



universität  
wien

# Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Komplizierte Trauer bei älteren Menschen und der  
Zusammenhang mit Copingstrategien, Kohärenzgefühl  
und Todesumstand

Verfasserin

Julia Mahler-Hutter

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im März 2010

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster

## Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der vorliegenden Studie dafür bedanken, dass sie die Bereitschaft hatten, mit mir über ein Thema zu reden, über das viele Menschen schweigen. Nur durch ihren Mut und ihre Offenheit konnte diese Arbeit zustande kommen.

Den Mitarbeitern der Institutionen, die mich bei der Kontaktaufnahme und Rekrutierung der Stichprobe unterstützten, möchte ich herzlich danken.

Danke auch an Frau Ass.-Prof. Dr. Lueger-Schuster für die Supervision meiner Arbeit.

Meinen Eltern, Dr. Gerda Mahler-Hutter und Dr. Wilhelm Mahler-Hutter, möchte ich hiermit dafür danken, dass sie mir nicht nur diese Ausbildung, sondern auch eine unvergessliche Zeit in Chile ermöglichten.

Herzlichen Dank an meine lieben Freunde Monika Haas und Mag. Christoph Appinger für das Korrekturlesen dieser Arbeit und ihr kompetentes Fachwissen.

Von ganzem Herzen danke ich Marit Fischer und Mag. Nina Flori dafür, dass sie mir seit mittlerweile 20 Jahren mit ihrer Liebe und Inspiration zur Seite stehen.

Zuletzt danke ich meinem lieben Freund Markus Hruska für seine Kreativität, Unkonventionalität, Toleranz und die emotionale Unterstützung während meiner Diplomarbeitsphase.

*„Panta Rhei - alles fließt“*

*nach Heraklit*

# INHALTSVERZEICHNIS

- Einleitung.....	1
<b>I Theoretischer Teil.....</b>	<b>3</b>
<b>1. Trauer.....</b>	<b>3</b>
1.1. Definitionen.....	3
1.2. Trauerreaktionen.....	4
1.3. Trauerverlauf.....	5
1.4. Trauerphasen.....	6
<b>2. Komplizierte Trauer.....</b>	<b>9</b>
<b>2.1. Unterscheidung zwischen einfacher und komplizierter Trauer.....</b>	<b>9</b>
<b>2.2. Diagnosevorschläge zu komplizierter Trauer.....</b>	<b>10</b>
2.2.1. Definition von „complicated grief“ nach Horowitz et al. (1997).....	11
2.2.2. Definition von „traumatic grief“ nach Prigerson et al.(1999).....	12
2.2.3. Definition von „prolonged grief disorder“ nach Prigerson et al. (2009).....	13
2.2.4. Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Diagnosekriterien.....	15
<b>2.3. Erklärungsmodelle der komplizierten Trauer.....</b>	<b>15</b>
2.3.1. Das Phobiemodell.....	16
2.3.2. Komplizierte Trauer als Stress-Response Syndrom.....	16
2.3.3. Das Aufschaukelungsmodell .....	16
<b>2.4. Ausgewählte Risikofaktoren der komplizierten Trauer und anderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach einem Trauerfall.....</b>	<b>18</b>
2.4.1. Soziodemografische Faktoren.....	20
2.4.2. Todesumstände.....	20
2.4.3. Persönlichkeitsvariablen.....	22
<b>2.5. Differentialdiagnostik und Komorbidität.....</b>	<b>22</b>
2.5.1. Abgrenzung zur Posttraumatischen Belastungsstörung.....	22
2.5.2. Abgrenzung zur Depression.....	24

2.5.3. Exkurs: Depression im Alter.....	25
2.6. Weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen in Zusammenhang mit Trauer.....	25
2.7. Bewertung des Konzepts der komplizierten Trauer.....	26
3. Kohärenzgefühl und Salutogenese.....	27
3.1. Das Kohärenzgefühl als protektives Persönlichkeitsmerkmal.....	28
3.2. Entstehung und Stabilität des Kohärenzgefühls.....	29
3.3. Kohärenzgefühl im Alter.....	30
3.4. Kohärenzgefühl und Trauer.....	31
4. Coping.....	32
4.1. Definitionen.....	32
4.2. Klassifikation von Copingstrategien.....	33
4.3. Coping nach Verlusten.....	34
4.4. Das duale Prozess Modell der Trauer.....	35
5. Partnerverlust im Alter.....	37
5.1. Statistische Kennzahlen aus Österreich.....	37
5.2. Umgang mit dem Verlust des Partners.....	39
<b><i>II Empirischer Teil.....</i></b>	<b>40</b>
6. Untersuchungsziel.....	40
7. Hypothesen.....	41
8. Methode.....	44
8.1. Untersuchungsinstrumente.....	44
8.1.1. Fragebogen zu soziodemografischen Daten und Fragen zum Verlustereignis.....	44
8.1.2. Mini Mental Status Test (MMST).....	45
8.1.3. Geriatric Depression Scale (GDS).....	45

8.1.4.	PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C).....	46
8.1.5.	Coping Inverntory for Stressful Situations (CISS).....	47
8.1.6.	Sense of Coherence Scale (SOC).....	47
8.1.7.	Fragebogen zur komplizierten Trauer.....	48
<b>8.2.</b>	<b>Durchführung der Studie.....</b>	<b>49</b>
<b>9.</b>	<b>Stichprobenbeschreibung.....</b>	<b>49</b>
9.1.	Ein- und Ausschlusskriterien.....	50
9.2.	Stichprobenrekrutierung.....	50
9.3.	Gründe für eine Nicht-Teilnahme .....	52
9.4.	Stichprobengröße und Gruppeneinteilung.....	52
<b>10.</b>	<b>Statistische Verfahren.....</b>	<b>53</b>
<b>11.</b>	<b>Ergebnisse.....</b>	<b>55</b>
11.1.	Deskriptive Analyse der Stichprobe.....	55
11.1.1.	Demografische Daten.....	55
11.1.2.	Angaben zum Tod des Partners.....	57
11.1.3.	Depressive Symptomatik.....	61
11.1.4.	PTSD Symptomatik.....	63
11.1.5.	Coping.....	64
11.1.6.	Kohärenzgefühl.....	66
11.2.	Hypothesenprüfung.....	67
11.2.1.	Hypothese 1.....	67
11.2.2.	Hypothese 2.....	67
11.2.3.	Hypothese 3.....	68
11.2.4.	Hypothese 4.....	69
11.2.5.	Hypothese 4.1.....	69
11.2.6.	Hypothese 4.2.....	70

11.2.7. Hypothese 4.3.....	70
11.2.8. Hypothese 5.....	71
11.2.9. Hypothese 5.1.....	71
11.2.10. Hypothese 5.2.....	72
11.2.11. Hypothese 5.3.....	72
11.2.12. Hypothese 6.....	73
<b>11.3. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse.....</b>	<b>74</b>
<b>12. Diskussion und Schlussfolgerung.....</b>	<b>75</b>
12.1. Tod und Trauer als gesellschaftliches Tabu.....	75
<b>12.2. Ergebnisse.....</b>	<b>76</b>
12.2.1. Demografische Daten.....	76
12.2.2. Angaben zum Tod des Partners.....	76
12.2.3. Depressive und PTSD-Symptomatik.....	77
12.2.4. Copingverhalten.....	78
12.2.5. Kohärenzgefühl.....	79
<b>13. Kritik und Forschungsausblick.....</b>	<b>79</b>
<b>14. Zusammenfassung.....</b>	<b>83</b>
<b>15. Abstract.....</b>	<b>85</b>
<b>16. Literatur.....</b>	<b>86</b>
16.1. Tabellenverzeichnis .....	98
16.2. Abbildungsverzeichnis.....	99
16.3. Abkürzungsverzeichnis.....	100
<b>17. Anhang.....</b>	<b>101</b>
17.1. Informed Consent.....	101
17.2. Testbatterie.....	103
17.3. Curriculum Vitae.....	111



## Einleitung

Trauer ist eine normale Reaktion auf eines der einschneidendsten Lebensereignisse, den Verlust eines nahestehenden Menschen. Rando (2003) beschreibt die Unvermeidbarkeit von Trauer, jeglicher Art von Verlust und deren zentrales Wesen in der menschlichen Existenz folgendermaßen:

*Verlust, Kummer und Trauer. Dies sind drei Unvermeidbarkeiten der menschlichen Existenz, die im Verlauf des Lebens häufig eintreten. Wenngleich sie typischerweise mit Tod und anderen traumatischen Ereignissen einhergehen, sind sie doch inhärente Aspekte jeglicher Veränderung, mag diese als positiv oder als negativ wahrgenommen werden (S.173).*

Die Reaktionen auf den Tod eines geliebten Menschen sind vielfältig und können lang anhaltende pathologische Erscheinungsformen annehmen. Warum aber scheinen manche Menschen sehr gut mit diesem Ereignis umgehen und den Tod eines nahe stehenden Menschen als reales Erlebnis erfolgreich in das eigene Leben integrieren zu können während andere jahrzehntelang emotional, sozial und beruflich stark beeinträchtigt sind? Welche Faktoren sind ausschlaggebend dafür, dass der Trauerprozess gut bewältigt werden kann? Welche protektiven und Risikofaktoren spielen eine Rolle? Mit diesen und ähnlichen Fragen beschäftigt sich die Resilienzforschung. Sie geht der Frage nach, warum Menschen angesichts herausfordernder, schwieriger Umstände und Erlebnisse eine hohe Widerstandsfähigkeit aufweisen. Während etliche Faktoren, wie beispielsweise das Ausmaß an sozialer Unterstützung, als relativ gesicherte protektive Faktoren beim Trauerprozess gelten, gibt es bezüglich anderer Faktoren noch relativ wenige Untersuchungen, beziehungsweise uneinheitliche Ergebnisse.

Die vorliegende Arbeit geht der Frage nach, inwieweit sich ältere Personen mit komplizierter Trauer von Personen ohne komplizierte Trauer unterscheiden. Der Todesumstand des verstorbenen Partners wird betrachtet. Des Weiteren werden intrapersonelle Faktoren

herangezogen. Dabei wird untersucht, ob sich die in dieser Studie befragten Probanden<sup>1</sup> sowohl bezüglich des Copingverhaltens als auch in ihrem Ausmaß an Kohärenzgefühl unterscheiden.

Im theoretischen Teil dieser Arbeit wird die Phänomenologie von nicht pathologischer und pathologischer Trauer geschildert. Auf das Konzept der komplizierten Trauer wird im Speziellen eingegangen. Risiko- und protektive Faktoren, die den Gesundheitszustand nach einem Todesfall beeinflussen, werden präsentiert. Die Begriffe „Kohärenzgefühl und Coping“ werden erläutert und in Zusammenhang mit Trauer und Trauerbewältigung betrachtet. Kapitel 5 widmet sich dem Partnerverlust im Alter.

Der empirische Teil beschreibt die durchgeführte Studie. Hypothesen, Methodik, Stichprobenbeschreibung und die Ergebnisse der Hypothesenprüfung werden präsentiert. Zuletzt werden die Ergebnisse diskutiert, Kritik an der vorliegenden Studie und Forschungsausblicke angeführt.

---

<sup>1</sup> Zu Gunsten der einfacheren Lesbarkeit wurde in der vorliegenden Arbeit auf die geschlechtsneutrale Differenzierung z.B. die Probanden/ die Probandinnen verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für beide Geschlechter.

# ***Theoretischer Teil***

## **1. Trauer**

In den folgenden Kapiteln wird die Phänomenologie von Trauer beschrieben. Dabei werden Trauerdefinitionen genannt, die sich auch auf pathologische Trauer beziehen. Charakteristika und Differenzierungsmöglichkeiten von Trauerreaktionen werden veranschaulicht. So wurde Trauer von manchen Autoren auf psychischer, körperlicher und Verhaltensebene beschrieben, während andere Autoren versuchten, den Trauerverlauf in Phasen zu gliedern.

Die Hauptmerkmale, Qualität und Quantität von Trauer werden in Kapitel 1.2. erläutert. Zudem wird der Frage nachgegangen was „gelungene Trauer“ bedeutet.

### **1.1. Definitionen**

Durch die breite Phänomenologie von Trauerreaktionen fällt es nicht einfach, diese in einer einzigen Definition zusammenzufassen. Wie die unten angeführten Definitionen zeigen, setzten sich diverse Autoren schon früh mit pathologischen Ausformungen der Trauer auseinander.

In seiner Arbeit „Trauer und Melancholie“ beschreibt Freud (1917) Trauer folgendermaßen: *„Trauer ist regelmäßig die Reaktion auf den Verlust einer geliebten Person oder einer an ihrer Stelle gerückten Abstraktion wie Vaterland, Freiheit, ein Ideal usw. (S. 428-429)“*. Er bezieht sich somit nicht nur auf Trauer als Reaktion auf den Verlust eines geliebten Menschen, sondern wählt ein weiteres Spektrum von Verlusten.

Des Weiteren setzt sich Freud (1917) mit der Frage auseinander, ab wann Trauerreaktionen pathologische Erscheinungsformen erreichen, und führt dazu Folgendes an:

*Es ist außerdem bemerkenswert, daß es uns niemals einfällt, die Trauer als einen krankhaften Zustand zu betrachten und dem Arzt zur Behandlung zu übergeben, obwohl sie schwere Abweichungen vom normalen Lebensverhalten mit sich*

*bringt. Wir vertrauen darauf, daß sie nach einem gewissen Zeitraum überwunden sein wird, und halten eine Störung derselben für unzweckmäßig, selbst für schädlich (S.429).*

Bowlby (1980) beschreibt Trauer als Vorgang, der durch den Verlust eines nahestehenden Menschen ausgelöst wird, und sowohl bewusste als auch unbewusste Prozesse beinhaltet. Zudem postuliert er, dass pathologische Formen der Trauer durch Affinitäten zu bestimmten Beziehungsmustern, beispielsweise zu ambivalenten und ängstlichen Beziehungen, entstehen können.

Rando (2003) beschreibt Trauer als Reaktion auf verschiedenen Ebenen. Dabei wurde bei seiner Definition der englische Begriff „grief“ mit „Kummer“ als psychischer Prozess des Trauerns übersetzt: *„Kummer ist jener Prozess, in dem die intrapsychischen, verhaltensmäßigen, sozialen und körperlichen Reaktionen auf die Wahrnehmung eines Verlustes erlebt werden (S.181)“*. Demzufolge hat Trauer folgende Charakteristika:

- Trauer wird auf vier unterschiedlichen Ebenen erlebt.
- Trauer ist ein prozessualer Vorgang, der viele Veränderungen mit sich bringt.
- Trauer ist eine natürliche und absehbare Antwort auf einen Verlust.
- Trauer kann auf alle Arten von Verlust folgen und meint nicht nur die Reaktion auf den Tod eines Menschen.
- Das Trauererleben hängt von der individuellen Wahrnehmung des Verlustes ab.

## **1.2. Trauerreaktionen**

Die unterschiedlichen Verhaltensweisen nach dem Verlust eines nahestehenden Menschen reichen vom völligen Ausbleiben von Trauer bis hin zu tiefer Verzweiflung und schockähnlichen Zuständen (Fartacek & Nindl, 2001). Während manche Personen sehr intensiv oder über lange Zeit hinweg trauern, dauert bei anderen Menschen der Trauerprozess nur sehr kurze Zeit an (Bonanno & Kaltman, 2001).

