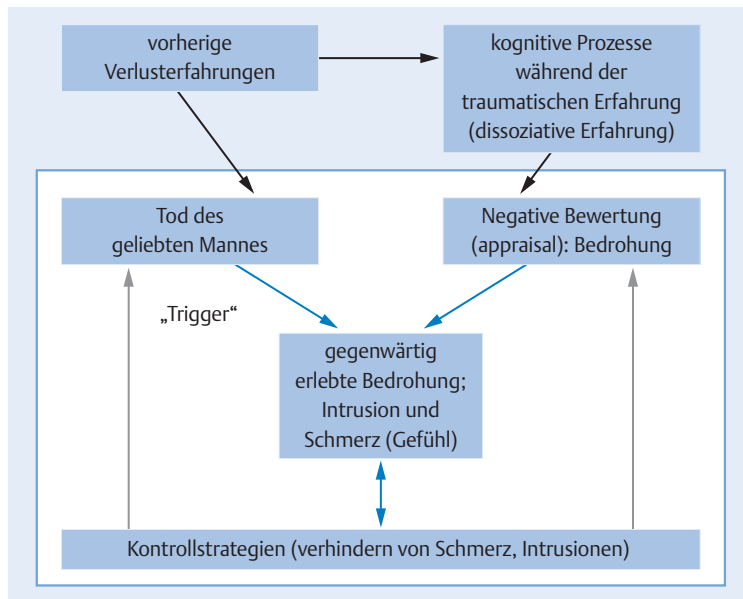


Abb. 2 Das Traumamodell der Trauer (analog einer posttraumatischen Belastungsstörung). ■Bitte Verweis im Text ergänzen■

Menschen mit Partnerverlust auch noch nach Jahren relativ hoch belastet waren. Obwohl nach 4 Jahren keine der untersuchten Personen Schwierigkeiten hatte, den Verlust zu akzeptieren, berichtete jede 6. Person, dass der verstorbene Partner sie gedanklich ständig beschäftige und weniger als ein Drittel der untersuchten Personen berichtete eine der Zeit vor dem Verlust gleichkommende Arbeitsfähigkeit. Unterstrichen wird dieser Befund mit der Aussage, dass 4 Jahre nach Partnerverlust nur 44% der untersuchten Personen sich selbst eine gute Anpassung attestierten. Residuale bleiben oft ein Leben lang bestehen. Carnelley, Wortman, Bolger und Burke [15] untersuchten eine Kohorte von Witwen und Witwern wenige Monate bis über 60 Jahre in einer repräsentativen Stichprobe von über 700 Personen. Selbst über 20 Jahre nach dem Verlustereignis dachten die befragten Personen noch fast wöchentlich an ihren verstorbenen Partner und setzten sich aktiv damit auseinander, indem sie beispielsweise mit ihm sprachen. Dass sie sich immer noch ein wenig aufregten, wenn sie so an ihren Partner dachten, war bis fast 13 Jahre nach dem Ereignis der Fall. In einer Längsschnittstudie zeigen Zisook und Mitarbeiter [16] auf, dass lang andauernde Trauer mit erhöhten depressiven Symptomen einhergeht. In dieser Untersuchung litten auch nach 2 Jahren noch 18% aller untersuchten Personen an einer klinisch relevanten Depression. Es wird daher auch nicht angefochten, dass es Trauerzustände gibt, welche einer therapeutischen Behandlung bedürfen.

Bedeutung und Rekonstruktion

Die Bedeutung des Verlustes ist für die Trauerreaktion entscheidend. In der Trauerarbeit geht es deshalb darum, diese Bedeutung wahrzunehmen und sich neu zu orientieren. Eine solche „Rekonstruktion“ [17] geschieht in der Regel im erweiterten Familien- und Bekanntenkreis, manchmal gelingt sie aber erst unter professioneller Anleitung. Mögliche Hindernisse eines solchen Rekonstruktionsprozesses sind gegenteilige Auffassungen und Wahrnehmungen, Neid und Eifersucht darauf, dass andere auch einen Anspruch an die verstorbene Person haben, Unverständnis anderen Auffassungen gegenüber oder eigenständige Formen des Trauerns. Im Falle des Gelingens ermöglicht der Verlust der trauernden Person den Aufbau eines neuen Bewusstseins. Oft berichten Trauernde, dass sie durch den Verlust soziale Aufgaben vermehrt wahrnehmen können und diese auch als wichtiger im Leben einschätzen als zuvor. Diese Verschiebung der Prioritäten kann für eine Familie oder einen sozialen Verband enorm positive Auswirkungen haben. Auch erzählen Trauernde oft, dass sie trotz des Schmerzes das Gefühl haben, im Leben weitergekommen zu sein, dass sie persönlich gewachsen sind [18]. Dieses Gefühl ist das Produkt eines erfolgreichen Rekonstruktionsprozesses. Neimeyer [17] zeigt die verschiedenen Facetten eines solchen Rekonstruktionsprozesses, wie er auch in einer psychologisch orientierten Beratung oder Therapie erfolgen kann.

Komplizierte Trauerreaktion

Symptomatik und Diagnose

■ Pathologische Entwicklungen

Neben depressiven Symptomen werden in der Trauer Angstzustände beschrieben. Relativ neu ist die Idee, die Trauer selbst als eigenständige Störung zu definieren, wenn bestimmte Kriterien vorliegen, die eine solche Diagnose rechtfertigen.

Es gibt gute Gründe anzunehmen, dass in den revidierten Versionen der heutigen Diagnosesysteme (DSM und ICD) die neue Diagnose „verlängerte Trauerreaktion“ (prolonged grief disorder) aufgenommen wird. Die wichtigsten Kriterien dieser „neuen“ Störung sind heute schon bekannt und werden in den Diagnosevorschlägen von Horowitz und Mitarbeitern [19] oder Jacobs und Prigerson [20] auch mit unterschiedlichen Gewichtungen genannt. Schätzungen zufolge sind in etwa 10–30% aller Trauerfälle Komplizierungen

Tabelle 1

Schematischer Vergleich zwischen einer einfachen und einer komplizierten Trauerreaktion in den Dimensionen Verlauf, Symptomatik, physischer Gesundheit und sozialen Folgen (aus [22]).

