



Rita Rosner · Gabriele Pfoh · Roberto Rojas
Monika Brandstätter · Ruth Rossi · Gudrun Lumbeck
Michaela Kotoučová · Maria Hagl · Edgar Geissner

Anhaltende Trauerstörung

Manuale für die Einzel- und Gruppentherapie



HOGREFE



Anhaltende Trauerstörung

Anhaltende Trauerstörung

Manuale für die Einzel- und Gruppentherapie

von

Rita Rosner, Gabriele Pfoh, Roberto Rojas,
Monika Brandstätter, Ruth Rossi, Gudrun Lumbeck,
Michaela Kotoučová, Maria Hagl und Edgar Geissner

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG
TORONTO · BOSTON · AMSTERDAM · KOPENHAGEN
STOCKHOLM · FLORENZ · HELSINKI

Prof. Dr. Rita Rosner, geb. 1962. Inhaberin des Lehrstuhls für Klinische und Biologische Psychologie an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt, Psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin.

Dr. Gabriele Pfoh, geb. 1955. Seit 2007 Forschung, Lehre und klinische Tätigkeit an der Ludwig-Maximilians-Universität in München.

Dr. Roberto Rojas, geb. 1966. Seit 2013 Akademischer Mitarbeiter an der Abteilung Klinische und Biologische Psychologie der Universität Ulm, dort Aufbau und Leitung der psychotherapeutischen Hochschulambulanz.

Dipl.-Psych. Monika Brandstätter, M.A., geb. 1974. Psychotherapeutin, klinische und wissenschaftliche Tätigkeit in Psychosomatik und Palliative Care, seit 2013 in Victoria, Kanada.

Dipl.-Psych. Ruth Maria Rossi, geb. 1979. Seit 2006 Psychotherapeutin in der Psychosomatischen Schön Klinik Roseneck in Prien.

Dipl.-Psych. Gudrun Lumbeck, geb. 1974. Psychotherapeutin in der Psychosomatischen Schön Klinik Roseneck in Prien.

Dr. Michaela Kotoučová, geb. 1976. Seit 2013 als Psychotherapeutin in einer Praxis in München tätig.

Dr. Maria Hagl, geb. 1969. 1997-2014 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Department Psychologie der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Prof. Dr. Edgar Geissner, geb. 1952. Leitender Diplompsychologe der Psychosomatischen Schön Klinik Roseneck in Prien, und apl. Professor am Department Psychologie der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

© 2015 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag · Toronto · Boston
Amsterdam · Kopenhagen · Stockholm · Florenz · Helsinki
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien

Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2435-4

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Rosner, Pfoh, Rojas, Brandstätter, Rossi, Lumbeck, Kotoučová, Hagl und Geissner – Anhaltende Trauerstörung (ISBN 9783840924354) © 2015 Hogrefe, Göttingen.

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhalt

Kapitel 1: Aktueller Forschungsstand zur anhaltenden Trauerstörung 9

Rita Rosner

1.1	Akute Trauer, normale integrierte Trauer und die anhaltende Trauerstörung	9
1.2	Modelle integrierter (normaler) und anhaltender Trauer	11
1.2.1	Trauerarbeit	11
1.2.2	Phasenmodelle	11
1.2.3	Aufrechterhaltung der Bindung (Continuing-Bonds-Perspektive)	12
1.2.4	Evolutionsbezogene Modelle	13
1.2.5	Kognitive Schemata, die gerechte Welt und soziale Unterstützung	13
1.3	Diagnosevorschläge zur anhaltenden Trauer	15
1.3.1	Konsensuskriterien nach Prigerson et al. (2009)	15
1.3.2	Kriterien nach Shear et al. (2011)	16
1.4	Messinstrumente	16
1.5	Zur Häufigkeit der anhaltenden Trauerstörung	17
1.6	Differenzialdiagnostik und Komorbidität	18
1.6.1	Anhaltende Trauer und Posttraumatische Belastungsstörung	18
1.6.2	Anhaltende Trauer und Depression	19
1.7	Biologische Korrelate	19
1.8	Risikofaktoren anhaltender Trauer	20
1.9	Übersicht zu bisherigen Interventionen	21
1.9.1	Metaanalysen	21
1.9.2	Ausgewählte Wirksamkeitsstudien	23
1.10	Zur Entwicklung der beiden in diesem Buch enthaltenen Manuale: Integrative Kognitive Verhaltenstherapie	24

Kapitel 2: Diagnose der anhaltenden Trauerstörung mit der deutschen Version des PG-13 27