Trauerreaktionen sind durch Vielfältigkeit bezüglich Quantität, aber auch Qualität gekennzeichnet (Bonanno & Kaltman, 2001). So identifizierten beispielsweise Bonanno et al.

(2002) fünf verschiedene Trauermuster, die sich in ihrer Studie innerhalb der ersten 18 Monate nach einem Partnerverlust abzeichneten: einfache Trauer, chronische Trauer, chronische Depression, Depression mit Besserung innerhalb der ersten 18 Monate nach Verlust und Resilienz.

Obwohl es keine genormte Trauerreaktion gibt, stellt sich dennoch die Frage, welche Hauptmerkmale Trauer kennzeichnen. Znoj (2004) beschreibt die Charakteristika von Trauer auf verschiedenen Ebenen: Auf der emotionalen Ebene kann es zu intensiven Gefühlen wie Angst, Wut, Schuld, Traurigkeit, emotionaler Leere, Einsamkeit, aber auch zu einem Gefühl der Erleichterung kommen. Die Verhaltensebene kann durch apathische Zustände, Hysterie, Betäubungsverhalten beispielsweise durch Medikamenteneinnahme oder Alkoholkonsum, selbstverletzendes Verhalten, Ess- und Schlafstörungen gekennzeichnet sein. Auf der kognitiven Ebene zeigt sich Verleugnung, Gedankenleere und Gedankenrasen. Schmerzzustände, motorische Unruhe und Herz-Kreislaufstörungen können auf der körperlichen Ebene beobachtet werden.

Nach Znoj (2004) ist Trauer vor allem von kulturellen Vorstellungen und Überlieferungen geprägt und muss immer im Kontext der jeweiligen sozialen Verbände betrachtet werden. Trauerrituale, welche vom jeweiligen Glauben geprägt sind, spielen diesbezüglich eine wichtige Rolle (Lobar, Youngblut & Brooten, 2006).

### **1.3. Trauerverlauf**

Der normale Trauerverlauf ist nach Znoj (2004) durch eine Abnahme des emotionalen Leidens und anderer damit verbundener intensiver Emotionen gekennzeichnet. Es kommt dabei nicht zu einem linearen Abfall der Trauerreaktion, vielmehr ist diese erheblichen Schwankungen unterworfen (Rando, 2003).

Viele Menschen erleben vor allem die erste Zeit nach dem Todesereignis als Schock. Gerade zu Beginn berichten Betroffene von emotionaler Instabilität, sehr häufigem, intensivem Weinen und auch halluzinatorischen Symptomen, wie dem Hören von Stimmen oder dem Gefühl der Präsenz des Verstorbenen im Raum (Znoj, 2004).

Die Realisierung des Verlustes der geliebten Person gelingt meist nur sehr langsam. Wird der Verlust schließlich als neue Realität erkannt, erfolgt die emotionale Auseinandersetzung, für welche ausreichend Ressourcen und Kapazitäten benötigt werden. Oftmals geht die Verarbeitung auch mit sozialem Rückzug einher (Znoj, 2004).

Bezüglich des zeitlichen Aspektes von Trauer meint Znoj (2004), dass diese meist länger dauert als gesellschaftlich angenommen. Ein Ende der Trauer zu finden, ist, so Rando (2003), schwer möglich, da zwar akute Trauerreaktionen zeitlich begrenzt sind, andere Aspekte der Trauer jedoch ein Leben lang anhalten können.

Gelungene Trauer zeichnet sich nach Fartacek & Nindl (2001) durch ein schrittweises Akzeptieren des Todes und der erfolgreichen Reorganisation in der Welt aus. Durch das Annehmen der Realität des Verlustes, der Konfrontation mit dem Schmerz und der Zuwendung zu sich selbst kann eine Neuorientierung im Leben ohne den verstorbenen Menschen erfolgen.

Carnelley, Wortman, Bolger und Burke (2006) untersuchten Trauerreaktionen bei 768 verwitweten Personen. Es zeigt sich, dass die Hinterbliebenen auch Jahrzehnte nach dem Todesfall regelmäßig über ihren verstorbenen Partner sprechen, immer wieder an ihn denken und begleitend sowohl als positiv als auch als negativ empfundene emotionale Reaktionen zeigen.

Insgesamt, so Znoj (2004), wird heutzutage nicht mehr die Meinung vertreten, dass Trauer vollständig verarbeitet werden muss, bevor man sich neuen Aufgaben stellt. Vielmehr geht es darum, das Verlusterlebnis in die persönliche Lebenswelt zu integrieren.

#### **1.4. Trauerphasen**

Aufgrund von Beobachtungen und Gesprächen mit trauernden Personen formulierten etliche Autoren verschiedene „normative“ Trauerphasen, die Personen üblicherweise im Rahmen des Trauerns durchlaufen (vgl. Bowlby 1980, Kübler-Ross, 1997): siehe Tabelle 1 und 2.

Nach Znoj (2004) gibt es zwar keine eindeutigen empirischen Belege für die verschiedenen Phasenmodelle, sie sind jedoch heuristisch wertvoll und können den Trauernden als Orientierung dienen. Auch im psychotherapeutischen Bereich und im Rahmen von Kriseninterventionen stellen sie nach wie vor wertvolle Hilfestellungen dar (Fartacek & Nindl, 2001).

**Tab 1: Trauerphasen nach Bowlby (1980)**

<b><i>Phase der Betäubung</i></b>
Diese Phase ist durch das Gefühl der Betäubtheit charakterisiert und kann einige Stunden bis zu einer Woche andauern. Dabei fühlt sich der Hinterbliebene durch die Todesnachricht wie betäubt. Diese augenscheinliche Ruhe kann jedoch durch intensive emotionale Ausbrüche unterbrochen werden.
<b><i>Sehnsucht und Suche nach der verlorenen Bindungsfigur</i></b>
Diese Phase, welche Monate bis Jahre andauern kann, ist durch eine schrittweise Akzeptanz des Verlustes als Realität gekennzeichnet. Immer wieder werden jedoch bestimmte Signale (z.B. Geräusche) als Rückkehr des Verstorbenen gedeutet. Dabei wird versucht diesen wiederzugewinnen. Ein weiteres Kennzeichen ist Zorn, den Bowlby (1980) mit dem Protest eines Kindes beim Verlust seiner Mutter und dem Bemühen, sie wiederzuerlangen, vergleicht.
<b><i>Phase der Desorganisation und Verzweiflung</i></b>
Die Notwendigkeit, alte Denk- und Verhaltensmuster abzulegen, wird meist als sehr schmerzhaft erlebt. Der Trauernde verfällt dadurch in eine Phase der Depression oder Apathie. Die Neudefinition seines Selbst in einer Welt ohne den Verstorbenen verlangt die vollständige Akzeptanz des Verlustes.
<b><i>Phase der Reorganisation</i></b>
Der Trauernde beginnt die neue Situation zu betrachten und über Bewältigungsmöglichkeiten nachzudenken. Es kommt zu einer Neudefinition des Selbst und der Situation.

Kübler-Ross (1997) entwickelte zunächst eine Theorie der Sterbephasen. Sie beobachtete, dass nicht nur die im Sterben liegenden Menschen diese Phasen durchlaufen, sondern auch die Angehörigen. So wurden diese Phasen auch auf die Trauerbewältigung übertragen.

**Tab. 2: Trauerphasen nach Kübler-Ross (1997)**

<b><i>Verleugnung</i></b>
Die erste Phase ist durch das Gefühl der Ohnmacht, Schock oder Verleugnung gekennzeichnet.
<b><i>Wut und Zorn</i></b>
Es kann zu einer Überflutung durch Emotionen kommen. Neben Wut spielen hier auch Angst, eigene Schuldgefühle als auch die Suche nach Schuldigen eine Rolle.
<b><i>Verhandeln</i></b>
Das starke Verlangen nach der verstorbenen Person kann zu einem Bitten nach der Rückkehr eben dieser führen.
<b><i>Depression</i></b>
Die Krankheit oder der Tod kann nicht länger geleugnet werden. Hoffnungslosigkeit, der Verlust des Lebenssinns und extreme Traurigkeit kennzeichnen dieses Stadium.
<b><i>Akzeptanz</i></b>
Schließlich wird der Tod des geliebten Menschen als Realität akzeptiert und es kommt zu einer Reorganisation in der Welt.

Es ist wichtig zu erwähnen, dass die Autoren keine eindeutig zeitlich gereichte Abfolge dieser Phasen postulierten. Vielmehr wird angenommen, dass im Verlauf der Trauer zwar all diese Phasen durchlaufen werden, Individuen jedoch für bestimmte Zeit zwischen mehreren Phasen hin und her pendeln können (Bowlby, 1980; Kübler-Ross, 1997).

In einer Langzeitstudie untersuchten Maciejewski, Zhang, Block und Prigerson (2007) an 233 trauernden Personen den Verlauf der Trauerphasen (*Unglaube, Sehnsucht, Wut, Depression und Akzeptanz*) nach Jacobs 1993 (nach Maciejewski et al., 2007). Zwischen einem und 24 Monaten nach einem Trauerfall wurden Daten zu den fünf Faktoren erhoben. Die maximalen

Ausprägungen der jeweiligen Faktoren spiegelten die postulierte zeitliche Abfolge des untersuchten Phasenmodells wider. So erreichte der Faktor *Unglaube* den Höchstwert einen Monat, *Sehnsucht* vier Monate, *Wut* fünf Monate und *Depression* sechs Monate nach dem Verlust. Zudem erhöhte sich die *Akzeptanz* zu jedem Erhebungszeitpunkt.

## **2. Die komplizierte Trauer**

Das Ziel des folgenden Kapitels ist die Darstellung des Konzepts der komplizierten Trauer. Es werden die Diagnosevorschläge verschiedener Forschergruppen präsentiert. Sowohl Erklärungsmodelle als auch Kritik an dem Konzept der komplizierten Trauer werden erörtert. Des Weiteren werden ausgewählte Risiko- und Protektivfaktoren, die den Trauerprozess beeinflussen, dargestellt. Die Abgrenzung zur Depression und zur Posttraumatischen Belastungsstörung wird ebenfalls erläutert.

### **2.1. Unterscheidung zwischen einfacher und komplizierter Trauer**

Während sich die meisten Individuen an die veränderte Situation nach einem Todesfall anpassen, kann der Verlust einer geliebten Person für manche Hinterbliebene schwere und lang andauernde Beeinträchtigungen des emotionalen und physischen Gesundheitszustandes mit sich ziehen. Dabei kommt es, wie in Kapitel 2.5. noch ausführlicher erklärt wird, sowohl zu einer Erhöhung des Morbiditäts- als auch des Mortalitätsrisikos (Li, Precht, Mortensen & Olsen, 2003; Lichtenstein, Gatz & Berg, 1998; Prigerson et al., 1997).

Zur Bezeichnung pathologischer Trauerzustände finden sich in der englischsprachigen Literatur neben dem Begriff „complicated grief“ die Synonyme „traumatic grief“, „pathological grief“, „abnormal grief“ oder auch „prolonged grief disorder“ (Horowitz, Siegel, Holen, Bonanno, Milbrath & Stinson, 1997; Prigerson et al., 1999, 2009; Schnider, Elhai & Gray, 2007). In der vorliegenden Arbeit wird meist der Begriff „komplizierte Trauer“ verwendet, da er zum aktuellen Zeitpunkt der am häufigsten verwendete Begriff in der deutschsprachigen Fachliteratur ist.

Einfache Trauerreaktionen unterscheiden sich von komplizierten Trauerreaktionen im Verlauf, in der Symptomatik sowie in den gesundheitlichen Folgen (siehe Abb.1). Auch die in Kapitel 1.3. beschriebene Akzeptanz des Verlustes und die Neuorientierung in der Welt ohne den Verstorbenen gelingt bei Menschen mit komplizierter Trauer nicht (Prigerson et al., 1999; 2009).

	<b>Einfache Trauerreaktion</b>	<b>Komplizierte Trauerreaktion</b>
<b>Verlauf</b>	Allmähliche Anpassung an die neue Realität, vergleichsweise abnehmende Intensität der gefühlten Trauer. Anpassung an neue Wirklichkeit ohne die verstorbene Person gelingt.	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.
<b>Symptomatik</b>	Trauerreaktion mit Rückzug und häufigem Weinen. Der Ausdruck der Trauerreaktion ist stark von kulturellen Normen geprägt.	Selbstschädigendes Verhalten, Panikattacken, depressive Reaktion, exzessive Reizbarkeit, anhaltende und häufige Intrusionen, Gefühl innerlicher Leere und allgemeiner Sinnlosigkeit.
<b>Gesundheit</b>	Langfristig keine gesundheitlichen Folgen.	Schlaf- und Essstörungen, erhöhte Anfälligkeit für Infektionskrankungen.

**Abb.1: Vergleich zwischen einfacher und komplizierter Trauer ( nach Znoj, 2004, S.12).**

## **2.2. Diagnosevorschläge der komplizierten Trauer**

Derzeit gibt es in den aktuellen Diagnosesystemen DSM-IV und ICD-10 keinen eigenständigen Kodierungszweig für komplizierte Trauer. Das DSM-IV beschreibt Trauer als eine normale Reaktion auf den Verlust eines geliebten Menschen. Trauer wird in die Kategorie „weitere klinisch relevante Probleme“ eingeordnet. Dauern bestimmte Symptome wie ausgeprägte Funktionsbeeinträchtigungen, fortlaufende Gedanken an den Tod oder halluzinatorische Erlebnisse länger als zwei Monate an, schlägt das DSM-IV die Diagnose der Major Depression vor (Saß, Wittchen & Zaudig, 2001). Das ICD-10 kodiert Trauer unter „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von

Dienstleistungen führen“ (Graubner, 2008). Kommt es zu verlängerter oder intensiverer Trauer, wird diese als Anpassungsstörung klassifiziert.

Um nicht pathologische Trauerreaktionen von pathologischer Trauer zu unterscheiden, definierten mehrere Forschungsgruppen unterschiedliche Diagnosekriterien, die in weiterer Folge erläutert werden.

### 2.2.1. „Complicated grief“ nach Horowitz et al. (1997)

Horowitz et al. (1997) konnten aus 30 potentiellen, im Vorfeld definierten Trauersymptomen, die zu zwei Messzeitpunkten (6 und 14 Monate nach einem Verlustereignis) an insgesamt 70 Probanden erhoben wurden, sieben Symptome extrahieren, die sie in ihren vorgeschlagenen Diagnosekriterien der komplizierten Trauer miteinbezogen (siehe Tab.3). Während es bei der Mehrzahl der Probanden (n = 41) zu einer Symptomreduktion zwischen den zwei Messzeitpunkten kam, litten manche (n = 29) weiterhin an etlichen dieser sieben Symptome.