	Einfache Trauerreaktion	Komplizierte Trauerreaktion
Verlauf	<ul style="list-style-type: none"> allmähliche Anpassung an die neue Realität vergleichsweise abnehmende Intensität der gefühlten Trauer Anpassung an neue Wirklichkeit ohne die verstorbene Person gelingt 	<ul style="list-style-type: none"> starke, impulsive emotionale Reaktionen wie Wut, Schuldgefühle und Angst manchmal verzögerte Trauerreaktion keine kontinuierliche Abnahme der Trauerintensität die Trauer wird oft nicht als Traurigkeit erlebt Anpassung an neue Wirklichkeit gelingt nicht
Symptomatik	<ul style="list-style-type: none"> Trauerreaktion mit Rückzug und häufigem Weinen Der Ausdruck der Trauerreaktion ist stark von kulturellen Normen geprägt 	<ul style="list-style-type: none"> selbstschädigendes Verhalten, Panikattacken depressive Reaktion exzessive Reizbarkeit anhaltende und häufige Intrusionen Gefühl innerlicher Leere und allgemeiner Sinnlosigkeit
Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> langfristig keine gesundheitlichen Folgen 	<ul style="list-style-type: none"> Schlaf- und Essstörungen erhöhte Anfälligkeit für Infektionserkrankungen
Soziale Folgen	<ul style="list-style-type: none"> kurzfristig Rückzug aus dem gewohnten sozialen Umfeld, langfristig keine negativen Folgen 	<ul style="list-style-type: none"> Vernachlässigung des sozialen Netzes Einbußen im Bereich des beruflichen Funktionierens Vereinsamung

der Trauer zu erwarten [19,21] Die Gründe sind ebenso vielfältig wie die Trauerformen selbst. Oft ergibt sich eine Komplizierung der Trauer durch eine bestehende oder remittierte psychische Störung. Schätzungen zufolge beträgt bei komplizierter Trauer die Komorbidität mit Depression 80% [19], mit generalisierter Angst 80% und mit Panikstörungen 36% [21].

Bei sehr intensiver Trauer können emotionale und somatische Regulationsvorgänge nachhaltig gestört werden.

Dies beeinträchtigt die adaptive Funktion des emotionalen Erlebens; Trauernde verhalten sich deshalb nicht immer situationsadäquat in sozialen Kontexten. Langfristig kann dies zu psychischen und somatischen Störungen führen. Eine Komplizierung der Trauer kann sowohl durch externe als auch personale Umstände erfolgen.

Die Unterscheidung der einfachen von der komplizierten Trauerreaktion lässt sich am besten aus der Tab. 1 [22] entnehmen. Tab. 2 stellt die erwartete Komorbidität nach Simon und Mitarbeitern [23] zusammen. Diese Schätzungen relativieren sich durch die verschiedenen Definitionen für die komplizierte oder verlängerte Trauerreaktion.

Tabelle 2

Die aktuelle Prävalenz und Lebenszeitprävalenz psychiatrischer Komorbidität bei komplizierter Trauerreaktion (nach Simon et al. [23]).

Komorbidie Störung	Aktuell (%)	Lebenszeit (%)
Majore Depression (MDD)	55,3	71,8
Posttraumatische Belastungsstörung (PTB)	48,5	52,9
Panikstörung	13,6	21,8
Agoraphobie ohne Panik	1,0	1,0
Generalisierte Angststörung (GAD)	18,5	N/A
Soziale Phobie	7,8	13,1
Zwangsstörung (OCD)	6,3	6,8
irgendeine Angststörung	62,6	69,4
irgendeine Störung	75,2	84,5
keine komorbide Störung	24,8	15,5

Therapie

Die Therapie der Trauer richtet sich an Personen, die ihre Trauer als unerträglich erleben oder die sich wegen anderer Probleme an einen Psychotherapeuten gewandt haben und während der Behandlung realisieren, dass ihre Probleme zumindest teilweise mit einer bisher unverarbeiteten Trauer zu tun haben.

Trotz guter Diagnostik bleibt die Abgrenzung zur einfachen oder natürlichen Trauerreaktion schwierig. Therapeuten sind zudem gut beraten, ihre eigenen Vorstellungen gegenüber der Trauer zu hinterfragen, bevor sie sich auf eine bestimmte Vorgehensweise einlassen. Oft werden Fälle komplizierter Trauer erst in der Bearbeitung sekundärer Symptome wie depressive Verstimmung, Panikattacken oder allgemeiner Ängstlichkeit deutlich. Die außerordentlich hohe Komorbidität mit anderen Störungen verleitet zudem, die Trauer nicht als zentrales Problem zu behandeln. Wenn der Verlust unter lebensbedrohlichen Umständen erfolgte (Autounfall, Krieg etc.), so ist die Abgrenzung zu einer posttraumatischen Störung (PTB) schwierig. Für das therapeutische Vorgehen ist dies nicht unbedingt kritisch, denn in der Behandlung komplizierter Trauerreaktionen geht es ebenfalls um die Integration unverarbeiteter Wahrnehmungen und mit dem Ereignis verbundener Kognitionen und Gefühlslagen. Wie in der PTB können Schuldgefühle eine zentrale Rolle spielen. Neben konfligierenden Motiven und Gefühlslagen spielt das Vermeidungsverhalten oft eine aufrechterhaltende Funktion in der Verarbeitung eines Verlustes.

Chronisches Vermeiden von mit Verlust verbundenen Gedanken und Situation stellt einen Risikofaktor für das Entstehen einer komplizierten Trauer dar.

In Fällen lange andauernder und komplizierter Trauer sind Interventionen nützlich und effektiv. Spezifische Themen, die bei einer Trauerbegleitung beachtet werden müssen sind die starken, oft widersprüchlichen Gefühle, der Trauerschmerz und die therapeutische Beziehung. Der Verlust wird manchmal als Amputation empfunden und fühlt sich entsprechend an. Der Verlust eines geliebten Menschen macht es auch schwierig für den Trauernden, eine neue, wenn auch nur therapeutische, Beziehung einzugehen. Umgekehrt weckt eine Trauer unter Umständen beim Therapeuten eigene Gefühle oder die Angst vor Tod und

Verlust nimmt in einem Maß zu, dass therapeutisches Handeln nicht mehr möglich ist.

Stand der Forschung

Effekte psychologischer Trauerinterventionen

Bisherige Untersuchungen zur Effektivität psychologischer Interventionen bei Trauer sind zu teilweise ernüchternden Ergebnissen gekommen. Schut und Mitarbeiter [1] stellen einen positiven Zusammenhang von Schwierigkeiten im Trauerprozess mit der Effektivität von therapeutischen Maßnahmen fest.