Rita Rosner, Gabriele Pfoh und Michaela Kotoučová

2.1	Das PG-13 (Prolonged Grief-13)	27
2.2	Erste Ergebnisse zur Psychometrie des deutschen PG-13	28
2.3	Zur klinischen Diagnosestellung	28

Kapitel 3: Erfassung der Trauersymptomatik mit der deutschen Version des Inventory of Complicated Grief (ICG-D) 30

Monika Brandstätter, Gudrun Lumbeck und Edgar Geissner

3.1	Englische Fassung des Inventory of Complicated Grief	30
3.2	Methodik der deutschen Erstvalidierung: ICG-D	30
3.3	Ergebnisse der deutschen Erstvalidierung	30

Kapitel 4: Integrative Kognitive Verhaltenstherapie: Eine ambulante Einzeltherapie für die anhaltende Trauerstörung bei Erwachsenen 32

Gabriele Pföh, Michaela Kotoučová und Rita Rosner

4.1	Grundlegendes zur integrativen Kognitiven Verhaltenstherapie für die anhaltende Trauerstörung im ambulanten Setting (KVT-PG)	32
4.1.1	Ziele der KVT-PG	33
4.1.2	Indikation: Für wen ist KVT-PG geeignet?	33
4.1.3	Welche Begriffe werden mit den Patienten verwendet?	34
4.1.4	Zur besonderen Beachtung bei ambulanter Einzeltherapie	35
4.2	KVT-PG: Ablauf und allgemeine Grundlagen	36
4.2.1	Sitzungsübergreifende und fortlaufende Themen und Interventionen	36
4.2.2	Verlauf und Ziele der Behandlung	40
4.2.3	Sitzungsinhalte und Materialien im Überblick	42
4.3	Aufbau der Behandlung	45
4.3.1	Abschnitt A: Stabilisieren, Explorieren, Motivieren und Ziele setzen (7 Sitzungen)	46
4.3.1.1	Sitzung A1: Einführung, Organisatorisches, Psychoedukation und Umgang mit Krisen	46
4.3.1.2	Sitzung A2: Umgang mit einschneidenden Lebensereignissen und Informationen zur Familie	49
4.3.1.3	Sitzung A3: Psychoedukation zur anhaltenden Trauerstörung: Allgemeines Modell und persönliches Erleben	52
4.3.1.4	Sitzung A4: Identifikation dysfunktionaler Kognitionen und Verhaltensweisen sowie individueller Trauerauslöser (Störungsmodell)	54
4.3.1.5	Sitzung A5: Vorstellen und Kennenlernen der verstorbenen Person und sekundäre Verluste	55
4.3.1.6	Sitzung A6: Zusammenfassung und Zielerarbeitung	57
4.3.1.7	Sitzung A7: Zielerarbeitung und Motivation	59
4.3.2	Abschnitt B: Reinterpretieren und Exponieren (9 Sitzungen)	61
4.3.2.1	Sitzung B8: Entspannungsverfahren	61
4.3.2.2	Sitzung B9: Umgang mit dysfunktionalen Kognitionen (Fokus auf dysfunktionale Denkprozesse)	62
4.3.2.3	Sitzung B10: Umgang mit dysfunktionalen Trauergedanken (Inhalte der Gedanken)	68
4.3.2.4	Sitzung B11: Umgang mit Emotionen und Wahrnehmungen	74
4.3.2.5	Sitzung B12/13: Exposition – Auseinandersetzung mit dem schlimmsten Moment	77
4.3.2.6	Sitzung B14: Resümee der Exposition	80
4.3.2.7	Sitzung B15/16: Akzeptanz	82
4.3.3	Abschnitt C: Integrieren, Transformieren, Abschluss (4 Sitzungen)	85
4.3.3.1	Sitzung C17: Erbe und weiterbestehende Bindung (continuing bonds)	85
4.3.3.2	Sitzung C18: Andenken und Zukunft	86
4.3.3.3	Sitzung C19: Neues Leben	87
4.3.3.4	Sitzung C20: Abschied	88
4.3.4	Optionale Sitzungen	90

Kapitel 5: Evaluationsergebnisse zur ambulanten Einzeltherapie der anhaltenden Trauerstörung (KVT-PG) 91

Rita Rosner, Gabriele Pföh, Michaela Kotoučová und Maria Hagl

5.1	Methode	91
5.2	Ergebnisse und Diskussion	93

Kapitel 6: Gruppentherapie für die anhaltende Trauerstörung im stationären Setting 95