**Tab. 3: Diagnosekriterien der komplizierten Trauer nach Horowitz et al. (1997)**

<b>„Complicated grief“ nach Horowitz et al. (1997)</b>
<p><i>A) Ereigniskriterium:</i> Der Trauerfall betrifft den Verlust des Ehepartners/der Ehepartnerin, eines nahen Verwandten oder eines Intimpartners und muss mindestens 14 Monate zurückliegen.</p>
<p><i>B) Symptomkriterien:</i> Mindestens drei der folgenden sieben Symptome sollen während der letzten drei Monate mit einer funktionsbeeinträchtigenden Intensität auftreten:</p> <p><i>B1: Intrusive Symptome:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intrusive Phantasien, ungewollte Gedanken, welche den Verstorbenen zum Inhalt haben.</li> <li>▪ Erinnerungsattacken oder emotionale Schübe, die sich auf den Verstorbenen beziehen.</li> <li>▪ Sehr starkes Verlangen nach der Anwesenheit der verstorbenen Person.</li> </ul> <p><i>B2: Vermeidung und Anpassungsschwierigkeiten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Starkes Gefühl der Einsamkeit und inneren Leere.</li> <li>▪ Vermeidung von Personen, Plätzen oder Aktivitäten, die an den Verstorbenen erinnern.</li> <li>▪ Schlafstörungen.</li> <li>▪ Verlust des Interesses an Arbeit, sozialen Aktivitäten und Verpflichtungen.</li> </ul>

### 2.2.2. „Traumatic grief“ nach Prigerson et al. (1999)

In einem mehrstufigen Verfahren definierten Prigerson et al. (1999) ebenfalls Diagnosekriterien der pathologischen Trauer. Die Autoren verwendeten für das Symptombild den Begriff der „traumatischen Trauer“.

In einem ersten Schritt definierten Experten im Rahmen einer Konsensuskonferenz etliche Diagnosekriterien. Anhand der Daten 306 verwitweter Personen erfolgte eine Validitätsbeurteilung dieser Kriterien. Schließlich wurden insgesamt zwölf Symptomkriterien, die den zwei Symptomgruppen „Trennungsschmerz“ und „traumatischer Stress“ zugeordnet wurden, in ihrem Diagnosekonzept zusammengefasst.

**Tab. 4: Diagnosekriterien der traumatischen Trauer nach Prigerson et al. (1999)**

<b>„Traumatic grief“ nach Prigerson et al. (1999)</b>
<i>Kriterium A:</i> Tod einer nahe stehenden Person. Die Trauerreaktion beinhaltet mindestens drei der folgenden vier Symptome: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Intrusive Gedanken bezüglich des Verstorbenen.</li><li>▪ Starke Sehnsucht und Verlangen nach der verstorbenen Person.</li><li>▪ Suche nach der verstorbenen Person.</li><li>▪ Einsamkeit aufgrund des Todesfalls.</li></ul>
<i>Kriterium B:</i> Mindestens vier der folgenden acht Symptome sind andauernd feststellbar: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Das Gefühl der Sinnlosigkeit des Lebens und der Zukunft.</li><li>▪ Gefühl emotionaler Taubheit.</li><li>▪ Schwierigkeiten, den Tod akzeptieren zu können.</li><li>▪ Gefühl, dass das Leben leer und bedeutungslos ist.</li><li>▪ Gefühl, dass ein Teil von sich selbst gestorben sei.</li><li>▪ Zerbrochenes Lebensgefühl und Lebensperspektive, fehlende Sicherheit, Vertrauen und Kontrolle.</li><li>▪ Übernahme von Verhaltensweisen oder Symptomen der verstorbenen Person.</li><li>▪ Exzessive Reizbarkeit, Bitterkeit oder Ärger gegenüber dem Verstorbenen.</li></ul>
<i>Kriterium C:</i> Die Symptome dauern mindestens zwei Monate an.
<i>Kriterium D:</i> Die Symptome verursachen psychische Funktionseinbußen im sozialen Bereich, im Beruf oder anderen wichtigen Lebensbereichen.

Im Gegensatz zu den Kriterien von Horowitz et al. (1997) beschränkt sich hier das Zeitkriterium darauf, dass die Symptomatik mindestens zwei Monate andauern muss. Prigerson et al. (1999) begründen dies damit, dass somit Risikogruppen früher identifiziert und behandelt werden können.

### **2.2.3. „Prolonged Grief Disorder“ nach Prigerson et al. (2009) als Diagnosevorschlag für DSM-V und ICD-11**

Die mangelnde Übereinstimmung bezüglich der Symptomkriterien der oben genannten Forschergruppen behinderte eine Implementierung der Diagnose für komplizierte Trauerreaktionen in den gängigen Diagnosesystemen DSM und ICD (Prigerson et al., 2009). Durch ein Panel, bestehend aus Experten für Trauer, affektive Störungen und psychiatrische Nosologie, und durch die Ermittlung der Validität eines neuen Diagnosemodells entstand die derzeit aktuellste Kriteriendefinition für pathologische Trauerzustände (siehe Tab.7).

Die Autoren führten Interviews mit 291 trauernden Personen innerhalb dreier zuvor definierter Zeitperioden durch (0-6 Monate, 6-12 Monate und 12-24 Monate nach dem Todesfall). Das Durchschnittsalter der Probanden lag bei 61,8 Jahren.

Die Autoren konnten drei Gruppen identifizieren. In der ersten Gruppe „akute Trauer“ erfüllten die Personen die definierten Symptomkriterien der komplizierten Trauer 0-6 Monate, nicht aber 6-12 Monate nach dem Verlust. Die zweite Gruppe zeigte „verspätete Trauer“. Hier erfüllten die Probanden die Kriterien der komplizierten Trauer 0-6 Monate nach dem Verlust nicht, diese traten erst 6-12 Monate danach auf. In der Gruppe mit „persistenter Trauer“ wurde sowohl 0-6 Monate als auch 6-12 Monate nach dem Verlustereignis komplizierte Trauer diagnostiziert. Den Autoren zufolge ist somit eine Diagnose erst 6 Monaten nach dem Todesfall möglich und sinnvoll.

**Tab. 5: Diagnosevorschlag zu „prolonged grief disorder“ von Prigerson et al. (2009)**

<b>Prolonged Grief Disorder nach Prigerson et al. (2009)</b>
A) <i>Ereigniskriterium</i> : Tod einer nahestehenden Person
B) <i>Trennungsschmerz</i> : Die trauernde Person erlebt täglich oder in beeinträchtigendem Ausmaß Sehnsucht und starkes Verlangen nach dem Verstorbenen sowie körperliches oder emotionales Leiden durch den unerfüllten Wunsch nach einem Wiedersehen mit dem Verstorbenen.
C) <i>Kognitive, emotionale oder verhaltensbezogene Symptomatik</i> : Die Person muss mindestens 5 der folgenden Symptome täglich oder in einem beeinträchtigenden Ausmaß erleben: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verwirrtheit über die eigene Rolle im Leben oder verminderte Selbstwahrnehmung. Das Gefühl als ob ein Teil von sich selbst gestorben wäre.</li> <li>▪ Schwierigkeiten, den Verlust zu akzeptieren.</li> <li>▪ Vermeidung von Erinnerungen an den Verlust.</li> <li>▪ Unvermögen, seit dem Verlust anderen zu vertrauen.</li> <li>▪ Bitterkeit oder Wut (bezogen auf den Verlust).</li> <li>▪ Schwierigkeiten, mit dem Leben weiterzumachen (z.B. neue Freundschaften schließen, Interessen nachgehen).</li> <li>▪ Emotionale Taubheit seit dem Verlust.</li> <li>▪ Gefühl, dass das Leben seit dem Verlust nicht erfüllend, leer und bedeutungslos ist.</li> <li>▪ Gefühl der Fassungslosigkeit, Verwirrtheit und des Schocks seit dem Verlust.</li> </ul>
D) <i>Zeitkriterium</i> : Eine Diagnose sollte nicht vor sechs Monaten nach dem Todesfall gestellt werden.
E) <i>Beeinträchtigung</i> : Die Störung verursacht klinisch relevante Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
F) <i>Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen</i> : Die Störung kann nicht besser durch die Diagnose einer Major Depression, einer generellen Angststörung oder einer Posttraumatischen Belastungsstörung erklärt werden.

#### **2.2.4. Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Diagnosekriterien**

Bis zum aktuellsten Kriterienkatalog zeigen sich Unterschiede sowie Gemeinsamkeiten in den definierten Kriterien. Alle drei Kataloge führen den Tod einer nahestehenden Person als erstes Kriterium für die Diagnose an. Die Anzahl der Symptomkriterien variiert zwischen den einzelnen Katalogen. Horowitz et al. (1997) definierten insgesamt sieben Symptome, die sie in intrusive Symptome, Vermeidungsverhalten und Anpassungsschwierigkeiten unterteilten. Bei Prigerson et al. (1999) finden sich insgesamt zwölf Symptomkriterien. Im aktuellsten Kriterienkatalog von Prigerson et al. (2009) wird „Trennungsschmerz“ als eigenes, von den anderen 9 Symptomkriterien abgegrenztes Diagnosekriterium aufgelistet.

Auch beim Zeitpunkt, ab dem eine Diagnose als sinnvoll erachtet wird, herrscht keine Einigkeit zwischen den Autoren. Bei Horowitz et al. (1997) wurden 14 Monate und bei Prigerson et al. (1999) 2 Monate nach dem Verlust als Zeitpunkt angegeben, ab dem eine Diagnose gestellt werden darf. In der aktuellsten Version wird das Zeitkriterium auf 6 Monate nach dem Todesfall festgelegt.

Gemeinsamkeiten finden sich in den einzelnen Symptomkriterien, von denen etliche bis zur aktuellsten Version gleich geblieben sind, beispielsweise das Gefühl emotionaler Taubheit, Schwierigkeiten, den Verlust zu akzeptieren, oder starke Sehnsucht nach der verstorbenen Person.

#### **2.3. Erklärungsmodelle der komplizierten Trauer**

Verschiedene Modelle versuchen die Entstehung komplizierter Trauer zu erklären. In Folge werden drei ätiologische Konzepte erläutert:

Maercker (2004a) beschreibt zwei ätiologische Modelle zur komplizierten Trauer, das Phobiemodell und das Modell der komplizierten Trauer als Stress-Response Syndrom. Znoj (2004) versucht die komplizierte Trauer über ein Aufschaukelungsmodell zu erklären.

### **2.3.1. Das Phobiemodell**

Dieses Modell basiert auf der Annahme, dass bei Trauerreaktionen sowohl klassische und operante Konditionierungsprozesse als auch die Generalisierung von mit dem Trauerfall assoziierten Stimuli eine wichtige Rolle spielen. Wie bei anderen phobischen Störungen werden Reize, die mit dem Verlust assoziiert werden, versucht zu vermeiden. Das vermeidende Verhalten kann sich auf viele Situationen ausweiten und somit zu Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebenskontexten führen. Des Weiteren postuliert dieses Modell, dass es durch wiederholte Konfrontation mit solchen Reizen zu einer Habituation kommt.

### **2.3.2. Komplizierte Trauer als Stress-Response- Syndrom**

Die komplizierte Trauer kann als Stress-Response Syndrom gesehen werden (Maercker, 2004a). Dabei wird angenommen, dass das Verlustereignis eine Überforderung für emotionale Regulationsprozesse und eine Bedrohung für kognitive Schemata darstellt. Diese Überforderung beziehungsweise Bedrohung führt dazu, dass der Trauerfall nicht in seiner Ganzheit in bestehende Schemata integriert werden kann. Durch gegenläufige Mechanismen können jeweils nur kleine Teile des Ereignisses in bereits schon bestehende Schemata integriert werden. Einerseits hält der Mechanismus der Verleugnung belastende Informationen vom Bewusstsein fern, andererseits drängen sich diese belastenden Informationen in Form von intrusiven Erinnerungen so lange auf, bis sie vollständig integriert sind.

Die Erinnerungen an das Ereignis verlieren an Lebendigkeit und die emotionalen Reaktionen an Intensität. Letztendlich werden bestehende Schemata durch die neue Realität ergänzt. Durch Verlängerung oder Intensivierung der Phasen der Verleugnung und Intrusionen entsteht die komplizierte Trauerreaktion (Maercker, 2004a).

### **2.3.3. Das Aufschaukelungsmodell der komplizierten Trauer**

Nach Znoj (2004) ist komplizierte Trauer das Ergebnis eines Aufschaukelungsvorgangs unterschiedlicher Prozesse. Nach der anfänglichen Phase des Schocks und Nicht-

wahrhaben-Wollens des Verlustes kommt es zu intensiven emotionalen Reaktionen und zu emotionaler Dysregulation. Durch dysfunktionale Kognitionen, so Znoj (2004), entstehen abermals intensive negative Gefühlszustände. Ähnlich dem Phobiemodell spielen auch hier vermeidende Verhaltensweisen eine elementare Rolle. Reize, die mit dem Verlust in Verbindung stehen, werden vermieden und intrusive Gedanken, welche die Person wieder mit dem Verlust konfrontieren, lösen schockähnliche Zustände aus, wodurch die Person abermals Vermeidungsverhalten zeigt. Allmählich wird dieser Kreislauf stärker und es bildet sich ein neues emotionales Schema, das durch Hilflosigkeit, Schmerz und Trauer charakterisiert ist. In Abbildung 2 ist das Aufschaukelungsmodell dargestellt.

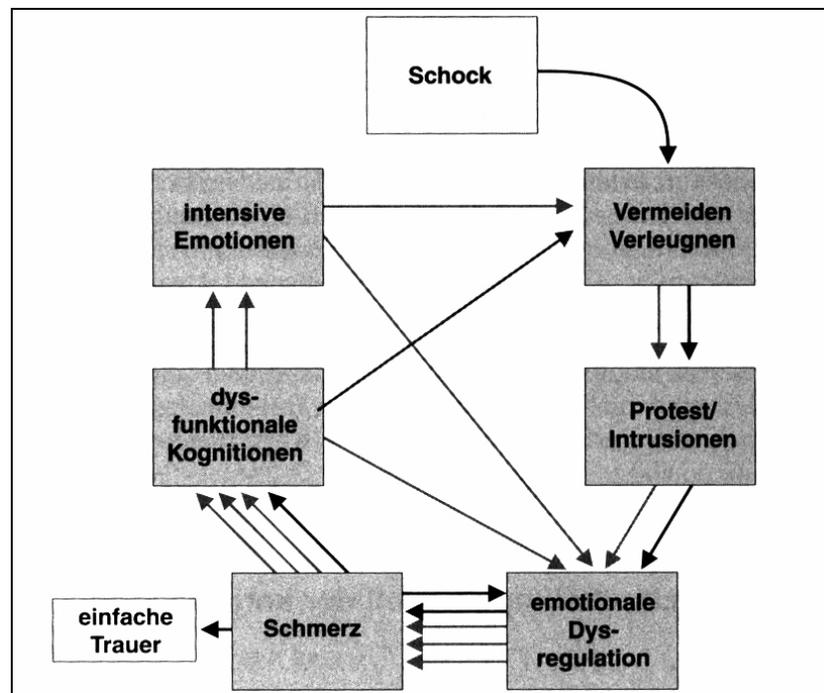


Abb. 2: Aufschaukelungsmodell der komplizierten Trauer nach Znoj (2004, S.40)

## **2.4. Ausgewählte Risiko- und protektive Faktoren der komplizierten Trauer und anderer gesundheitlicher Beeinträchtigung nach einem Trauerfall**

Um Gesundheit nach einem Verlustereignis fördern und dort Interventionen setzen zu können, wo es notwendig ist, sieht man sich zunächst mit der Herausforderung konfrontiert, diejenigen Personen zu identifizieren, die besonders vulnerabel sind, im Rahmen des Trauerns dauerhafte Beeinträchtigungen des psychischen und physischen Wohlbefindens zu erfahren.