In einer Metaanalyse von 23 Trauer-Interventionsstudien fand sich nach Fortner und Neimeyer [2, 24] eine durchschnittliche Effektstärke von $d=0,13$, was dem Effekt entspricht, den Kato und Mann [25] in ihrer Metaanalyse, welche ausschließlich randomisierte Studien berücksichtigte, gefunden hatten. In der Studie von Fortner und Neimeyer wuchs die Effektstärke auf $d=0,39$ an, wenn nur die 5 Studien berücksichtigt wurden, in welchen ausschließlich Fälle mit komplizierter Trauer vorkamen. Dieser Befund wird auch in der jüngsten Metaanalyse von Currier, Neimeyer und Berman [26] gestützt. Obwohl auch diese Studie über alle randomisierten Studien nur eine sehr geringe Effektstärke fanden, so sind die Prä-post-Effekte wesentlich höher. Auch hier zeigte sich die Differenzierung in unterschiedliche Zielgruppen als höchst relevant. Werden nur gerade Studien mit indizierter Zielgruppe (Trauernde mit der vorläufigen Diagnose komplizierte oder verlängerte Trauer) ausgewählt, so stieg auch hier die Effektstärke auf über $d=0,50$ an. In einzelnen Untersuchungen werden demgegenüber deutlich höhere Effektstärken berichtet. Als sehr wirksam haben sich Expositionstherapien erwiesen. Besonders in der ungelösten Trauer findet sich Vermeidungsverhalten, insbesondere gegenüber aller Reize, die mit dem Verlust verbunden sind und die die gefürchteten emotionalen Zustände hervorrufen. Als Stimuli dienen persönliche Gegenstände der verstorbenen Personen, Gräber und Gedenkstätten sowie Hausaufgaben in Form von Briefen an die verstorbene Person. Shear, Frank, Houck und Reynolds [27] adaptierten in ihrer randomisierten, kontrollierten Studie dieses Vorgehen für die Behandlung komplizierter Trauer und verglichen dieses spezifische Vorgehen mit einer Vergleichsgruppe, welche interpersonelle Therapie erhielt. In beiden Gruppen wurden wesent-

liche Verbesserungen der Symptomatik mit Effektstärken über $d = 1,0$ für komplizierte Trauer, Angst und Depression erzielt. Die spezifische Intervention mit dem Fokus auf vermiedene Themen schnitt insgesamt leicht besser ab als das unspezifische Vorgehen. Boelen, Keijsers, van den Hout und van den Bout [28] untersuchten in einer randomisierten Studie die Effekte von kognitivem Restrukturieren in Kombination von Exposition in je 6 Sitzungen (in beiden Reihenfolgen) mit einer unterstützenden Kontrollbedingung für Patienten, die an komplizierter Trauer litten. Die 2 kognitiv-behavioralen Bedingungen erwiesen sich als weit effektiver als die reine Unterstützungsbedingung. Ebenfalls sehr hohe Effektstärken werden von Wagner und Mitarbeitern [29] berichtet, welche für die Behandlung von komplizierter Trauer ein internetbasiertes Vorgehen in einer kontrollierten Studie untersuchten. Die Intervention entsprach einer Kombination von Schreiben über emotional belastende Themen und kognitiv-behavioralem Vorgehen. Die berichteten Effekte waren auch noch nach eineinhalb Jahren stabil.

Bei kompliziert Trauernden ist eine Therapie indiziert. Sie ist vergleichbar erfolgreich wie bei anderen psychischen Störungen.

Es besteht jedoch noch ein großer Forschungsbedarf, einerseits hinsichtlich der Diagnostik und andererseits hinsichtlich der differenziellen Indikation. Die hohen Effekte, welche für die internetbasierte Intervention berichtet werden, bestechen, sind aber möglicherweise auf Selektionseffekte – besonders motivierte, gut gebildete Personen – zurückzuführen. Weitere Untersuchungen auf diesem Gebiet werden deshalb unbedingt gefordert.

Therapeutisches Vorgehen

Für die Therapie einer komplizierten oder verlängerten Trauer sind neben der sich präsentierenden Symptomatik vor allem die folgenden Themen wichtig:

Nach Worden [30] gibt es 4 Aufgaben, die Trauernde im Laufe des Genesungsprozesses leisten müssen. Diese Aufgaben sind nicht als klar umgrenzte Phasen zu verstehen, sondern als Bereiche, die immer wieder in den Fokus der Trauer treten.

Akzeptanz. Der Verlust muss als solcher gesehen werden. Oft erlaubt der seelische Schmerz eine solche Sichtweise der Dinge nicht. Eine Patientin hat mir immer wieder beteuert: „Ich traure nicht wegen mir,

Komplizierte Trauer

Zentrale Fragen

- Inwieweit konnte der Verlust als endgültig akzeptiert werden?
- Welche Rolle spielt die verstorbene Person im täglichen Leben? Inwieweit weilt sie noch unter den Lebenden?
- Gibt es Dinge im Zusammenhang mit der verstorbenen Person, über die nicht gesprochen werden darf oder die tabuisiert werden?
- Gibt es zwanghafte Gedanken, die um den Tod kreisen?
- Inwieweit sind Spannungszustände oder ungewollte Gefühlsausbrüche im Zusammenhang mit dem Tod aufgetreten?
- Gab es Gedanken wie „jetzt drehe ich durch“ oder Wut und Zorn gegenüber der verstorbenen Person oder gegenüber anderen, die mit der verstorbenen Person in Kontakt waren? Inwieweit spielen diese Gefühle heute noch eine Rolle?
- Wird das Thema „Tod“ vermieden?
- Kann die Trauer angesprochen werden, ohne dass es zu unkontrollierten Tränen und anderen intensiven emotionalen Reaktionen kommt?

sondern weil mein Mann so früh gestorben ist; ich traure um sein unerfülltes Leben, traure darum, dass er seine Kinder nicht wachsen sieht.“ Eine solche Aussage spricht nicht für die Akzeptanz des Verlustes. Tatsächlich verschiebt sich so der Fokus auf den Partner, der auf diese Weise immer noch „lebendig“ bleibt. Es brauchte viele Sitzungen, bis die Patientin diese Sichtweise aufgeben konnte.

Den Schmerz zulassen. Viele Strategien werden eingesetzt, um den emotionalen Schmerz nicht aufkommen zu lassen. Eine solche Strategie ist wie schon erwähnt eine hektische Betriebsamkeit. Dies kann sogar auf dem Friedhof geschehen: Anstatt sich die Zeit zu nehmen, der Trauer Raum zu geben, wird der Besuch auf dem Friedhof mit Gartenarbeit, Pflege der Anlage oder sonstigen Tätigkeiten ausgefüllt. Kognitive Strategien beinhalten ständiges Grübeln über das „Warum“, sich um irgendwelche Angelegenheiten sorgen oder sich durch exzessives Arbeiten oder Suche nach Stimulation ablenken.

Anpassungen. Viele Dinge müssen neu geordnet werden. Beispielsweise geht es darum, die Kleider und persönlichen Dinge der verstorbenen Person zu entsorgen oder ihnen einen gebührenden Platz zu verschaffen. Das fällt vielen Trauernden extrem schwer. So war eine Patientin beispielsweise über ein Jahr nicht bereit, die Toilettensachen des verstorbenen Gatten aus dem Badezimmer zu schaffen. Alles wartete darauf, von ihrem verstorbenen Partner sofort wieder benutzt zu werden. Weitere Anpassungen betreffen

die Reorganisation der Arbeit und Freizeit, der Aufgaben der Kindererziehung und der gesellschaftlichen Stellung.