Roberto Rojas, Ruth Rossi, Monika Brandstätter, Rita Rosner und Edgar Geissner

6.1	Einführung	95
6.1.1	Ziele und Inhalte der Trauergruppe	96
6.1.2	Indikation: Für wen ist die Trauergruppe geeignet?	97
6.1.3	Umgang mit Komorbidität	97
6.1.4	Zur Person des Gruppentherapeuten	98
6.1.5	Zum Setting und zu den praktischen Rahmenbedingungen	99
6.2	Erste Sitzung: Einführung, Organisatorisches und Psychoedukation	100
6.3	Zweite Sitzung: Meine Trauerreaktion und Motivationsförderung	107
6.4	Dritte Sitzung: Leitgedanken zur Trauer und zu Traueraufgaben	113
6.5	Vierte Sitzung: Mögliche Folgen der anhaltenden Trauerstörung	120
6.6	Fünfte Sitzung: Einführung in die Arbeit mit dem schlimmsten Moment	125
6.7	Sechste Sitzung: Umgang mit Grübeln (Denkprozesse)	129
6.8	Siebte Sitzung: Umgang mit krankmachenden Gedanken und Einstellungen (Inhalte der Gedanken)	137
6.9	Achte Sitzung: Abbau von Vermeidungsverhalten	146
6.10	Neunte Sitzung: Transformation – Das Leben zurückerobern	152

Kapitel 7: Evaluationsergebnisse zur gruppentherapeutischen Behandlung der anhaltenden Trauerstörung 157

Gudrun Lumbeck, Rita Rosner und Edgar Geissner

7.1	Methode	157
7.2	Ergebnisse und Diskussion	157
7.2.1	Besserung der Symptomatik	157
7.2.2	Spezifität der Trauerbehandlung	160
7.2.3	Effekte für Alter, Geschlecht und Trauerintensität	160

Literatur 161

Anhang 167

Erhebungsbogen für anhaltende Trauer (Deutsche Version des PG-13)	169
Instruktionen zur Auswertung der deutschen Version des PG-13	172
Inventar Komplizierter Trauer (Deutsche Version des Inventory of Complicated Grief – ICG-D)	173
Materialien auf der CD-ROM	174

CD-ROM

Die CD-ROM enthält PDF-Dateien aller Materialien, die bei der Durchführung der Einzel- und Gruppentherapie verwendet werden können.

Die PDF-Dateien können mit dem Programm Acrobat® Reader (eine kostenlose Version ist unter www.adobe.com/de/products/reader.html erhältlich) gelesen und ausgedruckt werden.

Kapitel 1

Aktueller Forschungsstand zur anhaltenden Trauerstörung

Rita Rosner

Hin und wieder liest man in der Zeitung von Personen, die ihre geliebten Familienmitglieder nicht als verstorben melden, sondern oft noch Jahre mit ihnen zusammenleben. So kommt es immer wieder vor, dass die Leichen bereits einige Zeit mumifiziert in der Wohnung ihrer Angehörigen gelegen haben und (dann) eher zufällig entdeckt werden. Es ist leicht zu erkennen, dass das jahrelange Zusammenleben mit einer Leiche eine abnorme Form des Trauerns ist. Aber was ist mit den Personen, die die Kleider und Besitztümer eines Verstorbenen jahrelang aufbewahren, die das Zimmer der geliebten Person nicht verändern können oder die sich nicht an die neue Lebenssituation gewöhnen möchten und können? Wo beginnt die abnorme Form des Trauerns und wann ist die Trauer zwar schmerzhaft, aber noch ein normaler Prozess?

Die Schwierigkeit der Abgrenzung von normaler und abnormer Trauer sowie die berechtigte Sorge um die Pathologisierung der Trauer führte dazu, dass sich das Forschungsfeld bis in die 1990er Jahre nicht auf Definitionen abnormer Trauer einigen konnte. Seit den ersten Definitionsversuchen durch Horowitz et al. (1997) und Prigerson et al. (1999) wurde die Forschung zum Thema schließlich jedoch intensiviert und nun wird erwartet, dass sich in den jeweiligen Überarbeitungen des DSM- und der ICD-Versionen einer Trauerdiagnose finden werden. Zum Zeitpunkt des Verfassens dieses Kapitels stand für die ICD-11 die Einordnung unter den „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ zur Diskussion. Für das DSM-5 wurde entschieden, dass die Störung unter dem Unterpunkt „Störungen, zu denen weitere Forschung notwendig ist“ aufgeführt wird. Die Einführung neuer Diagnosen wird allerdings nicht nur von vielen Fachleuten kritisch gesehen. Befürchtet wird vor allem ein inflationärer Gebrauch und damit die Pathologisierung an sich normaler Verläufe der Trauer. Der Nutzen einer neuen Diagnose muss daher sehr groß sein, um die Hürden für eine Neueinführung zu überwinden. Für neue Diagnosen sind insbesondere klare sowie empirisch abgesicherte Kriterien, differenzielle Komorbiditäten und Verläufe, eine eigene Ätiolo-