Untersuchungen über Risikofaktoren negativer gesundheitlicher Folgen nach einem Verlustereignis spielen nach Stroebe und Schut (1999) eine wichtige Rolle sowohl für praktische (z.B. zukünftige psychologische und medizinische Versorgung von Risikogruppen) als auch theoretische Zwecke (z.B. um die Validität von theoretischen Konzepten zu gesundheitlichen Folgen nach einem Verlustereignis zu prüfen).

Nach Stroebe, Folkman, Hansson und Schut (2006) ist ein Risikofaktor eine Variable, die, wenn sie vorhanden ist, die Wahrscheinlichkeit negativer gesundheitlicher Folgen erhöht. Die Autoren unterscheiden Risikofaktoren der Trauer in verlustbezogene Variablen, wie den Todesumstand selbst, und generelle Faktoren, wie den sozialen Kontext oder Persönlichkeitseigenschaften.

Angelehnt an das Duale Prozessmodell der Trauer (siehe Kapitel 4.4.) von Stroebe und Schut (1999) und das transaktionale Stressmodell nach Lazarus (1966), entwickelten Stroebe et al. (2006) ein integratives Modell der Risikofaktoren (siehe Abb.3). Anhand von vier Faktorengruppen soll das Modell dazu beitragen, Risiko- beziehungsweise protektive Faktoren zu identifizieren und individuelle Differenzen im Trauerverhalten zu erklären. Wie auch in den zuvor beschriebenen ätiologischen Modellen der komplizierten Trauer (siehe Kap.2.3.) finden sich hier kognitive und emotionale Prozesse, welche die Trauerreaktion beeinflussen.

Folgende Gruppen von Stressoren, Ressourcen und Mechanismen, von denen angenommen wird, dass diese einen Einfluss auf die gesundheitlichen Folgen nach einem Verlustereignis haben, werden in dieses Modell integriert:

- Intrapersonelle Faktoren: z.B. Bindungsstil, Persönlichkeit...
- interpersonelle Faktoren: z.B. soziale Unterstützung, materielle Ressourcen...
- Bewertungs- und Copingprozesse: kognitive, verhaltensbezogene und emotionale Mechanismen.
- Verlustspezifische Faktoren: z.B. Todesumstand, Verhältnis zu Verstorbenen...

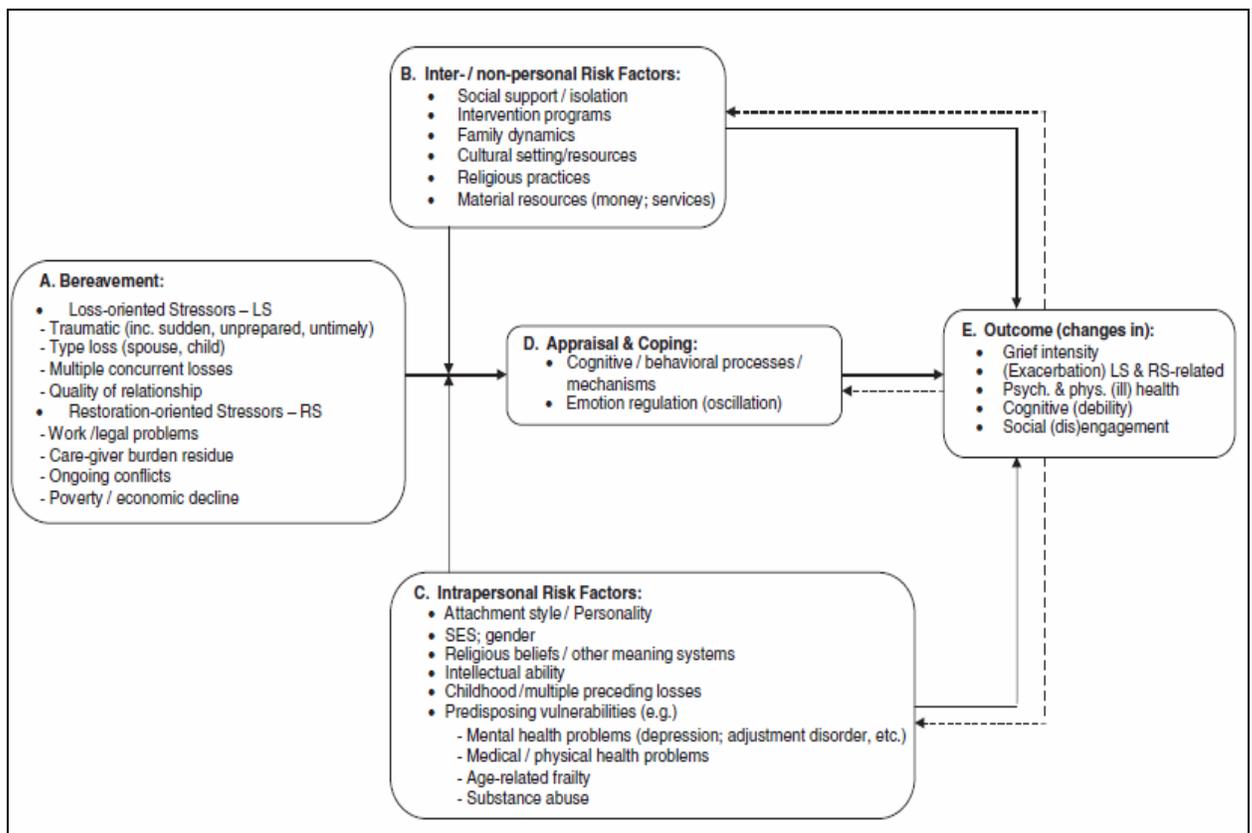


Abb. 3: Integratives Risikofaktorenmodell nach Stroebe et al. (2006, S. 2444)

### **2.4.1. Soziodemografische Faktoren**

Nach Stroebe, Schut und Stroebe (2007) könnten ausreichende sozioökonomische Ressourcen einen Puffereffekt haben, durch den Personen nach dem Verlust eines nahestehenden Menschen weniger leicht in Mitleidenschaft gezogen werden.

Stroebe, Stroebe und Schut (2001) weisen auf eine höhere Vulnerabilität verwitweter Männer im Gegensatz zu verwitweten Frauen hin. Diese Annahme wird von Van Grootheest, Beekman, Broese van Groenou und Deeg (1999) gestützt, in deren Studie Witwer unter mehreren und intensiveren depressiven Symptomen litten als Witwen. Nach dem Tod eines Kindes scheinen es jedoch die Mütter zu sein, die einer stärkeren Beeinträchtigung ausgesetzt sind als die Väter (Kreicbergs, Valdimarsdóttir, Onelöv, Henter & Steineck, 2004).

Bezüglich des Einflusses des Alters auf die Trauerreaktion zeigen jüngere Personen stärkere Beeinträchtigungen (Stroebe et al, 2007). Perkins und Harris (1990) weisen auf einen möglichen kurvilinearen Zusammenhang zwischen Alter und Gesundheitszustand nach einem Trauerfall hin.

### **2.4.2. Todesumstand**

Immer wieder war es das Ziel von Studien, den Einfluss des Todesumstandes auf die Trauerreaktion zu untersuchen (vgl. Bailey, Kral & Dunham, 1999; Reed 1998; Kaltman & Bonanno, 2003). Dabei unterteilten die Autoren den Faktor Todesumstand nach bestimmten Aspekten wie dem zeitlichen Aspekt, also ob es sich um einen plötzlichen oder erwarteten Tod handelte und der Art des Todes. Letzteres wurde in den hier erwähnten Studien in natürlichen beziehungsweise gewaltsamen Tod unterteilt.

Hauser (1987, nach Reed 1998) beschreibt den plötzlichen Tod als ein Ereignis, das ohne Vorwarnung, Antizipation oder Vorbereitung eintritt und ein hohes Maß an Veränderung für die Umwelt verursacht. Plötzliche Verlustereignisse inkludieren gewaltsame Todesumstände wie Suizid, Homozid, Unfälle oder unerwartete natürliche Todesumstände wie beispielsweise Tod durch Herzinfarkt. Kaltman & Bonanno (2003) definierten zudem ein Zeitkriterium für

einen plötzlichen Tod, welcher dadurch gekennzeichnet ist, dass er nach einem Abstand von weniger als einem Tag nach Vorwarnung eintritt.

Reed (1998) erfasste den Zusammenhang verschiedener Variablen zur Trauerreaktion von Angehörigen von plötzlich als auch gewaltsam verstorbenen Personen. Neben verschiedenen demografischen Faktoren und sozialer Unterstützung hatte auch die Art des Todes einen Einfluss auf die Trauerreaktion. Unterschiedliche Todesumstände führten zu unterschiedlichen Trauerreaktionen. Angehörige von Suizidverstorbenen zeigten eher Ablehnungsgefühle gegenüber den Verstorbenen, während Angehörige von Unfallopfern vermehrt Trennungsängste aufwiesen.

Kaltman und Bonanno (2003) unterschieden in ihrer Studie zwischen gewaltsamem Tod (Unfall, Suizid, Homozid) und natürlichem Tod (natürliche Todesursache, Krankheit). Angehörige von Personen, die durch einen gewaltsamen Tod umkamen, zeigten signifikant stärkere Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung als Angehörige von Personen, die durch einen natürlichen Tod verstorben sind. Zudem wiesen die Teilnehmer der ersten Gruppe (gewaltsamer Tod) länger andauernde depressive Symptome auf.

Zwischen erwartetem und unerwartetem Verlust fanden Bailey et al. (1999) keine signifikanten Unterschiede in der Trauerreaktion. Angehörige von Suizidopfern zeigten jedoch intensivere Reaktionen, Schuldgefühle als auch das Gefühl der Stigmatisierung.

Angehörige von Suizidopfern dürften auch ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung komplizierter Trauer haben (Mitchell, Yookyung, Prigerson & Mortimer-Stephens, 2004).

Insgesamt zeigen die Studienergebnisse, dass ein gewaltsamer Tod, vor allem Tod durch Suizid, mit einem schlechteren Gesundheitszustand der trauernden Hinterbliebenen einhergeht. Unzureichend geklärt ist die Frage, inwieweit ein Zusammenhang zwischen Trauerreaktion, im Speziellen zwischen der komplizierten Trauer, und plötzlichem beziehungsweise erwartetem Tod besteht. Die Studienergebnisse diesbezüglich sind bislang inkonsistent (Stroebe et al., 2007).

### **2.4.3. Persönlichkeitsvariablen**

Persönlichkeitsfaktoren wurden bislang in der Forschung zu Trauerreaktionen noch relativ wenig beachtet.

Nach Stroebe et al. (2007) scheinen sich Optimismus, wahrgenommene Kontrolle, ein hohes Selbstbewusstsein und ein sicherer Bindungsstil positiv auf den Gesundheitsstatus nach einem Verlustereignis auszuwirken.

## **2.5. Differentialdiagnostik und Komorbidität**

Sowohl bei der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) als auch bei Depression finden sich Überschneidungen mit den Symptomkriterien der komplizierten Trauer. Wie im folgenden Kapitel erwähnt wird, sind die verschiedenen Syndrome dennoch voneinander abzugrenzen. Die Unterschiede und Gemeinsamkeiten werden im Folgenden ausgeführt. Ein Hauptaugenmerk wird auch auf die Komorbidität der komplizierten Trauer mit der PTSD und der Depression gelegt.

### **2.5.1. Abgrenzung zur Posttraumatischen Belastungsstörung (Posttraumatic Stress Disorder- PTSD)**

Die psychopathologische Ähnlichkeit der bereits weiter oben angeführten Diagnosekriterien der komplizierten Trauer mit denen der Posttraumatischen Belastungsstörung zeigt sich in den Symptomen wie Intrusionen und Vermeidungsverhalten.

Nach Znoj (2004) liegt der wesentliche Unterschied zwischen den beiden Syndromen darin, dass das Verlustereignis bei der komplizierten Trauerreaktion oft leichter integriert werden kann als das traumatische Ereignis bei der PTSD.

Wie bereits im Kapitel 3.5.2. erwähnt, konnten etliche Autoren zeigen, dass vor allem ein gewaltsamer, plötzlicher Verlust zu Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung führen kann. Breslau (1998) fand in einer epidemiologischen Studie, dass, verglichen mit anderen Traumaerfahrungen, ein plötzliches Verlusterlebnis nur bei einem geringen Teil der

Bevölkerung zu einer PTSD führt. Andererseits ist genau dieses Erlebnis, aufgrund der Häufigkeit, für ein Drittel der PTSD-Erkrankungen in der Bevölkerung verantwortlich.

Dass Symptome der PTSD nach einem Trauerfall nicht selten vorkommen, zeigen Schut, de Keijser, van den Bout, Stroebe und Stroebe (1991). Die Autoren untersuchten 128 trauernde Personen zu vier Messzeitpunkten. Über 50% der Teilnehmer hatten einen Angehörigen durch einen plötzlichen traumatischen Tod verloren. Zu jedem Messzeitpunkt litten zwischen 20% und 31% der Probanden unter einer PTSD, bei 9 % der Teilnehmer wurde zu jedem Messzeitpunkt eine PTSD diagnostiziert.

Es kann davon ausgegangen werden, so Znoj (2004), dass vor allem die Todesumstände, die als „*man-made*“-Katastrophen eingestuft werden, wie Tod durch Mord, zu komplizierten Trauerreaktionen sowie zu posttraumatischem Stress führen können.

Die weiter oben beschriebenen Diagnosekriterien der komplizierten Trauer zeigen zwar Überschneidungen mit der PTSD. Hinsichtlich der Qualität der Symptome zeigen sich jedoch Differenzen. So beziehen sich intrusive Erlebnisse, welche sich bei den vorgeschlagenen Symptomkriterien von Prigerson et al. (1999) und Horowitz et al. (1997) finden, bei der PTSD auf die traumatische Erfahrung selbst und die damit zusammenhängende Gefahr, während die Intrusionen der komplizierten Trauer sowohl negative als auch positive Inhalte haben können. Ausschlaggebend ist der aufdringliche Charakter dieser Erinnerungen. Auf verschiedene Arten zeigt sich auch das Vermeidungsverhalten der beiden Syndrome. Während bei der PTSD Reize vermieden werden, die mit dem Trauma in Verbindung stehen und somit Intrusionen auslösen könnten, vermeiden kompliziert Trauernde in erster Linie Menschen und Aktivitäten, die mit dem Verstorbenen in Verbindung stehen und somit möglicherweise Trennungsschmerz auslösen könnten (Kersting et al. 2001).

Die Symptomüberschneidungen werfen die Frage auf, ob es sich bei der komplizierten Trauer um ein eigenständiges Krankheitsbild handelt. Bonanno, Neria, Mancini, Coifman, Litz und Insel (2007) lieferten anhand zweier Studien unterstützende Ergebnisse dafür, dass die komplizierte Trauerreaktion als ein von der PTSD unabhängiger Marker für trauerbezogene Psychopathologie fungiert. Es zeigen sich jedoch hohe Komorbiditätsraten zwischen

komplizierter Trauer und PTSD. Nach Shear, Frank, Houck und Reynolds (2005) liegen diese zwischen 30% und 50%.

### **2.5.2. Abgrenzung zur Depression**

Die Abgrenzung der komplizierten Trauer zu depressiven Störungen ist, so Znoj (2004), nicht einfach. Empirische Studien zeigen jedoch, dass es sich bei der komplizierten Trauer um ein von depressiven Störungen abzugrenzendes Syndrom handelt (Prigerson, Frank et al., 1995; Boelen, Van den Bout & Keijsers, 2003).