Die Beziehung zur verstorbenen Person neu definieren. Es wäre ein Irrtum zu denken, dass die Beziehung nur deshalb aufhört, weil jemand gestorben ist und nie wieder ins Leben zurückkommt. Die Beziehung muss aber neu definiert werden. Viele Trauernde können den Tod nicht als endgültig akzeptieren aus Angst, den geliebten Menschen für immer zu verlieren und zu vergessen. Diese Angst ist unbegründet, verlangt aber, dass die Rollen geklärt werden. Die Klärung der Rollen in der Beziehung zur verstorbenen Person ist deshalb wichtig, weil die gegenseitige Abhängigkeit der Beziehung aufgelöst werden muss. Die Trauernde ist allein mit ihren Gefühlen und muss die verstorbene Person als jemand klar außerhalb der eigenen Identität feststellen können, bevor die Beziehung neu definiert werden kann. Erst dann ist eine Kommunikation wieder möglich. Eines der mächtigsten Werkzeuge der Trauerarbeit ist es, einen Brief an die verstorbene Person schreiben zu lassen.

Rudimentäre Fallkonzeption

Nach der Inkonsistenztheorie von Grawe [31] erzeugen mit Bedürfnissen inkompatible Wahrnehmungen eine erhöhte psychische Aktivität. Durch Verlust eintretende massive Verletzungen solcher Wahrnehmungserwartungen tangieren nicht nur das Bindungsbedürfnis (Intimität), sondern auch das Bedürfnis nach Sicherheit und weitere fundamentale Bedürfnisse wie z. B. Lust, Exploration. Der Partner (oder auch das Kind oder eine andere Bindungsperson) garantiert durch ihre nur teilweise Anwesenheit diese Wahrnehmungserwartung (intermittierendes Lernen). Die Verletzung solcher Wahrnehmungserwartung stellt letztlich eine Verletzung der sogenannten „assumptive world“ dar und entzieht der betroffenen Person existenzielle Sicherheit. Ein Verlust stellt also eine sehr starke Inkonsistenzquelle dar.

Eine Frage, die sich in diesem Zusammenhang stellt ist die Frage, weshalb ein Verlust nicht viel öfter zu einer chronischen Stressreaktion führt. Die Antwort ist vielleicht banal: Wir sind als Spezies darauf eingerichtet, einen Verlust einer Bindungsperson relativ gut zu überstehen, weil solche Verluste letztlich normativ sind, d. h. zum Leben gehören. Wir sind sogar eingerichtet, auf diesen spezifischen Stressor mit einer spezifischen Reaktion zu antworten: mit Trauer.

Intervention

Wesentliche Elemente

- Das Aushalten des Trauerschmerzes; Das Lernen, mit diesen „rohen“ Gefühlen umzugehen und den Schmerz zu dosieren, damit er allmählich in ein Gefühl der Traurigkeit und des Verlustes übergehen kann. Damit diese Arbeit geschehen kann, muss der Verlust als Verlust akzeptiert werden.
- Wiederherstellung: „das Leben geht weiter“... In welcher Weise sind Lebensziele durch den Verlust bedroht? Was „braucht es?“, damit das Leben weitergehen kann? Welche Aufgaben stehen an (z. B. Kinder, Beruf, Selbstfürsorge etc.)? Welche Erinnerungen möchte ich behalten?

In Fallbeispiel 2 scheint diese Trauer aber zu einem eigentlichen Problem geworden zu sein, insofern, als Frau O. nicht von der Trauer loslassen kann. Es handelt sich um einen Fall einer verlängerten Trauer, obwohl das Verlustereignis objektiv betrachtet zu Beginn der Therapie noch nicht sehr lange zurückliegt. Die depressive Problematik ist zu Beginn der Therapie nicht ausgeprägt, aber die Vernachlässigung der eigenen Bedürfnisse ist ein Prädiktor für eine möglicherweise pathologische Entwicklung.

Therapieplanung

Aus der rudimentären Fallkonzeption zu Fallbeispiel 2 entnehmen wir, dass Frau O. den Tod ihres geliebten Mannes nicht akzeptiert und es bisher noch nicht geschafft hat, eine neue Beziehung zu ihm aufzubauen. Andererseits scheint sie mit einem Teil der neuen Aufgaben klarzukommen: Sie ist den Kindern eine sehr gute Mutter, die Kinder wirken offen und freundlich und auch nicht traumatisiert, wenn von ihrem Vater die Rede ist. Frau O. erfüllt ihre beruflichen Verpflichtungen und es gelingt ihr sogar, ihr soziales Leben mit wenigen Einschränkungen aufrechtzuerhalten. Neben ihrem jugendlichen Aussehen und ihrer guten Schulbildung sind das die Ressourcen, die in der Therapie genutzt werden können.

Als Probleme stellen sich ihr die Vermeidung der Akzeptanz des Verlustes und insbesondere das Vermeiden des Trauerschmerzes dar. Weitere Probleme ergeben sich durch das Vermeiden der Reorganisation des Haushaltes, besonders der persönlichen Alltagsgegenstände des verstorbenen Mannes.

Fallbeispiel 2

Zuerst wollte Frau O. eine Therapie für ihre beiden Söhne (13 und 6 Jahre alt), um die sie sich Sorgen machte, weil der Vater und ihr Mann vor über einem Jahr bei einem nicht selbst verschuldeten Unfall sein Leben verlor. Sie und ihr Mann kamen aus Kroatien; wirtschaftliche Überlegungen und vermutlich auch die Kriegswirren hatten sie zuerst nach Deutschland, dann in die Schweiz verschlagen. Sie hielt sich tapfer, ja eisern, nach dem Tod ihres geliebten Mannes, den sie mit 16 Jahren kennen gelernt und 6 Jahre später geheiratet hatte. Streng katholisch hatte sie auch ihre Grundsätze; sie vertraute darauf, dass ihr der Glaube helfen würde; in letzter Zeit war sie sich aber nicht mehr so sicher, trotz zahlreicher Wallfahrten nach dem Tod ihres Mannes. Sie verzweifelte zunehmend an der Tatsache, dass sie den ungerechten Tod ihres so jung verstorbenen, dynamischen, stets fröhlichen Mannes nicht akzeptieren konnte. Warum er? Sie selbst kleidete sich ganz schwarz. Die Kinder waren fröhlich, aufgeweckt und alles wies darauf hin, dass nicht sie, sondern ihre Mutter Hilfe brauchte. Die Therapie erstreckte sich schließlich über 2 Jahre. Es wurde immer deutlicher, dass die Frau alles tat, sich selbst zu negieren und zu vernichten. Äußerun-