gie, differenzielle Risikofaktoren und eine differenzielle Intervention – und damit letztendlich ein klinischer Nutzen gefordert. Wie in den nächsten Absätzen deutlich wird, stehen zu den meisten Bereichen ausreichende Informationen zur Verfügung. Nicht allerdings zu den Symptomkriterien – hier konkurrieren mehrere Vorschläge.

Aus Forschungssicht stehen aktuell zwei leicht unterschiedliche diagnostische Kriteriensets zur Diskussion, die einmal den Begriff „Prolonged Grief Disorder“ (Prigerson et al., 2009) und einmal den Begriff „Complicated Grief Disorder“ (Shear et al., 2011) verwenden. Zudem fanden sich in den letzten Jahren weitere Begriffe und Definitionen, wie z. B. „Abnormal Grief“ oder auch „Traumatic Grief“. Aufgrund der Konnotation der Begriffe im Deutschen und in Anlehnung an das Buch von Znoj (2004) wurde bisher in Deutschland überwiegend der Begriff „komplizierte Trauer“ verwendet (z. B. Rosner & Wagner, 2013). Da sich aber zum aktuellen Zeitpunkt (Frühling 2014) abzeichnet, dass sich in der ICD-11 der Begriff „anhaltende Trauerstörung“ finden wird, haben wir uns der Einfachheit halber entschlossen in diesem Buch durchgehend diese Bezeichnung zu verwenden.

1.1 Akute Trauer, normale integrierte Trauer und die anhaltende Trauerstörung

Akute Trauer nach dem Verlust einer Bezugsperson wird individuell unterschiedlich erlebt und ausgedrückt, ist stark von kulturellen Normen beeinflusst und muss als eine natürliche Reaktion auf diesen Verlust gesehen werden. Trotz der manchmal sehr hohen psychischen Belastung sollte diese Reaktion nicht pathologisiert werden. Für die meisten Personen lässt die Trauerintensität innerhalb der ersten sechs Monate nach, wobei es gelegentlich zu einem kurzzeitigen Ansteigen der Trauerintensität auch nach diesen sechs Monaten kommen kann. Auch der normale Trauerprozess

kann durch eine starke Sehnsucht nach der verstorbenen Person und intensive Traurigkeit gekennzeichnet sein und wird durch die Todesumstände sowie durch intrapsychische und soziale Faktoren beeinflusst. Im Gegensatz zu anhaltend Trauernden kommt es allerdings zu einer allmählichen Integration des Verlustes und die Trauernden können sich nach einiger Zeit wieder ihren sozialen Beziehungen und ihrem Alltag zuwenden.

In einer der zentralen Studien zum Verlauf der Trauer untersuchten Bonanno und Kollegen (Bonanno et al., 2002; Bonanno, Boerner & Wortman, 2008) 205 Personen, die im Durchschnitt 72 Jahre alt waren, zu drei Messzeitpunkten: vor dem Verlust eines Ehepartners sowie sechs und 18 Monate nach dem Tod ihres Partners. Trauer wurde in dieser Studie sowohl über ein auf den Verlust bezogenes Depressionsmaß als auch über verschiedene Trauermessinstrumente operationalisiert (zur Problematik der Messinstrumente siehe Kapitel 1.4). Bonanno et al. (2008) definierten normale Trauer über eine niedrige Belastung vor dem Verlust, eine hohe Depressivität nach sechs und eine Besserung nach 18 Monaten. Eine niedrige Belastung oder Resilienz wurde konstatiert, wenn sich zu allen drei Zeitpunkten eine niedrige Depressivität fand. Als eine Verbesserung nach Depressivität wurde bezeichnet, wenn hohe Depressivität vor dem Verlust und niedrige Depressivität kurz sowie lang nach dem Verlust vorlag. Die Autoren bezeichneten schließlich Verläufe mit niedriger Depressivität vor dem Verlust, hoher Depressivität kurz und lang nach dem Verlust als chronische Trauer, und als chronische Depression Verläufe, bei denen Personen zu allen drei Zeitpunkten eine hohe Depres-

sivität aufwiesen. In Abbildung 1 findet sich eine Darstellung der Häufigkeiten der unterschiedlichen Verläufe.