Die Unterschiede zwischen den beiden Symptombildern zeigen sich im Gefühlserleben der betroffenen Personen. Während jenes bei depressiven Personen eher flach ist, erleben trauernde Personen, besonders in intensiven Trauerphasen, starke Gefühlswallungen. Sowohl Gefühle der Hoffnungs- und Sinnlosigkeit als auch Schuldgefühle können bei beiden Störungen vorkommen, jedoch beziehen sich diese bei trauernden Personen vorwiegend auf die verstorbene Person (Znoj, 2004).

Es besteht eine sehr hohe Komorbidität der komplizierten Trauer mit den depressiven Störungen (Znoj, 2004). In der Untersuchung von Horowitz et al. (1997) wurde bei 21% der Personen mit komplizierter Trauer die Diagnose einer Major Depression gestellt. Die weiteren Ergebnisse zeigten, dass bei etlichen der Probanden, die unter komplizierter Trauer litten, schon früher eine depressive Störung diagnostiziert wurde. Die Autoren postulieren, dass depressive Störungen die Vulnerabilität für komplizierte Trauer erhöht.

Auch in der Studie von Kersting et al. (2009) mit ausschließlich depressiven Probanden, zeigte sich eine hohe Komorbidität mit komplizierter Trauer. Zudem war die depressive Symptomatik bei Personen mit komplizierter Trauer stärker ausgeprägt als bei Personen ohne komplizierter Trauer.

### **2.5.3. Exkurs: Symptombesonderheiten bei der Depression im Alter**

Wolfersdorf & Schüler (2005) geben zur Symptomatik der Depression im Alter Folgendes an:

*„(...)neben die klassischen Erscheinungsbilder treten zunehmend ganz persönliche von der jeweils eigenen und immer länger werdenden Biographie geprägte Symptome, die das depressive Syndrom/depressive Episode im Alter teils bunter gestalten, teilweise aber auch verwischen können. Insbesondere dann, wenn die psychischen sich mit Klagen über körperliche Beschwerden überlappen oder ganz von ihnen überlagert werden (S. 29)“.*

Nach Zaudig (2001) neigen ältere Menschen dazu, die depressiven Symptome zu bagatellisieren. In den Vordergrund der Symptomatik treten neben Agitiertheit, Misstrauen und Hypochondrie vor allem die körperlichen Symptome einer Depression.

Durch das Hervortreten der körperlichen Symptomatik und durch gesellschaftliche Altersstereotypen wird die Depression im Alter häufig übersehen, nicht diagnostiziert und somit nicht angemessen behandelt (Wolfersdorf & Schüler, 2005).

### **2.6. Weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen in Zusammenhang mit Trauer**

Nach dem Tod eines nahestehenden Menschen scheinen die Hinterbliebenen ein erhöhtes Morbiditäts- als auch Mortalitätsrisiko zu haben. Zudem dürften Personen mit komplizierter Trauer ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung weiterer Beeinträchtigungen der psychischen und körperlichen Gesundheit zu haben.

So untersuchten Prigerson et al. (1997) verschiedene Aspekte des psychischen und körperlichen Befindens von 150 Personen zu fünf Zeitpunkten (kurz nach der Krankenhausaufnahme des Partners, sechs Wochen und sechs, 13 und 25 Monate nach dem Tod des Partners). Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass trauernde Personen mit Symptomen der komplizierten Trauer ein signifikant höheres Risiko für die Entwicklung eines erhöhten Blutdrucks, bösartiger Neubildungen als auch Suizidgedanken haben.

In der Untersuchung von Zisook, Paulus, Schuster & Judd (1997) mit 259 Personen, das Durchschnittsalter lag bei 62 Jahren, wiesen 20% der Individuen zwei Monate nach dem Verlust des Ehepartners eine Major Depression auf, in der nicht- trauernden Vergleichsgruppe war es 1%. Bei weiteren 20% wurde eine Minor Depression diagnostiziert (2% in der Vergleichsgruppe) und bei 11 % eine subsyndromale Depression (3% in der Vergleichsgruppe). Somit wurde bei lediglich 49 % der trauernden Individuen keine Depression diagnostiziert. Die Depressionsrate unter den trauernden Probanden verringerte sich im Laufe der Zeit. Dreizehn Monate nach dem Verlust zeigten 62% kein depressives Syndrom, 25 Monate danach waren es bereits 70 %. Einfluss auf die Entstehung einer Depression nach dem Verlustereignis hatte vor allem eine frühere Major Depression. Zudem kam es tendenziell bei jenen Personen zu einer Aufrechterhaltung der Depression, die schon in einer frühen Phase nach dem Verlust eine Depression entwickelten.

Erlangsen, Jaune, Bille-Brahe und Vaupel (2004) befassten sich in ihrer Studie mit der Suizidrate nach dem Verlust des Lebensgefährten. Zwischen 1994 und 1998 wurden die Daten von beinahe 2 Millionen Dänen registriert, die älter als 50 Jahre waren. Von den 2323 Personen, die sich in diesem Zeitraum suizidierten, waren die meisten verwitwet. Insgesamt betrachtet erlebte nur ein geringer Teil den Partnerverlust kurz vor dem Vollzug des Suizids. Im ersten Jahr nach dem Verlustereignis registrierten die Autoren jedoch speziell für die Gruppe der hochbetagten Männer (80+) eine erhöhte Suizidrate.

Eine erhöhte Mortalitätsrate fanden Li et al. (2003) bei Frauen, nach dem Tod ihres Kindes als auch Lichtenstein et al. (1998) nach dem Tod des Partners.

## **2.7. Bewertung des Konzepts der komplizierten Trauer**

Die Kritik am Konzept der komplizierten Trauer bezieht sich vor allem auf die Tatsache, dass Trauer eine natürliche Reaktion auf ein zu erwartendes Ereignis darstellt. Eine Diagnosekategorie würde diese pathologisieren und zur Gefahr der Stigmatisierung der Betroffenen führen (Hogan, Worden & Schmidt, 2003-2004). Prigerson und Maciejewski (2005-2006) entgegnen der Kritik damit, dass in ihrer Untersuchung 98,5 % der befragten Personen angaben, sie würden Hilfe aufsuchen, wenn bei ihnen die Diagnose komplizierte

Trauer gestellt werden würde. Zudem meinten 96,3 % der Befragten, eine Diagnose könne eine Erleichterung bewirken und das Verständnis von Angehörigen für den eigenen Zustand erhöhen.

Wie in den Kapiteln 2.2.1 bis 2.2.3. bereits erwähnt, konnte gezeigt werden, dass sich komplizierte Trauerreaktionen von einfachen Trauerreaktionen unterscheiden. Zudem steht die komplizierte Trauer mit deutlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, wie Depressionen oder erhöhtem Blutdruck, in Zusammenhang (vgl. Kersting et al., 2009; Prigerson et al., 1997).

Das spezielle Symptombild wird jedoch nicht durch eine bereits bestehende Diagnose abgedeckt und in den Diagnosesystemen somit bislang nicht als behandlungswürdig erachtet. Der Nutzen der Implementierung einer Diagnose der komplizierten Trauer in den Diagnosesystemen kann in der Indikation spezieller professioneller Hilfe liegen (Fartacek & Nindl, 2001).

### **3. Kohärenzgefühl und Salutogenese**

Im folgenden Abschnitt wird das Konzept des Kohärenzgefühls als protektiver Faktor erläutert. Des Weiteren werden Studienergebnisse zur Stabilität des Kohärenzgefühls und dessen Einfluss auf die Lebensqualität im Alter und auf die Reaktion nach einem Todesfall präsentiert.

Im Gegensatz zu einem in der Medizin vorherrschenden pathogenetischen Paradigma prägte Antonovsky (1997) das Konzept der Salutogenese. Stressoren werden aus pathogenetischer Sicht immer als mögliches Gesundheitsrisiko betrachtet und sollten demnach reduziert werden.

Stressoren können jedoch durch die mobilisierende Wirkung sogar gesundheitsfördernd sein. Dies beschreibt Antonovsky (1997) anhand einer Studie über Schwangerschaftskomplikationen von Nuckolls, Cassel und Kaplan (1972, nach Antonovsky, 1997), bei der sich zeigte, dass ein hohes Ausmaß an Stressoren dann gesundheitsfördernd

wirkte, wenn dasselbe Ausmaß an sozialer Unterstützung vorhanden war. Auch nach Lorenz (2005) können Stressoren, wie kritische Lebensereignisse, eine Neuorientierung bewirken und Prozesse in Gang setzen, die eine Entwicklung in Richtung Gesundheit ermöglichen.

### **3.1. Das Kohärenzgefühl als protektives Persönlichkeitsmerkmal**

Um zu erklären, wie sich ein Mensch auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Richtung Gesundheit bewegen kann, entwickelte Antonovsky (1997) das Konzept des Sense of Coherence (SOC, Kohärenzgefühl). Dieses beschreibt ein Grundgefühl des Vertrauens dahingehend, dass bestimmte Ereignisse im Leben eines Menschen verstehbar und erklärbar sind, man Ressourcen zur Verfügung hat, um das Leben zu bewältigen und es sinnvoll ist, sich in der Welt zu engagieren. Es setzt sich aus den folgenden drei Komponenten zusammen:

1. *Verstehbarkeit*: Die Komponente der Verstehbarkeit beschreibt das Ausmaß, in dem interne und externe Reize als kognitiv sinnvoll und als geordnete, konsistente und klare Informationen wahrgenommen werden. Personen mit einem hohen Ausmaß an Verstehbarkeit nehmen an, dass zukünftige Stimuli vorhersagbar sind oder zumindest erklärt und eingeordnet werden können.
2. *Handhabbarkeit*: Das wahrgenommene Ausmaß, für zukünftige Anforderungen geeignete Ressourcen zur Verfügung zu haben, ist die zweite Komponente in Antonovskys Konzept des Sense of Coherence. Dabei versteht er unter Ressourcen solche, die man selbst kontrollieren kann oder von legitimierten anderen kontrolliert werden, wie beispielsweise Freunde, Familie, Kollegen oder auch Gott. Personen mit einem hohen Ausmaß an Handhabbarkeit vertrauen darauf, zukünftige Lebensanforderungen bewältigen zu können.
3. *Bedeutsamkeit*: Die Komponente der Bedeutsamkeit stellt für Antonovsky (1997) das motivationale Element seines Konzepts dar. Ob es sich für eine Person lohnt Anstrengungen in Anforderungen zu investieren, hängt davon ab, wie bedeutsam diese empfunden werden. Die Bedeutsamkeit gibt das Ausmaß an, inwieweit ein Mensch das Leben als sinnvoll empfindet.

Nach Antonovsky (1997) stellt das SOC weniger eine Copingstrategie als eine generelle Lebenseinstellung dar, die sich aus Bewusstsein, kognitiven und emotionalen Elementen zusammensetzt. Ein stark ausgeprägtes SOC ermöglicht ein flexibleres Herangehen an Anforderungen. Das Kohärenzgefühl bestimmt die Aktivierung von generalisierten Widerstandsressourcen, welche zur Bewältigung von Spannungszuständen beitragen. Dabei werden unter generalisierten Widerstandsressourcen, Individuelle Faktoren, wie Introspektionsfähigkeit, Intelligenz oder Ich-Identität sowie Faktoren, die im sozialen und kulturellen Bereich eingebettet sind, verstanden.

Menschen mit einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl, so Lorenz (2005), verfügen über das Vertrauen in die eigenen Ressourcen und sind somit eher in der Lage, die an sie herangetragenen Anforderungen zu bewältigen.

### **3.2. Entstehung und Stabilität des Kohärenzgefühls**

Bei der Entwicklung des Kohärenzgefühls, so Antonovsky (1997), sind vor allem Erfahrungen in der frühen Kindheit, Adoleszenz, aber auch im Erwachsenenalter ausschlaggebend. Konsistente Lebenserfahrungen, wie die Erfahrung, dass sich Abläufe unter ähnlichen Gegebenheiten wiederholen, stellen die Basis für die Komponente der Verstehbarkeit dar. Die Belastungsbalance, weder ständige Unter- noch Überforderung, prägt die Komponente der Handhabbarkeit. Ob das Leben als bedeutsam und sinnvoll erachtet wird, hängt vor allem von der Partizipation bei Entscheidungsprozessen ab.

Zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr verfestigt sich nach Antonovsky (1997) das Kohärenzgefühl. Er bezeichnet das SOC ab diesem Zeitpunkt als tief verwurzelte Disposition eines Menschen, die jedoch intentional verändert werden kann. Je nachdem, wie stark oder schwach das SOC ausgeprägt ist, werden angesichts zukünftiger Anforderungen mehr oder weniger Widerstandsressourcen aktiviert. Menschen mit einem schwach ausgeprägten SOC werden durch die Wahrnehmung unzureichender Ressourcen sich selbst als schwach erfahren. Einschneidende Ereignisse im Laufe des Lebens können jedoch abermals das SOC beeinflussen.

Auch wenn Antonovsky das Kohärenzgefühl als stabiles Persönlichkeitsmerkmal postulierte, lassen die Ergebnisse der folgenden zwei Studien eher darauf schließen, dass es sich doch um eine Zustandsvariable handelt.

Nilsson, Holmgren, Stegmayr und Westman (2003) erfassten in ihrer Untersuchung die Stabilität des SOC bei 1.254 Personen über einen Zeitraum von fünf Jahren. In der Allgemeinbevölkerung kam es zu einer signifikanten Abnahme des Kohärenzgefühls, vor allem bei älteren Untersuchungsteilnehmern. Gesundheitliche Einbußen und eine Abnahme an sozialer Unterstützung hatten einen Einfluss auf die Ausprägung des SOC. Ein stabiles SOC wiesen lediglich die Teilnehmer mit einem anfänglich hohen SOC-Level auf.

Smith, Breslin und Beaton (2003) untersuchten in einer epidemiologischen Studie (N = 6.790) ebenfalls den postulierten dispositionellen Charakter des SOC über einen Zeitraum von vier Jahren. Auch hier weisen die Ergebnisse darauf hin, dass es sich bei der Erhebung des SOC eher um die Erfassung einer Zustandsvariable, die durch äußere Umstände modifiziert werden kann, als um eine stabile Grundhaltung handelt.

### **3.3. Kohärenzgefühl im Alter**

Die Bedeutung des Kohärenzgefühls für das gesundheitliche Wohlbefinden im Alter wird durch eine Reihe von Studien gestützt (Wiesman, Wendlandt & Hannich, 2004; Wiesman, Rölker, Ilk, Hirtz & Hannich, 2006; Drageset, Nygaard, Eide, Bondevik, Nortvedt & Natvig, 2008).

In der Untersuchung von Wiesman et al. (2004) an 170 Personen mit einem Durchschnittsalter von 67 Jahren konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Ausprägung des SOC und 13 von 17 psychosozialen Ressourcen, wie Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit, gefunden werden. Zudem zeigte sich ein signifikant positiver Zusammenhang mit dem subjektiven Wohlbefinden, wobei sich die wahrgenommene psychische Gesundheit als stärker kohärenzabhängig erwies als die körperliche.

Auch Drageset et al. (2008) konnten in ihrer Stichprobe, bestehend aus 227 Altersheimbewohnern mit einem Durchschnittsalter von 85,4 Jahren, einen signifikanten

positiven Zusammenhang zwischen SOC und subjektiv wahrgenommener Lebensqualität finden.