gen der Trauer vermied sie mit der Begründung, dass sie die Kinder schonen wolle und auch aus Angst, dass sie von diesen Gefühlen überschwemmt werden würde. Sie opferte sich auf: Für ihre Kinder, denen sie alles ermöglichte, den Sport und sonstige Aktivitäten und denen sie aber auch alles abverlangte, Respekt und Leistung. Für ihren Mann, den sie täglich oder sogar mehrmals täglich auf dem Friedhof besuchte, dem sie ein Straßenmahnmal widmete, das viel Pflege bedurfte und auch für ihren Beruf – sie arbeitete als Pflegerin in einem Altersheim. Die einzige Schwäche, die sie sich gönnte, für die sie sich aber auch verachtete, war ein Glas Wein (manchmal wurden es auch mehrere Gläser) am Abend und Schokolade während des Tages. Ein Skiausflug, den sie am 1. Tag noch genießen konnte, wurde am nächsten Tag durch einen Panikanfall vereitelt. Sie hatte auf einmal riesige Angst davor, hinunterzufahren. Sozialkontakte hielt sie nur noch zu ganz wenigen Personen aufrecht und sie reagierte auch sehr schroff auf viele Leute, obwohl sie im Ganzen ein sehr freundliches Wesen hatte und im Allgemeinen bei anderen sehr gut ankam. Fehler tolerierte sie weder bei sich noch bei anderen. Die Grundstimmung war oft depressiv.

Da die Vermeidung eine wichtige Rolle spielt, kommen unter anderem therapeutische Techniken zum Zug, die aus der *Traumatherapie* bekannt sind: Exposition und Narration. Mittels narrativer Techniken kann der Rekonstruktionsprozess angegangen werden. Durch Ex-

position lernt die Patientin, ihre Vermeidungshaltung aufzugeben und ermöglicht damit die Verarbeitung des Trauerschmerzes.

Therapeutisches Vorgehen zu Fallbeispiel 2

Das therapeutische Vorgehen leitet sich aus der Fallkonzeption ab, die vor allem durch die folgenden Fragen geleitet ist:

- a) Welche *Grundbedürfnisse* hat die verstorbene Person befriedigt?
 - Herr O. war die große Liebe! (Bindung). Er war offensichtlich optimistisch, kompetent, praktisch veranlagt (Sicherheit, Orientierung und Kontrolle); er war nicht nur selbstsicher, sondern hatte auch einen großen Freundes- und Verwandtenkreis (Selbstwerterhöhung).
- b) Welche typischen *Funktionen, Ziele und Rollen* hatte die verstorbene Person für den Angehörigen?
 - Herr O. war der Lebensinhalt für sie; kam er von der Arbeit, winkte sie ihm vom Balkon aus zu und freute sich, wenn er sich an ihrem Anblick erfreute.
- c) Welche *emotionale Reaktion* kann erwartet werden?
 - enorme Trauer, aber auch viel Angst (Panik) und Scham (ich bin nichts wert ohne ihn)
- d) Welche *sonstigen Reaktionen* sind zu erwarten?
 - Verleugnung der harten Realität; Hinwendung zu Religion (Weiterleben nach dem Tod)
- e) Welche *Aufgaben* müssen von der Person geleistet werden, welche Anforderungen kommen auf sie zu?
 - Bildung und Erziehung der Kinder; damit verbunden: Rückkehr in die Heimat mit großen Schwierigkeiten verbunden; Frage des Wohnortes bleibt offen, stellt Verunsicherung dar

Der Rekonstruktion hinderliche Vorstellungen und Gedanken werden mittels kognitiver Techniken begegnet. Im *kognitiv-behavioralen* Modell geht es um:

- negative und dysfunktionale Gedanken und Missinterpretationen der Trauerreaktionen,
- ängstliche und depressive Vermeidungsstrategien,
- mangelnde Integration des Verlustes in das autobiografische Gedächtnis.

Bei Frau O. ist das beispielsweise die Vorstellung, dass eine abgeschlossene Trauerarbeit die Beziehung zu ihrem geliebten Partner auflösen würde. Sie würde dann nicht nur alleine dastehen, sondern auch noch die Erinnerung an ihre glücklichen Tage verlieren. So würde sie am Ende mit gar nichts zurückgelassen werden.

Das konfrontative Element wird durch die Exposition an sogenannten „hot spots“ gewährleistet. Ein klarer „hot spot“ ist der Moment, als Frau O. erfährt, dass ihr Mann durch einen Unfall ums Leben gekommen ist. In der Exposition geht es um die Beschreibung der Todesumstände mit den schmerzhaftesten Erinnerungen und Momente oder Situationen, die vermieden werden. Körperreaktion (wie z. B. Schwitzen, Herzrasen), auditive und visuelle Wahrnehmung und Schilderung der Gefühle sind die vermiedenen Elemente, die vom Therapeuten nachgefragt werden müssen.

Zu Beginn der Therapie muss das Modell erklärt werden, andernfalls erschien eine problemaktivierende

Intervention als bloße Grausamkeit des Therapeuten. Eine weitere Voraussetzung sind das Vertrauen in die Therapie und den Therapeuten und die Gewissheit, dass durch die psychotherapeutische Intervention die Liebe und das Gedächtnis an den Mann nicht verloren geht. Was sich in der Theorie einfach darstellt, ist oft schwer in die Praxis umzusetzen. Die Vielschichtigkeit menschlicher Beziehungen und das „Konkurrenzverhältnis“ vom jetzigen Therapeuten und dem verstorbenen Partner als Vertrauensperson sind ebenfalls von großer Bedeutung und können durch eine motivorientierte Beziehungsgestaltung [32] gewährleistet werden. Die therapeutische Beziehung kann somit als Ressource betrachtet werden.

Zur Klärung der Rollen, der eigenen Ziele und Motiven, kann die Technik der Plananalyse [33] eingesetzt werden. Die Plananalyse dient dem Therapeuten zudem, das eigene Interaktionsverhalten mit den Plänen und Zielen des Patienten abzustimmen.

Oft spielen dysfunktionale Einstellungen und Gedanken eine aufrechterhaltende Rolle in der Trauerproblematik. Dem Hinterfragen solcher automatischer Gedanken kommt wie in der Therapie von Depressionen oder Ängsten auch in der Trauer eine wichtige Funktion zu.

Hilfreiche Fragen sind:

- „Wer war für das Ereignis verantwortlich?“
- „Gibt es Dinge, die Sie übersehen haben, wodurch Ihre Rolle insgesamt negativer scheint als sie tatsächlich ist?“
- „Nehmen Sie es sich übel, dass Sie so gehandelt haben?“
- „Haben Sie etwas von der Situation gelernt, was Sie vorher nicht entdeckt hätten?“
- „Ist dieses Wissen in anderen Bereichen nützlich?“
- „Hat es Sie vielleicht auch positiv verändert?“

Ein kleiner Leitfaden für das konkrete Vorgehen in der Trauer liegt von Znoj [22] vor. Hier finden sich auch Modelle und Anleitungen für die differenzierte Therapieplanung.

