

Anhaltende Trauerstörung

Wenn der Trauerprozess stagniert

Nach dem Tod eines geliebten Menschen ist Trauer ein universeller, normaler und wichtiger Prozess, der vor allem der Verarbeitung und Integration des Verlusts der nahestehenden Person dient. Bei ca. 10% der Hinterbliebenen entwickelt sich aufgrund der beständigen Symptomatik eine anhaltende Trauerstörung. Als Kernsymptome gelten die intensive Sehnsucht nach der verstorbenen Person sowie ein beeinträchtigtes Identitätsgefühl. Mittel der Wahl ist eine spezifische Psychotherapie.

Autorin | Dr. med. Kerstin Gabriel Felleiter

● Der normale Trauerprozess ist in den vergangenen Jahrzehnten oft mithilfe eines Phasenmodells beschrieben worden, die wohl bekanntesten Modelle stammen von Kübler-Ross (1973), Bowlby (1980) und Kast (1994)¹⁻³. Die Bedeutung des Bindungsverhaltens für das menschliche Trauern hat John Bowlby in seiner Bindungstheorie fortgeführt: Frühe Bindungserfahrungen haben zeitlebens einen Einfluss auf die Qualität der Beziehungsgestaltung und auch auf die Verarbeitung von Verlusten. Die Modelle geben Orientierung und sind hilfreich, können allerdings gerade im Falle eines Phasenmodells den Eindruck entstehen lassen, dass der Trauerprozess linear ablaufen «muss». Trauer ist aber ein höchst individueller, variabler und dynamischer Prozess, in dem es nach William Worden um die Bewältigung von Aufgaben, wie das Realisieren und die Akzeptanz des Verlusts und den Aufbau einer dauerhaften Verbindung (*enduring connection*) zur verstorbenen Person geht, während man sich zugleich auf ein neues Leben einlässt⁴. Das Aufrechterhalten der Bindung zur verstorbenen Person kann, wenn es für die Trauernden hilfreich ist, ein Ziel in der Psychotherapie sein⁵. Das oft verwendete duale Prozessmodell der Trauer (*dual process modell* von Stroebe und Schut) unterscheidet zwei Bewältigungsstile: verlustorientierte und wiederherstellungsorientierte Bewältigung⁶. Trauern bedeutet hier ein stetes Pendeln zwischen diesen Polen, es gibt keinen festen zeitlichen Ablauf. Rund 90% der Personen, die den Verlust eines geliebten Menschen erleben, gelingt nach sechs bis zwölf Monaten die Integration des Verlusts und eine Repräsentation der verstorbenen Person im eigenen Leben^{7,8}.

Die Unterscheidung von «normaler» und abnormer Trauer ist zum einen schwierig und birgt zum anderen die Gefahr, Trauer

zu pathologisieren, die Trauer zu bewerten, zu messen, zu kategorisieren, ja zu entscheiden, was ein richtiger, ein normaler Trauerprozess und was ein falscher, ein abnormer Trauerprozess ist. Und doch zeigen das Fallbeispiel [BOX 1], unsere klinische Erfahrung und die Forschung, dass es Verläufe gibt, in denen der Trauerprozess stagniert, das private, berufliche und soziale Leben massiv beeinträchtigt ist und ein hoher Leidensdruck entsteht^{9,10}.

Erst in die aktuellen Ausgaben der Klassifikationen DSM-5 und ICD-11 ist die Diagnose der anhaltenden Trauerstörung als eigenständige Diagnose aufgenommen worden¹¹. In der Vergangenheit wurde nach Verlust einer engen Bezugsperson bei einer verlängerten Trauerreaktion mit einer Dauer von weniger als zwei Jahren eine Anpassungsstörung oder eine depressive Störung diagnostiziert. In DSM gab es allerdings im Kontext der Depression die sogenannte Trauerausschlussklausel, die in der aktuellen Version, dem DSM-5, entfernt wurde¹². Die neuen ICD-11-Kriterien der anhaltenden Trauerstörung stellen die aktuell gültigen klinischen Diagnosekriterien dar [BOX 2]¹³. →



Dr. med. Kerstin Gabriel Felleiter
Chefärztin
Ambulante Dienste Luzerner Psychiatrie
Surenalstrasse 10
CH-6210 Sursee
kerstin.gabriefelleiter@lups.ch

Psychotherapie

Bei allen vorliegenden therapeutischen Interventionen stehen daher zu Beginn die Beziehungsgestaltung, der Motivationsaufbau und insbesondere die Wertschätzung gegenüber der verstorbenen Person im Vordergrund. Am besten untersucht sind Therapieverfahren mit kognitiv-behavioralen Ansätzen. Hierbei spielen die Trauerkonfrontation und die Psychoedukation sowie der Aufbau bzw. die Wiederaufnahme von Zielen und Aktivitäten eine zentrale Rolle. Exemplarisch zu erwähnen sind das *Complicated Grief Treatment*¹⁴ und die Integrative kognitive Verhaltenstherapie²². Beim *Complicated Grief Treatment*, das auf die Bindungstheorie und auf das duale Prozessmodell aufbaut, stehen als Ziele die Akzeptanz des Verlusts, die Reorganisation der Bindung zur verstorbenen Person und der Aufbau neuer Lebensziele im Fokus. Die Integrative kognitive Verhaltenstherapie von Rosner verbindet neben der Trauerkonfrontation und kognitiven Umstrukturierung auch Techniken der systemischen Therapie und der Gestalttherapie. Die Ziele sind vergleichbar mit denen des *Complicated Grief Treatment*, hinzu kommen hier noch die Bearbeitung der aufrechterhaltenden Faktoren und von Schuldgefühlen sowie die Erklärung, welche Funktion die Trauer als Mittel zur Aufrechterhaltung der Bindung zur verstorbenen Person hat, ferner die Veränderung der Vermeidungssymptomatik.