Die Ergebnisse der Studie von Wiesman et al. (2006) weisen darauf hin, dass das SOC bis ins hohe Alter durch Interventionen modifizierbar ist. Zu drei Messzeitpunkten ( $t_0$ ,  $t_1$  und  $t_2$ ) erhoben die Autoren neben dem Kohärenzgefühl psychosoziale Ressourcen, beispielsweise Selbstwirksamkeit und soziale Unterstützung als auch Wohlbefinden und subjektive Gesundheit, an 58 Personen mit einem Durchschnittsalter von 66,3 Jahren. Zwischen dem ersten Messzeitpunkt ( $t_0$ ) und einem Jahr danach ( $t_1$ ) blieb das SOC relativ konstant. 42 Personen nahmen zwischen  $t_1$  und  $t_2$  an einem bewegungsbezogenen und selbstreflexiven Interventionsprogramm mit unterschiedlichen Inhalten wie Yoga oder Krafttraining teil. Unabhängig vom Kursinhalt konnte das SOC signifikant gestärkt werden. Parallel dazu zeigte sich ebenfalls eine Steigerung des Wohlbefindens und der psychosozialen Ressourcen.

Entsprechend kommen Wiesmann et al. (2006) zu dem Schluss, dass kohärenzfördernde Interventionsprogramme vor allem im Alter sinnvoll wären.

### **3.4. Kohärenzgefühl und Trauer**

In der Studie von Unger und Florian (2004) zeigte sich, dass verwitwete Frauen im Vergleich zu verheirateten Frauen fünf Jahre nach dem Verlust des Ehepartners Lebensereignisse und daily hassels, Belastungen im Alltag, als belastender erlebten. Zudem zeigte die Gruppe der verwitweten Frauen ein signifikant geringeres SOC als die Vergleichsgruppe. Ein hohes SOC erwies sich als der stärkste Prädiktor für psychische Gesundheit nach einem Trauerfall.

Engelhard, van den Hout und Vlaeyen (2003) zeigten, dass Frauen mit stark ausgeprägtem SOC, die ihr ungeborenes Kind verloren hatten, seltener unter Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung und der Depression litten als Frauen mit geringerem SOC.

Die Studienergebnisse lassen darauf schließen, dass sich ein hohes SOC positiv auf den gesundheitlichen Output nach einem Verlustereignis auswirkt. Dabei wurde in der Forschung vor allem dem Zusammenhang zwischen PTSD und den depressiven Störungen

Aufmerksamkeit geschenkt. Offen bleibt die Frage, inwieweit die komplizierte Trauerreaktion mit der Ausprägung des SOC zusammenhängt.

## 4. Coping

Das folgende Kapitel widmet sich dem Prozess des „Coping“, dem Bewältigungsverhalten. Neben einer kurzen Begriffserläuterung werden vor allem Forschungsergebnisse, die im Zusammenhang mit Coping nach Verlusten stehen, präsentiert.

### 4.1. Definitionen

Lazarus & Folkman (1984) definieren Coping folgendermaßen: „ *We define coping as constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of a person (S.141)*“. Demnach ist Coping als aktuelle Zustandsvariable (state) und nicht als Persönlichkeitseigenschaft (trait) zu betrachten. Zudem grenzen die Autoren Coping von automatisiertem Anpassungsverhalten ab, da, wie in der Definition beschrieben, durch die Erschöpfung der persönlichen Ressourcen vom Individuum Mobilisierung abverlangt wird, um mit aktuellen Anforderungen zurechtzukommen. Durch den Begriff „Managing“ verdeutlichen Lazarus & Folkman (1984), dass es sich beim Coping nicht zwangsläufig um aktive und effiziente Bewältigungsstrategien handeln muss, sondern gegebenenfalls auch Vermeidung, Toleranz und Akzeptanz einer stressreichen Situation passende Bewältigungsstrategien sein können.

Nach Lazarus und Launier (1978) beinhaltet Coping Kognitionen und Verhaltensweisen, die dazu dienen, Stressoren zu bewerten, stressvolle Umstände zu kontrollieren oder zu reduzieren und die damit verbundene emotionale Erregung zu mindern. Dabei können einerseits Mechanismen zur Anwendung kommen, die darauf abzielen, Veränderungen in einer stressreichen Situation zu bewirken, andererseits Strategien, welche die emotionalen Reaktionen darauf kontrollieren.

## 4.2. Klassifikation von Copingstrategien

Lazarus und Folkman (1984) unterscheiden zwischen problemfokussiertem und emotionsfokussiertem Coping. Während durch problemfokussiertes Coping versucht wird eine Veränderung in einer stressreichen Situation zu bewirken, zielt emotionsfokussiertes Coping darauf ab, das Gefühlserleben zu regulieren. Emotionsorientierte Copingstrategien treten eher in Situationen auf, in denen eine Änderung von belastenden und stressreichen äußeren Umständen nicht möglich ist. Im Gegensatz dazu ist problemfokussiertes Coping in veränderbaren Situationen wahrscheinlicher.

**Emotionsfokussiertes Coping:** Bei dieser Bewältigungsstrategie wird versucht Stresserleben durch intrapsychische Aktivitäten abzuschwächen. Eine große Gruppe von Mechanismen, die darunter subsumiert wird, sind kognitive Prozesse, durch die eine Einstellungsänderung bezüglich der Situation bewirkt wird, so dass diese nicht mehr als stressreich wahrgenommen wird. Der Vorgang „reappraisal“, die Neubewertung einer Situation, fällt in diese Kategorie. Weitere emotionsfokussierte Copingstrategien verursachen auf indirektem Weg eine Einstellungsänderung- beispielsweise Meditation oder die Suche nach emotionaler Unterstützung (Lazarus & Folkman, 1984).

**Problemfokussiertes Coping:** Durch problemorientierte Bewältigungsstrategien werden aktiv Ressourcen genützt, um sowohl externale als auch internale Veränderungen in einer Problemsituation zu bewirken. Problemdefinierung, die Suche nach alternativen Lösungen, Kosten-Nutzen-Abwägung der alternativen Lösungen und die Alternativenauswahl sind Beispiele für problemorientierte Strategien, die nach außen gerichtet sind. Nach innen, also auf das Selbst, gerichtete Bewältigungsstrategien inkludieren das Finden neuer Wege, um Freude oder Belohnung zu erlangen, die Reduktion der eigenen Involviertheit oder das Lernen neuer Fertigkeiten (Lazarus & Folkman, 1984).

In etlichen Studien zu Stress und Coping zeigte sich, dass problemorientiertes Coping eher mit einem positiveren Gesundheitszustand zusammenhängt, während emotionsorientiertes Coping mit einer stärkeren Psychopathologie einhergeht (Solomon, Mikulincer & Avitzur, 1988; Dirkzwager, Bramsen & van der Ploeg, 2003). Vor allem ein vermeidender Copingstil

scheint mit einem schlechteren Gesundheitszustand zusammenzuhängen (North, Spitznagel & Smith, 2001; Silver, Holman, McIntosh, Poulin & Gil-Rivas, 2002).

Auch Geschlechterunterschiede bezüglich des Copingverhaltens waren immer wieder Gegenstand von diversen Studien. DeRidder (2000) weist auf Unterschiede im Copingverhalten zwischen Männern und Frauen hin. Demnach neigen Frauen eher zu emotionsorientiertem Coping, während Männer mehr auf problemorientierte Strategien zurückgreifen.

Coyne und Racioppo (2000) kritisieren, dass viele Bewältigungsstrategien nur schwer klassifiziert werden können. Ob die Suche nach sozialer Unterstützung dem problem- oder emotionsorientierten Stil zuzuschreiben ist, hängt beispielsweise davon ab, welche Art der Unterstützung gesucht wird, welche Umstände gegeben sind und von wem Unterstützung gesucht wird. Hier sehen die Autoren Probleme bei der standardisierten Erhebung von Coping, bei der Situationen meist sehr vage umschrieben werden und dadurch die Validität zweifelhaft wird.

### **4.3. Coping nach Verlusten**

Das Copingverhalten, so Folkman (2001), hat in Relation zu anderen Faktoren wie dem Todesumstand oder der persönlichen Lebensgeschichte nur wenig Einfluss auf den Gesundheitszustand nach einem Verlustereignis. Dennoch ist die Untersuchung von Coping wichtig, da es einer der wenigen Einflussfaktoren ist, der für die Trauerarbeit zugänglich ist.

Nach der transaktionalen Stresstheorie stellt der Verlust einer geliebten Person einen Stressor dar, der an das trauernde Individuum Anforderungen stellt, die möglicherweise dessen verfügbaren Ressourcen überfordern und somit das persönliche Wohlbefinden gefährden. Bewertungsprozesse entscheiden darüber, ob dieses Ereignis als herausfordernd oder schädigend erlebt wird (Stroebe & Schut, 2001).

Nach Stroebe und Schut (2001) sind Individuen nach dem Verlust einer geliebten Person mit änderbaren und nicht änderbaren Aspekten konfrontiert. Während problemfokussiertes

Coping in Situationen effektiv ist, die verändert werden können, wäre emotionsorientiertes Coping für nicht veränderbare Aspekte angemessener. Auch DeRidder (2000) weist darauf hin, dass die Effektivität von emotions- beziehungsweise problemorientiertem Coping von der Art des Stressors abhängt. Durch die unkontrollierbare Situation des Todes eines geliebten Menschen sei problemorientiertes Coping weniger effektiv.

In der Studie von Schnider et al. (2007) mit 123 Personen, die eine nahe stehende Person durch einen plötzlichen Tod verloren hatten, prüften die Autoren die Hypothese, dass ein vermeidender Copingstil sowohl mit PTSD als auch mit komplizierter Trauer zusammenhängt. Weiters vermuteten die Autoren, dass sowohl problemfokussiertes Coping als auch aktives emotionsorientiertes Coping mit einem positiven gesundheitlichen Output korrelieren. Entgegen ihren Hypothesen zeigten sich jedoch signifikante positive Korrelationen zwischen PTSD und komplizierter Trauer mit problemfokussiertem als auch mit aktivem emotionalem Coping. Der stärkste Zusammenhang zeigte sich jedoch mit vermeidendem Coping.

Insgesamt, so Folkman (2001), hinkt die Forschung über die Bewältigung von Verlusten und die gesundheitlichen Auswirkungen von Copingverhalten der gängigen klinischen Literatur hinterher. Wie bereits in Kapitel 5.2. erwähnt, berichten etliche Studien, dass problemfokussiertes Coping mit einem besseren Gesundheitszustand einhergeht. Die Ergebnisse von Schnider et al. (2007) widersprechen dem jedoch. Der Zusammenhang zwischen Copingstil und komplizierter Trauer sollte demnach weiter untersucht werden.

#### **4.4. Das Duale Prozessmodell der Trauerbewältigung**

Das Duale Prozessmodell von Stroebe und Schut (1999) ist ein Modell zur Trauerbewältigung (siehe Abbildung 4). Die Autoren postulieren, dass die erfolgreiche Bewältigung eines Verlustereignisses durch ein Hin-und-Her-Pendeln zwischen „loss orientation“ und „restoration orientation“ erfolgt.

Während es bei „loss orientation“ um die gedankliche und emotionale Auseinandersetzung mit dem Verlust geht, bezieht sich „restoration orientation“ auf den Umgang mit den Veränderungen, die mit dem Verlust einhergehen.

Da sich Trauernde mit dem Verlust auseinandersetzen, sich aber gleichzeitig um die Anforderungen von außen kümmern müssen, ist nach Stroebe und Schut (1999) die beste Strategie, zwischen verlustorientierten und wiederherstellungsorientierten Mechanismen abzuwechseln. Bei beiden Verhaltensweisen spielen sowohl problemorientierte als auch emotionsorientierte Copingstrategien eine Rolle.

Eine andauernde Beschäftigung mit dem Verlust kann die Trauerreaktion verstärken. Umgekehrt kann ein stark ausgeprägtes Vermeidungsverhalten die erfolgreiche langfristige Adaption an die neue Situation verhindern.

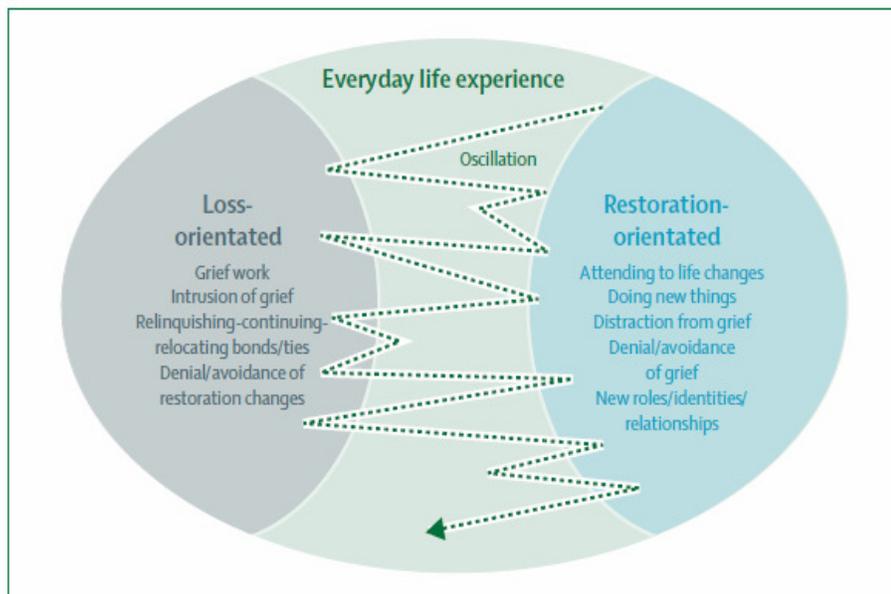


Figure: Dual process model of coping with bereavement<sup>60</sup>

**Abb. 4: Das Duale Prozessmodell der Trauer nach Stroebe, Schut & Stroebe (2007, S. 1967).**

## **5. Partnerverlust im Alter**

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit von Belastungen und Einschränkungen verschiedenster Art. Neben physiologischen und kognitiven Funktionseinbußen kommt im Alter vor allem auch der Verlust von nahestehenden Personen hinzu (Maercker, 2004b).

Gerade der Partnerverlust wird im Alter immer wahrscheinlicher. Zur Veranschaulichung der Häufigkeit dieses Ereignisses werden im folgenden Kapitel statistische Kennzahlen zum Partnerverlust präsentiert. Die Funktion der partnerschaftlichen Beziehung und der Umgang mit dem Tod des Partners werden in Kapitel 5.2. erläutert.

### **5.1. Statistische Kennzahlen aus Österreich**

Der Partnerverlust ist im höheren Lebensalter ein zunehmend wahrscheinlicheres Ereignis. Laut Statistik Austria belief sich die Gesamtzahl der verwitweten Personen im Alter von 60 bis über 95 Jahre im Jahr 2001 auf 450.573 (Gesamtbevölkerung in Österreich 2001: 8.032.926). Dabei zeigte sich durch die höhere Sterblichkeitsrate bei der männlichen Bevölkerung eine Ungleichverteilung zwischen den Geschlechtern. 74.621 verwitwete Männer standen in diesem Altersbereich 375.952 verwitweten Frauen gegenüber (siehe Tab. 3).