Medikamentöse Therapie

Trauer ist keine Pathologie, sondern ein Zustand, der sich nach dem Verlust einer geliebten Person einstellt. Raphael, Minkov und Dobson [34] untersuchten pharmakologische Therapien bei Trauer und kamen zu dem Schluss, dass Medikamente die Trauer nicht abkürzen

Problembearbeitung

Aktivierende Techniken

- *Fotos* oder andere Erinnerungstücke können nicht nur emotionale Inhalte aktivieren, sondern geben Therapeuten auch die Gelegenheit, inhaltlich auf solche Themen zu fokussieren.
- *Briefe* an den verstorbenen Menschen helfen, Gefühle und Gedanken auszudrücken. Abschiedsbriefe können auch Teil eines Rituals sein, mit den verstorbenen Personen in ein neues Verhältnis zu kommen.
- Das Finden von geeigneten *Metaphern*, beispielsweise um den Verlustschmerz bildhaft zu verbalisieren, kann Trauernden helfen, ihre oft chaotisch erlebten Gedanken und Gefühlszustände zu fassen.
- *Rollenspiele* können eingesetzt werden um Fähigkeiten zu üben, die den geforderten Ansprüchen aus der Umgebung gerecht werden. Damit wird vor allem die Selbstwirksamkeitsüberzeugung gefördert.
- Das *Visualisieren von Erfahrungen* mit der verstorbenen Person unter Entspannung, unter Umständen kombiniert mit direkter Anrede („leerer Stuhl“-Technik) kann ein wirksames Mittel sein, Gefühle zu verbalisieren und neue Perspektiven einzunehmen.

oder in der Intensität lindern, sondern höchstens bei dem Vorhandensein einer depressiven oder ängstlichen Symptomatik helfen können „Antidepressants are not treatment for bereavement without depression.“ ([34]: S. 605)

Ausblick

Einen geliebten Menschen zu verlieren, ist eine der schmerzhaftesten Erfahrungen im Leben. Deshalb wird das Thema im Alltag meist vermieden. Es wäre auch nicht sinnvoll, wenn das Leben aus lauter Angst vor Verlust nicht in seiner Fülle gelebt würde. Die Auseinandersetzung mit Tod und Sterben scheint morbide und dem Leben entgegengesetzt. Wohl auch deshalb fällt es vielen Therapeuten schwer, die Trauer zuzulassen. Wir vergessen zuweilen, dass die Erfahrung von Verlust und Tod zum Leben gehört und die entsprechende Erfahrung in der Regel auch ganz gut verarbeitet wird. Darauf wird auch immer wieder hingewiesen. Vor allem die Arbeiten von Bonanno [35] verweisen auf die hohe Fähigkeit, Verluste gut zu verarbeiten. Nach den Ergebnissen der Resilienzforschung führen kritische Lebensereignisse nicht generell zu einer Schwächung der Anpassungsleistung, wie es frühere Forschungsergebnisse nahelegten, sondern können diese sogar steigern. Meichenbaums' Stressimpfungsprogramm [36] unterstützt die Ansicht, dass kritische Lebensereignisse Personen in ihren Bewältigungsfähigkeiten stärken können.

Folkman [8] kommt aufgrund einer Längsschnittuntersuchung an HIV-infizierten Männern und ihren Betreuern zur Feststellung, dass den erlebten positiven Emotionen in der Trauer eine wichtige Aufgabe zukommt. Demnach kommt es durch den Prozess der Neubewertung und Bedeutungsbildung zu positiven Emotionen, sogar wenn sich die Bewältigungsanstrengungen als unzureichend darstellen. Diese positiven Gefühle helfen, den Bewältigungsprozess aufrechtzuerhalten und führen in einem weiteren Schritt dazu, das Ereignis selbst – hier den Tod des Partners – aus einer neuen und weniger bedrohlichen Perspektive wahrzunehmen. Schließlich kann es auch zu persönlichem Wachstum („posttraumatic growth“) kommen. Darunter wird verstanden, dass kritische oder sogar traumatische Lebensereignisse einen Entwicklungsprozess anstoßen können. Viele Trauernde, auch solche mit schwerwiegenden Verlusten wie Kindstod berichten von solchen Erfahrungen [18].

Fallbeispiel 3

„Und es (der plötzliche Tod des Ehemannes) half mir, anderen Menschen auch zu geben und das verbessert einfach die Beziehung zu anderen Menschen, und so bin ich eine freigiebigere Person geworden, seit mein Mann verstorben ist; ich kann auch besser meine Hilfe anbieten und ich weiß, wie gut sich das anfühlt. (...) Und ich denke, dass ich weitaus offener bin als früher, sowohl was ich selber möchte, wovor ich mich fürchte und auch wer ich selbst bin. Ich bleibe auch mich selbst, in Gesellschaft mit anderen, ich versuche viel weniger als früher als jemand zu erscheinen, der ich nicht bin.“ (Transkript, anonym, Frau Mitte Dreißig, 14 Monate nach dem Verlust des Ehemanns.)

Trauer ist keine Krankheit, die mit psychologischen oder biologischen Interventionen geheilt werden kann; die Verarbeitung eines Verlustes braucht Zeit. Eine ungelöste Trauerreaktion ist mit eindrücklichen

Kernaussagen

- Der Verlust einer nahen Person ist schmerzhaft und damit stark mit negativen Gefühlen wie Angst verbunden. Die Verarbeitung dieses Schmerzes dauert oft länger als vielfach angenommen. Auch die Umstände der Todesursache beeinflussen die Trauer nachhaltig.
- Positive Emotionen – gezeigte Freude während der Erinnerung an den verstorbenen Partner – sind langfristig mit einem verbesserten Wohlbefinden bei Trauernden assoziiert.
- Das Regulieren von Emotionen ist ein wichtiger Schritt für die Integration des Verlustes, sie ist nicht gleichzusetzen mit der Unterdrückung von Emotionen!
- Trotz guter Diagnostik bleibt die Abgrenzung zur einfachen oder natürlichen Trauerreaktion schwierig. Zentralen Risikofaktoren für „komplizierte Trauerreaktion“ sind: Gefühle der Orientierungslosigkeit, ruminativer Bewältigungsstil und emotionale Dysregulation.
- Spezifische Symptome für eine komplizierte Trauerreaktion sind: Gefühl einer innerlichen Leere und allgemeiner Sinnlosigkeit, anhaltende und häufige Intrusionen, selbstschädigendes Verhalten und Panikattacken sowie exzessive Reizbarkeit.
- In Fällen lange andauernder und komplizierter Trauer sind Interventionen nützlich und effektiv. Spezifische Themen, die bei einer Trauerbegleitung beachtet werden müssen sind die starken, oft widersprüchlichen Gefühle, der Trauerschmerz und die therapeutische Beziehung.
- Aufgaben, die Trauernde im Laufe des Genesungsprozesses leisten müssen, sind: Akzeptanz, den Schmerz zulassen, Anpassung und die Beziehung zur verstorbenen Person neu definieren.
- Trauernde können durch die Erfahrung des Verlusts lernen besser mit anderen belastenden Emotionen umzugehen.