Die Verteilung der Häufigkeiten zeigte, dass die Mehrheit der Personen nicht pathologische Verläufe entwickelte. Nur 16 % der Personen in der von Bonanno und Kollegen (2008) untersuchten Stichprobe litten unter chronischer Trauer, während 8 % chronisch depressiv waren. George Bonannos Studie ist aus vielerlei Gründen bemerkenswert: Zum einen muss man bedenken, dass in Querschnittsuntersuchungen (oder auch in einem einfachen klinischen Interview) chronisch depressive Personen möglicherweise der chronischen Trauer zugeordnet werden (obwohl die depressive Symptomatik in diesem Fall in keinem Zusammenhang zur Trauerreaktion steht). Zum anderen machen die Ergebnisse deutlich, dass die Mehrheit der Trauernden resilient war, d. h. auch 18 Monate nach dem Verlust keine große Belastung zeigten. Die Studie widerlegt daher auch mehrere der Mythen um die Trauer nach dem Verlust einer geliebten Person: Depressivität ist keine unweigerliche Folge des Verlustes, ebenso ist eine psychische Belastung nicht unvermeidlich. Es muss sich nicht, wenn man nicht „zur rechten Zeit“ trauert, eine sogenannte verzögerte Trauer entwickeln. Tatsächlich ist die verzögerte Trauer so selten, dass sie sich empirisch kaum in Zahlen fassen lässt.

Trotz einer aus diesen Ergebnissen folgenden Entpathologisierung des Phänomens Trauer ist dennoch zu berücksichtigen, dass die Trauer um eine Bezugsperson mit einer Reihe von Risiken ver-

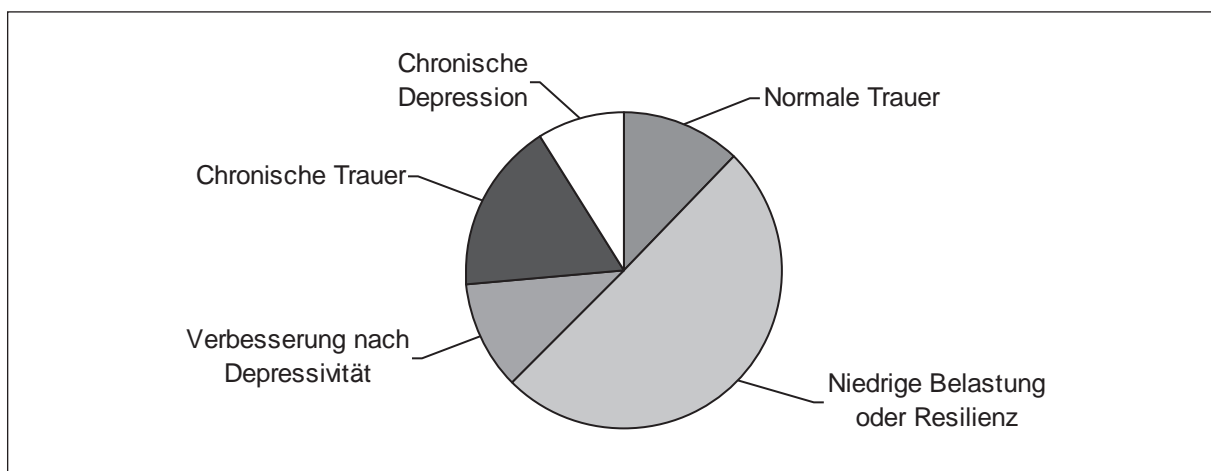


Abbildung 1: Empirisch gefundene Trauerverläufe nach Verlust des Partners (nach Bonanno et al., 2008)

bunden ist: Eine erhöhte Mortalität bei dem „überlebenden“ Partner (die Erhöhung liegt bei ca. 20 %, wobei Vorerkrankungen schon kontrolliert sind und Männer stärker von dieser Erhöhung betroffen sind als Frauen), eine gesteigerte Inanspruchnahme medizinischer Dienste, ein erhöhtes Risiko für Substanzmissbrauch, ein erhöhtes Risiko für Selbstmordversuche sowie Störungen des Immunsystems (Boelen & Prigerson, 2007; Latham & Prigerson, 2004; Prigerson, Vanderwerker & Maciejewski, 2008; Stroebe, Schut & Stroebe, 2007).