Im Jahr 2008 starben in Österreich in der Altersgruppe der 60-69-Jährigen 4.218 verheiratete Männer und 1.727 verheiratete Frauen, im Altersbereich der 70-79-Jährigen stieg die Zahl auf 6.220 bei Männern und 2.275 bei Frauen. Insgesamt belief sich die Zahl der über 60 jährigen verstorbenen verheirateten Personen im Jahr 2008 auf 24.393 (siehe Tab. 4).

**Tab. 6: Anzahl verwitweter Personen im Jahr 2001 in Ö (Statistik Austria)**

<b>Alter</b>	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>
60 bis 64 Jahre	8.131	40.237
65 bis 69 Jahre	10.010	50.708
70 bis 74 Jahre	14.943	74.989
75 bis 79 Jahre	16.094	104.660
80 bis 84 Jahre	10.644	72.255
85 bis 89 Jahre	9.623	55.262
90 bis 94 Jahre	4.336	23.817
95 Jahre und älter	840	4.732
<b>Insgesamt</b>	<b>74.621</b>	<b>375.952</b>

**Tab. 7: Anzahl der verstorbenen verheirateten Personen im Jahr 2008 in Ö (Statistik Austria)**

<b>Alter</b>	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>
60 bis 64 Jahre	1.582	695
65 bis 69 Jahre	2.636	1.032
70 bis 74 Jahre	2.535	896
75 bis 79 Jahre	3.685	1.379
80 bis 84 Jahre	3.732	1.526
85 Jahre und älter	3.698	997
<b>Insgesamt</b>	<b>17.868</b>	<b>6.525</b>

## 5.2. Umgang mit dem Verlust des Partners

Beziehungen können vielfältige Funktionen wie die Stabilisierung des eigenen Wohlbefindens oder die Befriedigung von Bedürfnissen nach Intimität, Bindung, Orientierung und Kontrolle erfüllen. Der Partnerverlust kann somit zu Orientierungslosigkeit führen und als Bedrohung der eigenen Lebensziele und Bedürfniserfüllung wahrgenommen werden. Dementsprechend hoch sind die Anforderungen an die hinterbliebene, trauernde Person. Ziele müssen neu gefunden, der Verlust emotional bewältigt und die Beziehung zu dem Verstorbenen neu definiert werden. Meist wird der verstorbene Partner weiterhin in das Leben des Hinterbliebenen integriert und die Beziehung, auch wenn eine neue Intimbeziehung eingegangen wurde, aufrechterhalten (Znoj, 2004).

Obwohl der Partnerverlust starke emotionale Belastungen und auch pathogene Auswirkungen nach sich ziehen kann, ist nach Maercker (2004b) das vorherrschende gesellschaftliche Bild verwitweter Personen, das die eben genannten Reaktionen in den Mittelpunkt stellt, nicht mehr haltbar. Fookan (1990, nach Maercker, 2004b) stellt fest, dass die Lebenszufriedenheit verwitweter Personen im Vergleich zu verheirateten Personen nicht generell herabgesetzt ist, sondern durch eine große Varianz innerhalb dieser Gruppe gekennzeichnet ist.

Altersstereotypen stellen bezüglich des Umgangs mit Trauer einen wesentlichen Einflussfaktor dar. Wie in Kapitel 2.6.3. bereits erwähnt wurde, verhindern solche Stereotypen oftmals das Erkennen und die Diagnose von Depressionen bei älteren Menschen. Die Annahme, dass depressive Symptome eine normale Reaktion auf einschneidende negative Lebensereignisse und auf das höhere Alter zurückzuführen sind, verhindert zudem oftmals die Suche nach professioneller Hilfe (Sarkisian, Lee-Henderson & Mangione, 2003).

## ***II. Empirischer Teil***

### **6. Untersuchungsziel**

Die Fragestellungen dieser Arbeit ergeben sich aus der oben ausgeführten Literatur, in der die Rolle der komplizierten Trauer in Zusammenhang mit verschiedenen Konstrukten und Variablen betrachtet wurde. Ziel dieser Studie ist es, Unterschiede zwischen älteren Personen mit komplizierter Trauer und ohne komplizierte Trauer bezüglich verlustbezogenen und intrapersonellen Variablen festzustellen. Hierfür werden Personen untersucht, deren Partner verstorben sind.

Als verlustbezogene Variable soll der Todesumstand des Partners betrachtet werden. Die bisherigen Studienergebnisse geben keine eindeutige Antwort auf die Frage, welchen Einfluss ein erwarteter beziehungsweise ein plötzlicher Todesfall auf die Trauerreaktion hat. Dementsprechend soll in der vorliegenden Studie der Frage nachgegangen werden, ob es einen Zusammenhang zwischen komplizierter Trauer und einem plötzlichen beziehungsweise erwarteten Todesumstand gibt.

Da es, so Stroebe et al. (2007), zu intrapersonellen Ressourcen noch relativ wenig Forschungsliteratur gibt, sollen des Weiteren Copingstrategien und das Kohärenzgefühl erhoben werden. Die Fragestellung bezieht sich darauf, ob eine bestimmte Copingstrategie (problemfokussiert, emotionsfokussiert und vermeidend) mit der komplizierten Trauerreaktion zusammenhängt. Außerdem soll der Frage nach Geschlechtsunterschieden im Copingstil nachgegangen werden. Schließlich soll der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Kohärenzgefühl und komplizierter Trauer untersucht werden.

Zuletzt soll erhoben werden, ob Personen mit komplizierter Trauer im Vergleich zu Personen ohne komplizierte Trauer eine ausgeprägtere depressive beziehungsweise PTSD-Symptomatik aufweisen.

Zusammengefasst ist das Ziel der vorliegenden Studie festzustellen, ob es einen Zusammenhang zwischen komplizierter Trauer und den Variablen Todesumstand, Copingstil

Kohärenzgefühl sowie Depression und PTSD gibt. Zudem werden mögliche Geschlechtsunterschiede im Copingstil untersucht.

Im folgenden Abschnitt werden die konkreten Fragestellungen und Hypothesen angeführt.

## 7. Hypothesen

Es wurden Fragestellungen und Unterschiedshypothesen formuliert. Die H1 postuliert jeweils einen Unterschied bezüglich einer Variablenausprägung zwischen Personen mit komplizierter Trauer und Personen ohne komplizierte Trauer beziehungsweise zwischen den Geschlechtern.

**Fragestellung 1:** Unterscheiden sich Personen mit komplizierter Trauer von Personen ohne komplizierte Trauer in dem Todesumstand (plötzlich/erwartet) des verstorbenen Partners?

### Hypothese 1

**H0:** Es gibt keinen Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich der Art des Todes des Verstorbenen (plötzlicher/erwarteter Tod).

**H1:** Es gibt einen Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich der Art des Todes des Verstorbenen (plötzlicher/erwarteter Tod).

**Fragestellung 2 und 3:** Unterscheiden sich Personen mit komplizierter Trauer von Personen ohne komplizierte Trauer im Ausmaß an depressiver und PTSD-Symptomatik?

### Hypothese 2

**H0:** Die Gruppen unterscheiden sich nicht bezüglich der depressiven Symptomatik.

**H1:** Die Gruppen unterscheiden sich bezüglich der depressiven Symptomatik.

### Hypothese 3

**H0:** Die Gruppen unterscheiden sich nicht bezüglich der PTSD-Symptomatik.

**H1:** Die Gruppen unterscheiden sich bezüglich der PTSD-Symptomatik.

**Fragestellung 4:** Unterschieden sich Personen mit komplizierter Trauer von Personen ohne komplizierte Trauer bezüglich des Copingstils?

**Hypothese 4**

**H0:** Es gibt keinen Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich des Copingstils.

**H1:** Es gibt einen Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich des Copingstils.

Diese Hypothese wird anhand dreier Subhypothesen geprüft.

**Hypothese 4.1.**

**H0:** Es gibt keinen Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich des problemorientierten Copingstils.

**H1:** Es gibt einen Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich des problemorientierten Copingstils.

**Hypothese 4.2.**

**H0:** Es gibt keinen Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich des emotionsorientierten Copingstils.

**H1:** Es gibt einen Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich des emotionsorientierten Copingstils.

**Hypothese 4.3.**

**H0:** Es gibt keinen Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich des vermeidenden Copingstils.

**H1:** Es gibt einen Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich des vermeidenden Copingstils.

**Fragestellung 5:** Unterscheiden sich Männer und Frauen bezüglich des Copingstils?

**Hypothese 5**

**H0:** Es gibt keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen bezüglich des Copingstils.

**H1:** Es gibt einen Unterschied zwischen Männern und Frauen bezüglich des Copingstils.

Hier wurden ebenfalls drei Subhypothesen gebildet.

**Hypothese 5.1.**

**H0:** Es gibt keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen bezüglich des problemorientierten Copingstils.

**H1:** Es gibt einen Unterschied zwischen Männern und Frauen bezüglich des problemorientierten Copingstils

**Hypothese 5.2.**

**H0:** Es gibt keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen bezüglich des emotionsorientierten Copingstils.

**H1:** Es gibt einen Unterschied zwischen Männern und Frauen bezüglich des emotionsorientierten Copingstils.

**Hypothese 5.3.**

**H0:** Es gibt keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen bezüglich des vermeidenden Copingstils.

**H1:** Es gibt einen Unterschied zwischen Männern und Frauen bezüglich des vermeidenden Copingstils.

**Fragestellung 6:** Unterscheiden sich Personen mit komplizierter Trauer von Personen ohne komplizierte Trauer im Ausmaß an Kohärenzgefühl?

**Hypothese 6**

**H0:** Es gibt keinen Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich des Ausmaßes an Kohärenzgefühl.

**H1:** Es gibt einen Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich des Ausmaßes an Kohärenzgefühl.

.

## 8. Methode

Bei der Datenerhebung kamen ausschließlich Selbstbeurteilungsfragebögen, die im folgenden Abschnitt näher präsentiert werden, zur Anwendung.

### 8.1. Untersuchungsinstrumente

1. *Fragebogen zu soziodemografischen Daten und Fragen zum Verlustereignis*
2. *Mini Mental Status Test (MMST)*
3. *Geriatric Depression Scale (GDS)*
4. *PTSD Checklist- Civilian Version (PCL-C)*
5. *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)*
6. *Sense of Coherence Scale (SOC)*
7. *Fragebogen zur komplizierten Trauer*

#### 8.1.1. Fragebogen zu soziodemografischen Daten und Fragen zum Verlustereignis

Für die deskriptive Stichprobenanalyse wurden soziodemografische Variablen erhoben. Neben Alter und Geschlecht wurde nach der höchsten abgeschlossenen Ausbildung gefragt und ob die Person berufstätig ist.

Fragen über das Verlustereignis betrafen die Todesursache des verstorbenen Partners und die Frage, ob es sich um einen erwarteten oder einen plötzlichen Tod handelte. Das Zeitkriterium für einen plötzlichen Tod orientierte sich an Kaltman und Bonanno (2003).

Demnach ist ein plötzlicher Tod dadurch definiert, dass er nach einem Abstand von weniger als einem Tag nach Vorwarnung eintritt. Weiters wurde erfragt, wie viele Monate der Verlust zurückliegt. In die Erhebung wurden nur Personen miteinbezogen, bei denen der Partnerverlust zwischen 6 und 30 Monaten vom Zeitpunkt der Befragung zurücklag.

### **8.1.2. Mini Mental Status Test (MMST)**

Der Mini Mental Status Test stammt von Folstein, Folstein und McHugh (1975). Es handelt sich um ein standardisiertes Verfahren zur Erfassung von Leistungseinbußen bei älteren Personen mit dementiellen oder anderen psychiatrischen Erkrankungen. Es ist ein sehr schnell und einfach durchführbares Verfahren und soll als grobes Screening-Instrument zur Anwendung kommen. Die Dauer der Testdurchführung liegt zwischen 5 und 10 Minuten. Der MMST erfasst ausschließlich kognitive Aspekte der Person. Insgesamt 11 Items erfassen die Bereiche *Orientierung, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit* und *Sprache*.

Die Auswertung erfolgt durch Addition der erreichten Punkte. Die maximale Punkteanzahl beläuft sich auf 30. Ein Punktwert unter 20 wird von Folstein, Folstein und McHugh (1975) als Anzeichen einer Demenz interpretiert.

Bezüglich der Gütekriterien zeigt sich bei Folstein, Folstein und McHugh (1975) eine Retestreliabilität von  $r = .89$  (bei einem Zeitintervall von 24 Stunden). Die differentielle Validität kann laut Folstein, Folstein und McHugh (1975) für Personen mit kognitiven Störungen aufgrund dementieller Erkrankungen und gesunden Personen ohne kognitive Störung als gesichert gelten.

### **8.1.3. Geriatric Depression Scale (GDS)**

Die deutsche Übersetzung der Kurzversion der Geriatric Depression Scale (GDS-15) stammt von Bach, Nikolaus, Oster und Schlierf (1995).

Die GDS ist ein als Screening Instrument konzipiertes Verfahren, welches mittels 15 Items relativ unverschlüsselt depressive Symptome erfasst. Jedes Item ist mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten. Für jede Antwort in Richtung Depression wird ein Punkt vergeben. Die

maximale Punktezahl ist somit 15. Der Cut-Off- Wert ist mit fünf Punkten festgelegt. Ein Wert von mehr als fünf Punkten wird als Hinweis auf das Vorliegen einer Depression interpretiert.

Gauggel und Birkner (1999) konnten für die deutsche Version der GDS eine Splithalf-Reliabilität von  $r_{tt} = .90$  verzeichnen. Die innere Konsistenz wies ein Cronbach Alpha (CA) von  $\alpha = .91$  auf. Wancata, Alexandrovic, Marquart, Weiss und Friedrich (2006) berichten von einer mittleren Sensitivität von .79 und einer mittleren Spezifität von .768.

#### **8.1.4. PTSD Checklist - Civilian Version (PCL-C)**

Die deutsche Übersetzung des Originalfragebogens von Weathers, Litz, Huska, Herman und Keane (1993) stammt von Teegen (2003). Es handelt sich um einen Selbstbeurteilungsfragebogen mit 17 Items, welche auf den Diagnosekriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV basieren. Die Fragen beziehen sich auf belastende Erfahrungen in der Vergangenheit. Auf einer fünfstufigen Likertskala beurteilen die Personen, wie stark sie die einzelnen Symptome im vergangenen Monat erlebten. Dabei beziehen sich die Items auf die drei Symptomgruppen *Wiedererleben*, *Vermeidung/emotionale Taubheit* und *Hyperarousal*.

Die Vorgabedauer beträgt durchschnittlich fünf Minuten. Für die Auswertung wird in dieser Studie der Gesamtwert gebildet, welcher von einem Minimalwert von 17 bis zu einem Maximalwert von 85 reicht. Als Cut-Off-Wert wird 44 herangezogen. Ab diesem Wert geht man von einer PTSD in der Allgemeinbevölkerung aus (Weathers et al., 1993).

Sowohl bei Pöll (2005) als auch bei Ruggerio, del Ben, Scotti und Rabalais (2003) zeigt sich ein Cronbach Alpha Koeffizient von  $\alpha = .87$ , was um einiges geringer ist als in der Studie von Weathers et al. (1993) mit  $\alpha = .97$ . Die Retestreliabilität bei Ruggerio et al. (2003) beträgt  $r = .88$  (bei einem Zeitintervall von einer Woche).