Einschränkungen der Lebensqualität verbunden und benötigt therapeutische Hilfe. Um eine solche komplizierte oder verlängerte Trauer festzustellen und zu therapieren bedarf es einer guten Diagnostik und evidenzbasierter Verfahren. In beiden Bereichen besteht trotz eindrucklicher Erfolge immer noch Forschungsbedarf.

Über den Autor



Prof. Dr. phil. Hans Jörg Znoj, Jahrgang 1957. Studium der Psychologie, 1992 Promotion, 2001 Habilitation, 2002–2006 Assistenzprofessor an der Universität Bern, 2005–2007 ad interim Leitung der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie, 2006 Berufung zum a. o. Professor für Klinische Psychologie (Universität Bern), Co-Direktor des Instituts für Psychologie. Forschungsinteressen: Psychotherapieprozesse; Effektivität von Psychotherapeutischen Interventionen; Emotionsregulation und Bewältigungsprozesse im Zusammenhang mit kritischen Lebensereignissen; Trauer und Trauerverarbeitung; Positive Psychologie (Wachstum – personal growth); Gesundheitspsychologische Fragen; Evaluation und Entwicklung psychologischer Interventionen bei somatischen Störungen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. phil. Hans Jörg Znoj
Institut für Psychologie
Universität Bern
Gesellschaftsstraße 49
CH-3000 Bern 9
Telefon: +41-(0)31-631-4591
E-Mail: hansjoerg.znoj@psy.unibe.ch

Literatur

- 1 Schut HA, Stroebe MS, van den Bout J et al. The efficacy of bereavement interventions: Determining who benefits. In: Stroebe MS, Hannson RO, Strobe W et al., eds. Handbook of bereavement research. Washington DC: American Psychological Association, 2001: 705–737
- 2 Bolwby J. Attachment and loss: Loss, sadness and depression (Vol. 3). New York: Basic Books, 1980
- 3 Freud S. Trauer und Melancholie. Int Z ärztl Psychoanal 1917; 4 (6): 288–301
- 4 McKinney WT. Primate separation studies: Relevance to bereavement. Psychiatric Annals 1986; 16 (5): 281–287
- 5 Archer J. Grief from an evolutionary perspective. In: Stroebe MS, Hannson RO, Strobe W et al., eds. Handbook of bereavement research. Washington DC: American Psychological Association, 2001: 263–283
- 6 Stroebe MS, Schut HA. Model of coping with bereavement. In: Stroebe MS, Hannson RO, Strobe W et al., eds. Handbook of bereavement research. Washington DC: American Psychological Association, 2001: 375–404
- 7 Bonanno GA, Keltner D, Holen A et al. When avoiding unpleasant emotions might not be such a bad thing: Verbal-autonomic response dissociation and midlife conjugal bereavement. Journal of Personality and Social Psychology 1995; 69: 975–990
- 8 Folkman S. Revises coping theory and the process of bereavement. In: Stroebe MS, Hannson RO, Strobe W et al., eds. Handbook of bereavement research. Washington DC: American Psychological Association, 2001: 563–584
- 9 Horowitz MJ. Stress response syndromes: a review of post-traumatic and adjustment disorders. Hosp Commun Psychiatry 1986; 37: 241–249
- 10 Nolen-Hoeksema S, Parker LE, Larson J. Ruminative coping with depressed mood following loss. Journal of Personality & Social Psychology 1994; 67 (1): 92–104
- 11 Stroebe MS, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. Death Studies 1999; 23: 197–224
- 12 James W. The varieties of religious experience, a study in human nature: being the Gifford lectures on natural religion delivered at Edinburgh in 1901–1902 by William James. New York: The modern library, 1936
- 13 Horowitz MJ, Znoj H, Stinson C. Defensive control processes for coping with excessively emotional states of mind. In: Zeidner M, Endler N, eds. Handbook of Coping: Theory, Research, Applications. New York: Wiley, 1996: 532–553
- 14 Zisook S, Shuchter SR. The first four years of widowhood. Psychiatric Annals 1986; 16 (5): 288–294
- 15 Carnelley KB, Wortman CB, Bolger N et al. The time course of grief reactions to spousal loss: Evidence from a national probability sample. Journal of Personality and Social Psychology 2006; 91 (3): 476–492
- 16 Zisook S, Shuchter SR, Sledge PA et al. The spectrum of depressive phenomena after spousal bereavement. J Clin Psychiatry 1994; 55: 29–36
- 17 Neimeyer RA. Meaning reconstruction and the experience of loss. Washington, DC: American Psychological Association, 2001
- 18 Znoj H. Bereavement and posttraumatic growth. In: Calhoun L, Tedeschi R, eds. The Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2006: 176–196
- 19 Horowitz MJ, Siegel B, Holen A et al. Diagnostic criteria for complicated grief disorder. American Journal of Psychiatry 1997; 154 (7): 904–910
- 20 Jacobs S, Prigerson H. Psychotherapy of traumatic grief: A review of evidence for psychotherapeutic treatments. Death Studies 2000; 24 (6): 479–495
- 21 Jacobs S. Traumatic grief: Diagnosis, treatment, and prevention. Philadelphia, PA; London: Brunner/Mazel, 1999
- 22 Znoj H. Komplizierte Trauer: Leitfaden für Therapeuten. Göttingen: Hogrefe, 2004
- 23 Simon NM, Shear KM, Thompson EH et al. The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with