Merke:

Trauer um eine Bezugsperson ist ein normales nicht pathologisches Phänomen, das sich nur in Ausnahmefällen zu einer anhaltenden Trauerstörung entwickelt.

1.2 Modelle integrierter (normaler) und anhaltender Trauer

Theorien und aus ihnen abgeleitete Modelle zur Trauer stellen jeweils einen bestimmten Aspekt der Trauer in den Vordergrund. Einige der im Folgenden vorgestellten Modelle können mehreren Theorien zugeordnet werden. Sie wurden teilweise zeitgleich oder auch nacheinander entwickelt und enthalten deshalb häufig mehrere Aspekte bzw. wurden in der Folge entsprechend weiterentwickelt (Archer, 2008; Weiss, 2008). Eine sehr detaillierte Aufstellung insbesondere älterer Modelle findet sich zudem bei Rando (1993). Obwohl das analytische Modell der Trauerarbeit und die Phasenmodelle im engeren Sinn nicht mehr der aktuellen Theoriebildung entsprechen und nur geringfügig durch empirische Befunde abgesichert wurden, sind sie doch immer noch die Modelle mit der weitesten Verbreitung. Dies liegt vermutlich an der schlechten Übersetzungsarbeit zwischen Forschung und Praxis. Aus diesem Grund finden sich in den nächsten Absätzen auch Beschreibungen der älteren Modelle, um dem Leser eine Einordnung zu ermöglichen.

1.2.1 Trauerarbeit

Viele Aufstellungen zum Thema Trauer beginnen mit Freud und dem Begriff der Trauerarbeit. Freud formulierte in „Trauer und Melancholie“ (1917), dass Trauer eine bestimmte Funktion er-

füllt – nämlich sich aktiv von Gedanken und Gefühlen an den Verstorbenen zu lösen (libidinöse Bindung), mit dem Ziel, dass der Trauernde bei erfolgreicher Ablösung schließlich neue Beziehungen eingehen kann. Dieser aktive Prozess wurde später unter dem Begriff „Trauerarbeit“ zusammengefasst. Es wurde angenommen, dass sich eine pathologische Trauer entwickle, wenn Trauernde entweder die Trauerarbeit vermeiden oder widersprüchliche Gefühle bzw. eine konflikthafte Beziehung gegenüber dem Verstorbenen haben. Das Freudsche Trauerkonzept hat, trotz nicht vorhandener empirischer Bestätigung, eine weite Verbreitung gefunden und ist auch heute noch das bekannteste Modell außerhalb der Psychologie. Besonders deutlich wird dies auch an der Tatsache, dass sich häufig Patienten nach einem Todesfall zur Behandlung anmelden oder überwiesen werden, weil sie selbst oder ihre Umgebung finden, dass sie nicht genug trauern. Und wenn sie dies nicht tun, dann würde sich sicher später eine pathologische Trauer entwickeln, daher sei jetzt, obwohl symptomfrei, eine Psychotherapie notwendig.

Die weite Verbreitung dieses Modells ist umso erstaunlicher, als bereits in den 1920er Jahren Befunde bekannt waren (siehe Archer, 2008), die das Modell widerlegten. Die Arbeiten von Bonanno (z. B. Bonanno et al., 2002; Bonanno, Papa, Lalande, Zhang & Noll, 2005) zeigen, dass der starke Ausdruck negativer Emotionen früh im Trauerprozess mit hoher späterer Belastung einhergeht, dass verzögerte Trauer empirisch extrem selten ist sowie dass die meisten Personen resilient sind bzw. von Anfang an niedrige Trauerwerte erreichen (zu einer genaueren Aufstellung der empirischen Befunde siehe Wortman & Boerner, 2006; Wortman & Silver, 1989).

1.2.2 Phasenmodelle

In den vergangenen 50 Jahren gab es eine Reihe von Theorien, die versuchten, den normalen Trauerprozess zu beschreiben. Zu den ältesten und am weitesten verbreiteten Modellen gehören die Phasenmodelle der Trauer als Erklärungsansatz einer idealen Trauerverarbeitung. Die bekanntesten Phasenmodelle sind die Modelle von Kübler-Ross (1973) sowie von Bowlby (1961, 1980) und Parkes (1972). Letzteres wurde im deutschsprachigen Raum von Verena Kast (1994) in einem psychodynamischen Rahmen weiterentwickelt.