Psychopharmakotherapie

Die Evidenz zur Pharmakotherapie der anhaltenden Trauerstörung ist gering²³. Es gibt keinen Nachweis, dass die spezifischen Trauersymptome pharmakologisch zu beeinflussen sind. In einer randomisiert kontrollierten Studie zeigte sich, dass die zusätzliche Gabe eines selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmers (SSRI) zur Psychotherapie nur eine Reduktion der depressiven Symptomatik zur Folge hat, aber keinen Einfluss auf die anhaltende Trauerstörung¹⁴.

Zusammenfassung

Nach dem Verlust einer engen Bezugsperson ist Trauer ein höchst individueller und natürlicher Prozess. Bei ca. 10% der Hinterbliebenen entwickelt sich aufgrund der beständigen Symptomatik eine anhaltende Trauerstörung. Diese hat als eigenständige Diagnose Einzug in die 11. Revision der *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11)* gefunden. Von anderen psychischen Störungen wie der posttraumatischen Belastungsstörung ist sie abgrenzbar, auch wenn es hier Symptomüberschneidungen gibt. Mittel der Wahl für die Behandlung einer anhaltenden Trauerstörung ist eine spezifische Psychotherapie. Eine komorbide depressive Störung rechtfertigt eine Psychopharmakotherapie. Als Folge des durch die COVID-Pandemie bedingten Lockdowns und des Social Distancing ist mit einer Zunahme der Prävalenz der anhaltenden Trauerstörung zu rechnen. ○

Bibliografie

¹ Kübler-Ross E: Interviews mit Sterbenden. Stuttgart: Kreuz-Verlag; 1973.
² Bowlby J: Attachment and loss: Retrospect and prospect. *Am J Orthopsychiatry* 1982; 52(4): 664–678.
³ Kast V: Trauern: Phasen und Chancen des psychischen Prozesses. Stuttgart: Kreuz-Verlag; 2013.
⁴ Worden JW: Beratung und Therapie in Trauerfällen: Ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2011.
⁵ Kachler R: Meine Trauer wird dich finden. Freiburg: Herder Verlag; 2017.
⁶ Stroebe M, et al.: The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Stud* 1999; 23(3): 197–224.
⁷ Bonanno GA, et al.: Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from pre-loss to 18 months post-loss. *J Pers Soc Psychol* 2002; 83(5): 1150–1164.
⁸ Kersting A, et al.: Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *J Affect Disord* 2011; 131: 339–343.
⁹ Maercker A: Traumafolgestörung. Heidelberg: Springer-Verlag; 2019.
¹⁰ Prigerson H, et al.: Consensus criteria for traumatic grief: A preliminary empirical test. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 67–73.
¹¹ Killikelly C, et al.: Prolonged grief disorder for ICD-11: The primacy of clinical utility and international applicability. *Eur J Psychotraumatology* 2018; 8(Suppl 6): 1476441.
¹² American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington VA 2013.
¹³ World Health Organization: ICD-11: International classification of diseases (11th revision) 2019.
¹⁴ Shear MK, et al.: Optimizing Treatment of Complicated Grief: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* 2016; 73(7): 685–694.
¹⁵ Simon NM, et al.: The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Compr Psychiatry* 2007; 48(5): 395–399.
¹⁶ Lobb EA, et al.: Predictors of Complicated Grief: A Systematic Review of Empirical Studies. *Death Stud* 2010; 34(8): 673–698.
¹⁷ Murphy SA, et al.: Bereaved parents' outcomes 4 to 60 months after their children's deaths by accident, suicide, or homicide: a comparative study demonstrating differences. *Death Stud* 2003; 27(1): 39–61.
¹⁸ Doering BK, et al.: Predictors of Prolonged Grief Disorder in a German Representative Population Sample: Unexpectedness of Bereavement Contributes to Grief Severity and Prolonged Grief Disorder. *Front Psychiatry* 2022; 13: 853698.
¹⁹ Eisma MC, et al.: Acute grief after deaths due to COVID-19, natural causes and unnatural causes: An empirical comparison. *J Affect Disord* 2021; 278: 54–56.
²⁰ Larson DG, et al.: What Has Become of Grief Counseling? An Evaluation of the Empirical Foundations of the New Pessimism. *Prof Psychol Res Pract* 2007; 38(4): 347–355.
²¹ Schut H: Grief counselling efficacy. Have we learned enough? *Cruse Bereavement Care* 2010; 29(1): 8–9.
²² Rosner R, et al.: Anhaltende Trauerstörung. Manuale für die Einzel- und Gruppentherapie. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2015.
²³ Bui E, et al.: Pharmacological Approaches to the Treatment of Complicated Grief: Rationale and a Brief Review of the Literature. *Dialogues Clin Neurosci* 2012; 14: 149–157.