- complicated grief. *Comprehensive Psychiatry* 2007; 48: 395–399
- 24 Neimeyer RA. Grief therapy and research as essential tensions: Prescriptions for a progressive partnership. *Death Studies* 2000; 24 (7): 603–610
- 25 Kato PM, Mann T. A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clinical Psychology Review* 1999; 19 (3): 275–296
- 26 Currier JM, Neimeyer RA, Bewrman JS. The Effectiveness of Psychotherapeutic Interventions for Bereaved Persons: A Comprehensive Quantitative Review. *Psychological Bulletin* 2008; 134 (5): 648–661
- 27 Shear K, Frank E, Houck PR et al. Treatment Of Complicated Grief. A Randomised Controlled Trial. *The Journal of the American Medical Association* 2005; 293: 2601–2608
- 28 Boelen PA, Keijser J, de Hout MA et al. Treatment of Complicated Grief: A comparison between cognitive behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2007; 75: 277–284
- 29 Wagner B, Knaevelsrud C, Maercker A. Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: A randomized controlled trial. *Death Studies* 2006; 30: 429–453
- 30 Worden JW. *Beratung und Therapie in Trauerfällen*. Bern: Huber, 1986
- 31 Grawe K. *Psychologische Therapie*. Goettingen: Hogrefe, 1998
- 32 Znoj H, Grosse Holtforth M. Motivationale Interventionen und Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie. In: Lutz W, Hrsg. *Lehrbuch Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Bern: Huber, [in press]
- 33 Caspar F. *Beziehungen und Probleme verstehen: Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Bern: Hans Huber Hogrefe, 2007
- 34 Raphael B, Minkov C, Dobson M. Psychotherapeutic and pharmacological intervention for bereaved persons. In: Stroebe MS, Hansson RO, Strobe W et al., eds. *Handbook of bereavement research*. Washington, DC: American Psychological Association, 2001: 587–612
- 35 Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience. Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist* 2004; 59 (1): 20–28
- 36 Meichenbaum D. *Stress Inoculation Training: A clinical guidebook*. New York: Pergamon Press, 1985

CME-Fragen

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den vorangehenden Beitrag. Sie können uns die entsprechenden Antworten entweder online unter <http://cme.thieme.de> oder durch das CME-Teilnahmeheft hinten in dieser Zeitschrift zukommen lassen. Jeweils eine Antwort ist richtig. Die Vergabe von CME-Punkten ist an die korrekte Beantwortung der Multiple-Choice-Fragen gebunden.

1

Welche Aussage zum Phänomen Trauer ist richtig?

- A Trauer ist ein universelles nicht kulturspezifisches Phänomen, das von den meisten Individuen im gleichen Ausmaß erlebt wird.
- B Trauer hat für die nahen Angehörigen die Funktion den vergangenen Erlebnissen nachzutrauern und dem Verstorbenen zu gedenken.
- C Ob den Hinterbliebenen eine Vorbereitung auf den Verlust möglich war, bestimmt den Trauerprozess nachhaltig.
- D Trauernde können durch die Erfahrung des Verlusts lernen besser mit anderen belastenden Emotionen umzugehen.
- E Positive Emotionen dem Verstorbenen gegenüber können nicht mit einem besseren Wohlbefinden des Trauernden assoziiert werden.

2

Welches sind die zentralen Risikofaktoren für „komplizierte Trauerreaktion“?

- A positive Gefühle der verstorbenen Person gegenüber, das Gefühl der Orientierungslosigkeit, wiederkehrende Beschäftigung mit denselben Inhalten
- B emotionale Betäubung, Vermeidungsverhalten und Konfrontation mit sogenannten hot spots, Gefühl der Orientierungslosigkeit
- C ruminativer Bewältigungsstil, emotionale Betäubtheit, Versuch den Verlust ins eigene Bewertungssystem zu integrieren, Fehlregulationen
- D Erleben von Angst und Wut, eine bereits bestehende psychische Störung, Fehlregulationen und Konfrontationen mit sogenannten hot spots
- E Gefühl der Orientierungslosigkeit, ruminativer Bewältigungsstil, emotionale Betäubung und Fehlregulation

3

Welche Aussage zum Stress- und Copingmodell ist *falsch*?

- A Durch eine Inkongruenz zwischen erwarteter und tatsächlicher Information wird ein emotionaler Alarm ausgelöst.
- B Die Stärke der Trauerreaktion steht in direkter Beziehung zum Verhältnis zur verstorbenen Person.
- C Das verbale Vermeiden emotionaler Inhalte aber vor allem das Zulassen positiver Gefühle begünstigt die Gesundheit.
- D Die beste Strategie ist das Abwechseln zwischen Orientierung auf neue Lebensziele und der Trauerarbeit.
- E Im Zentrum des Modells steht die Belastung und deren Bewältigung durch eine Neuorganisation des psychischen Geschehens.

4

In wie vielen Trauerfällen muss gemäß Schätzungen eine „komplizierte Trauerreaktion“ erwartet werden?

- A 50–60 %
- B 5–10 %
- C 10–30 %
- D 30–40 %
- E 25–40 %

CME-Fragen

Trauer

5

Welches ist *kein* spezifisches Symptom für eine „komplizierte Trauerreaktion“?

- A Rückzug aus dem gewohnten sozialen Umfeld
- B Gefühl einer innerlichen Leere und allgemeiner Sinnlosigkeit
- C anhaltende und häufige Intrusionen
- D selbstschädigendes Verhalten und Panikattacken
- E exzessive Reizbarkeit

6

Welche Aussage zum therapeutischen Vorgehen ist *falsch*?

- A Oft steht der Therapeut als Vertrauensperson in einem Konkurrenzverhältnis zum verstorbenen Partner.
- B Mittels narrativer Techniken kann der Rekonstruktionsprozess angegangen werden.
- C Aktivierende Techniken wie Fotos und Briefe und das Finden von Metapher dienen der Problembearbeitung.
- D Der Klient sollte vor der Therapie nicht über das zugrunde liegende Modell aufgeklärt werden.
- E Durch Exposition lernt der Patient Vermeidungsverhalten aufzugeben.

7

Welche Aussage zur „komplizierten Trauerreaktion“ trifft zu?

- A tritt oft ohne andere psychische Störungen auf
- B geht oft mit einer Zwangsstörung einher
- C besitzt viele Ähnlichkeiten mit PTB
- D tritt häufig nur bei tabuisierten Verlusten auf
- E lässt sich relativ einfach von einer normalen Trauerreaktion unterscheiden

8

Wodurch wird die Trauerintensität bestimmt?

- A Sie wird von der Vorbereitung auf den Verlust bestimmt.
- B Sie lässt sich durch den Einsatz von Medikamenten abschwächen.
- C Sie ist bei Menschen ohne komplizierte Trauer höher.
- D Sie spielt im Bindungsmodell eine bedeutende Rolle.
- E Sie ist prädikativ für die psychische Belastung Jahre später.

9

Welches ist eine normale Reaktion auf einen Verlust? ■ laut Tab. 1 müsste eher A richtig sein als E, Antworten wurden tw. geändert ■

- A Trauerreaktion mit Rückzug und häufigem Weinen
- B exzessive Reizbarkeit
- C starke negative Gefühle wie Angst und Wut
- D häufiges situationsinadäquates Verhalten
- E Gefühl von innerer Leere und allgemeiner Sinnlosigkeit

10

Im kognitiv-behavioralen Modell wird mittels kognitiver Techniken gearbeitet. Welches ist *kein* zentraler Bereich?

- A Missinterpretation der Trauerreaktion
- B Trauer als universal biologisch determinierte Bindung
- C Integration des Verlustes in das autobiografische Gedächtnis
- D ängstliche Vermeidungsstrategien
- E negative Gedanken