Der Fragebogen weist eine zufriedenstellende Validität auf. Es bestehen hohe Korrelationen zwischen dem PTSD Gesamtscore und Scores bei Instrumenten, die ebenfalls PTSD

messen (Ruggerio et al., 2003). Zudem ergibt sich die inhaltliche Validität aus den Diagnosekriterien des DSM-IV, die durch die Items erfasst werden.

### **8.1.5. Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)**

Zur Erfassung des Bewältigungsverhaltens wurde das „Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)“ herangezogen. Die Originalversion von Endler & Parker (1990) umfasst 48 Items.

Die Bearbeitungszeit der hier verwendeten Kurzform beträgt in etwa zehn Minuten. Sie umfasst 21 Items, die folgenden drei Unterskalen zugeordnet werden:

- (1) Problemorientierung: direkte Problemlösung und Setzen von Schritten gegen den stressreichen Zustand.
- (2) Emotionsorientierung: emotionale Reaktionen, die sich auf die eigene Person beziehen.
- (3) Vermeidungsorientierung: Vermeidung der Auseinandersetzung mit der stressreichen Situation.

Jede Skala reicht von einem Minimalsummenscore von 0 (Min = 0) bis zum Maximalwert von 28 (Max = 28). Die internen Konsistenzkoeffizienten (CA) liegen bei der Stichprobe junger Erwachsener für den problemorientierten Copingstil bei  $\alpha = .75$ , für den emotionsorientierten Copingstil bei  $\alpha = .77$  und für den vermeidungsorientierten Bewältigungsstil bei  $\alpha = .79$  (Endler & Parker, 1990).

### **8.1.6. Sense of Coherence Scale (SOC)**

Die englische Originalversion des Fragebogens mit insgesamt 29 Items stammt von Antonovsky (1987). Die Übersetzung der Originalform erfolgte durch Abel, Kohlmann und Noack (1995). Die hier verwendete Kurzform beinhaltet 13 Items, welche die Lebensaspekte der *Sinnhaftigkeit*, *Handhabbarkeit* und *Verstehbarkeit* erfassen. Dabei beziehen sich die Items auf eine globale dispositionelle Orientierung und nicht auf spezifische Situationen. Auf

einem siebenstufigen Antwortformat soll der Proband beurteilen, welche Antwort für ihn persönlich zutrifft.

In der Originalversion kann zur Interpretation des SOC die Berechnung von Skalenwerten vorgenommen werden. Durch die unzureichende faktorenanalytische Reproduzierbarkeit der drei Skalen schlägt Antonovsky (1997) jedoch die Interpretation des Gesamtwertes vor. Dieser reicht von einem Minimum von 13 (Min = 13) bis zu einem Maximalwert von 91 (Max = 91). Je höher der Gesamtwert, umso ausgeprägter ist das Kohärenzgefühl.

Die psychometrische Qualität der Skala wurde vielfach untersucht. Für die Langform zeigen sich gute bis sehr gute interne Konsistenzen zwischen  $\alpha = .82$  bis  $\alpha = .95$ . Die Kurzform mit 13 Items weist interne Konsistenzwerte von  $\alpha = .71$  bis  $\alpha = .91$  auf (Singer & Brähler, 2007).

Vielfach wurde die Eigenständigkeit des Konstruktes *SOC* diskutiert. Es wurden Zusammenhänge mit Variablen des psychischen und physischen Wohlbefindens sowie mit Skalen zur Messung von Ängstlichkeit, Depressivität und Neurotizismus gefunden (Schumacher, Wilz, Gunzelmann & Brähler, 2000; Udris & Rimann, 2006; Singer & Brähler, 2007).

### **8.1.7. Fragebogen zur Komplizierten Trauer**

Die Originalversion des Fragebogens stammt von Prigerson, Maciejewski und Mitarbeitern (1995). Es folgte eine Kurzversion, die Rosner (2003) ins Deutsche übersetzte. Der Fragebogen erfasst die von Prigerson et al. (1999) definierten Symptomkriterien der komplizierten Trauer. Vier Items erfassen das Kriterium (A) des Trennungsschmerzes und weitere elf erfassen das Kriterium (B) des traumatischen Stresses. Kriterium (C) betrifft die Dauer der Symptomatik und Kriterium (D) das Ausmaß an Beeinträchtigung. Auf einer fünfstufigen Antwortskala gibt der Proband das Ausmaß der Symptomatik an. Komplizierte Trauer kann dann diagnostiziert werden, wenn bei Kriterium (A) drei der vier Symptome einen höheren Wert als 3 aufweisen und bei Kriterium (B) mindestens sechs der elf Symptome höher als 3 kodiert werden. Zudem muss das Zeit- und Beeinträchtigungskriterium gegeben sein (Prigerson & Jacobs, 2001).

Die 32 Item-Version weist eine hohe interne Konsistenz (CA) von  $\alpha = .95$  auf (Prigerson & Jacobs, 2001). Die Validität ergibt sich aus den Diagnosekriterien von Prigerson et al. (1999), die von den Items erfasst werden.

Der Fragebogen ist ein relativ strenges Instrument. Forstmeier und Maercker (2007) zeigten, dass lediglich 0,9% in ihrer Stichprobe nach diesem Instrument die Symptomkriterien der komplizierten Trauer erfüllen. In derselben Stichprobe diagnostizierten die Autoren anhand eines anderen Fragebogens bei 4,3% komplizierte Trauer.

## **8.2 Durchführung der Studie**

Bei dieser Studie handelt es sich um eine Querschnittsuntersuchung, bei welcher die Probanden zu einem einzigen Zeitpunkt befragt wurden. Die Untersuchung fand von Juni 2009 bis September 2009 in unterschiedlichen Einrichtungen wie Seniorenresidenzen, Altenheimen, Pensionistenhäusern, geriatrischen Tageszentren sowie in Privathaushalten statt. Die Befragungsdauer betrug im Durchschnitt eine Stunde.

## **9. Stichprobenbeschreibung**

Die Zielgruppe der vorliegenden Untersuchung bilden Personen ab 60 Jahren. In der Literatur wird dieser Altersbereich oftmals als das 3. und 4. Lebensalter bezeichnet. Laslett (1991) bezeichnet den Altersbereich der 60-70-Jährigen als das 3. Lebensalter, in welchem die Mehrzahl der Menschen über ausreichende Ressourcen verfügt, um ihr Leben autonom zu gestalten. Das von Baltes (1997) als „Trauerflor“ bezeichnete 4. Lebensalter geht mit einem erhöhten Risiko körperlicher und kognitiver Funktionseinbußen einher.

Der Verlust des Partners soll zwischen 6 und 30 Monaten zurückliegen. Die Untergrenze von sechs Monaten wird anlehnend an Prigerson et al. (2009) gewählt, in deren Untersuchung mit 291 trauernden Personen die Autoren 3 Gruppen identifizieren konnten. In der Gruppe mit „akuter Trauer“ erfüllten die Personen die Symptomkriterien der komplizierten Trauer 0-6 Monate, nicht aber 6-12 Monate nach dem Verlust. Die Gruppe mit „verspäteter Trauer“ erfüllte die Kriterien der komplizierten Trauer zwischen 0-6 Monaten nach Verlust nicht, aber

6-12 Monate danach. In der Gruppe mit „persistenter Trauer“ wurde sowohl 0-6 Monate als auch 6-12 Monate nach dem Verlustereignis komplizierte Trauer diagnostiziert. Die Autoren stellen somit fest, dass eine Diagnose erst nach 6 Monaten nach dem Todesereignis möglich und sinnvoll ist.

Um die Wahrscheinlichkeit möglicher Störfaktoren zu verringern, sollte eine relativ enge Zeitspanne gewählt werden. In diesem Fall wurde der Zeitpunkt 30 Monate nach Verlust als Obergrenze bestimmt.

### **9.1. Ein- und Ausschlusskriterien**

Wie im vorherigen Kapitel erwähnt, umfasst die Studie folgende Einschlusskriterien: Die untersuchten Personen müssen 60 Jahre oder älter sein. Der Verlust des Ehepartners oder Lebensgefährten soll maximal 30 Monate und mindestens 6 Monate vor dem Zeitpunkt der Befragung liegen.

Die Probanden dürfen keine dementiellen Erkrankungen aufweisen. Da es sich bei der vorliegenden Studie um eine retrospektive Untersuchung handelt, könnten durch eine Demenz bedingte Einbußen in der Gedächtnisleistung einen unerwünschten Einfluss auf die interessierenden Variablen ausüben. Zu Beginn jeder Testung wurde somit der MMST zur Demenzabklärung vorgegeben und die Untersuchung gegebenenfalls abgebrochen.

### **9.2. Stichprobenrekrutierung**

Um Personen für diese Studie zu rekrutieren, wurde mit verschiedenen geriatrischen Einrichtungen wie Pensionistenhäusern, Pflegeheimen, geriatrischen Tageszentren, Seniorentreffs sowie verschiedenen Senioreninitiativen und Trauergruppen in Wien und Niederösterreich Kontakt aufgenommen. Es wurden Anzeigen in Internetforen gestellt und in diversen Arztpraxen ausgelegt. Ein Inserat wurde in eine niederösterreichische Gemeindezeitung geschaltet. Des Weiteren wurde versucht, über Mundpropaganda an passende Probanden heranzukommen.

Folgende Institutionen wurden kontaktiert:

***Pensionistenhäuser, Alten- und Pflegeheime***

- Kuratorium Wiener Pensionistenhäuser
- Altenheim Berndorf (NÖ)
- Altenheim der Barmherzigen Schwestern (Wien)
- Seniorenresidenz Bad Vöslau (NÖ)
- Pflegeheime der Caritas Erzdiözese Wien

***Geriatrische Tageszentren***

- Wiener Hilfswerk
- Caritas Erzdiözese Wien
- Wiener Sozialdienste
- Fond Soziales Wien

***Trauergruppen und -initiativen***

- Trauergruppe der Caritas Erzdiözese Wien
- Mobile Caritas Hospiz (NÖ)
- HPE - Selbsthilfegruppe für Angehörige von Suizidopfern
- IGSL (Internationale Gesellschaft für Sterbebegleitung und Lebensbeistand)  
Hospizbewegung
- Haus des Friedens
- Mobiler Hospiz des Österreichischen Buddhistischen Religionsgesellschaft

***Weitere Seniorenvereine und –initiativen***

- Verein ab 5zig
- Caritas Mobile Betreuung (Wien)
- Seniorenclubs und –treffs (Wien)
- Die Grünen SeniorInnen Wien
- Seniorengruppe Amerlinghaus (Wien)

***Anzeigen in Internetforen***

- Trauerforum: [www.trauerhilfe.at/forum](http://www.trauerhilfe.at/forum)

- Verein ab 5zig: [www.ab5zig.at](http://www.ab5zig.at)
- Seniorentreff im Internet: [www.seniorentreff.at](http://www.seniorentreff.at)

### **Weitere Anzeigen**

- Gemeindezeitung der Stadt Berndorf (NÖ)
- in Arztpraxen (Wien)

Nach der Kontaktaufnahme mit den Institutionen stellten die jeweiligen Mitarbeiter die Anfrage an mögliche Probanden, ob sich diese für eine Teilnahme an der Studie bereit erklären würden.

### **9.3. Gründe für eine Nicht-Teilnahme**

Von Seiten der Institutionen und Vereine konnten häufig keine Probanden gefunden werden, welche die sehr speziellen Kriterien erfüllten. Besonders in den Alten- und Pflegeheimen lag der Partnerverlust der Bewohner meist schon viel länger als 30 Monate zurück. Zudem wiesen etliche Bewohner Demenzen auf.

Eine Ablehnung erfolgte auch aus dem Grund, keine Klientendaten weitergeben zu können, und aus personellen Kapazitätsgründen auf Institutionsebene. Ein weiterer Grund für eine Nicht-Teilnahme lag auch an dem Thema dieser Studie. So wurde es von manchen Institutionen abgelehnt, mit möglichen Probanden Kontakt aufzunehmen, da die Befürchtung bestand, die Personen durch die Konfrontation mit dem verstorbenen Partner emotional aufzuwühlen und Unruhe in das institutionelle Umfeld zu bringen.

Trotz des Hinweises auf Anonymität dieser Studie kam es von Seiten möglicher Probanden zu der Befürchtung, dass ihre Daten weitergegeben werden könnten. Manchmal gaben die Personen auch an, sich nicht bereit zu fühlen, über ihren verstorbenen Partner zu sprechen.

### **9.4. Stichprobengröße und Gruppeneinteilung**

In Tabelle 8 findet sich eine Auflistung darüber, aus welchen Bereichen die Probanden rekrutiert wurden. Es handelt sich um eine Ad-Hoc Stichprobe, welche eine Größe von

insgesamt N = 37 Personen umfasst. Es erfolgte eine Gruppeneinteilung über die Erhebung der komplizierten Trauer mittels Fragebogen zur Komplizierten Trauer von Rosner (2003). Somit wurden die Personen in zwei Gruppen eingeteilt. Eine Gruppe besteht aus Personen ohne komplizierte Trauer, die zweite Gruppe umfasst Personen mit komplizierter Trauer.

Die Aufteilung sieht folgendermaßen aus:

**Kontrollgruppe:**  $n_1 = 30$  (Personen ohne komplizierte Trauer)

**Fallgruppe:**  $n_2 = 7$  (Personen mit komplizierter Trauer)

Wie erwartet befinden sich in der Fallgruppe weitaus weniger Personen. Nach Shear et al. (2005) liegt die Prävalenzrate der komplizierten Trauer bei trauernden Personen zwischen 10% und 20%.

**Tab.8: Rekrutierungsbereiche der Stichprobe**

<b>Rekrutierungsbereich</b>	<b>Anzahl der Probanden</b>
Pensionistenhäuser, Altenheime	15
Privat	9
Arztanzeigen	5
Zeitungsanzeige	3
Geriatrische Tageszentren	2
Seniorenvereine und -initiativen	2
Trauergruppen	1
<b>Gesamt</b>	<b>37</b>

## **10. Statistische Verfahren**

Durch die ungleich großen Stichproben und die sehr kleine Stichprobe der Personen mit komplizierter Trauer ( $n = 7$ ) mussten Abstriche in der Anwendung statistischer Testverfahren vorgenommen werden. Besonders bei der Interpretation der gewonnenen Ergebnisse müssen die Stichprobengröße und die Tatsache, dass es sich nicht um parallelisierte

Stichproben handelt, in Hinblick auf deren Repräsentativität für die Population berücksichtigt werden. Eine Stichprobengröße von  $n \geq 30$  wird als repräsentativ betrachtet (Bortz, 2005). Die Stichprobengröße von  $n = 7$  unterschreitet diesen Wert deutlich, daher verbietet sich hier, speziell bei den Hypothesenprüfungen, die Übertragung der gewonnenen Ergebnisse auf die Grundgesamtheit.

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mittels SPSS 17.0 für Windows. Alle Daten wurden mittels Normalverteilungskurven und Plot-Diagramme auf Normalverteilung überprüft. Zudem wurde die Schiefe und Steilheit der Daten berücksichtigt. Betrachtet man die Gruppen separat auf Normalverteilung, ist es durch die sehr kleine Stichprobe in der Fallgruppe von  $n = 7$  nicht verwunderlich, dass hier die Voraussetzung auf Normalverteilung der Daten nicht erfüllt werden kann.

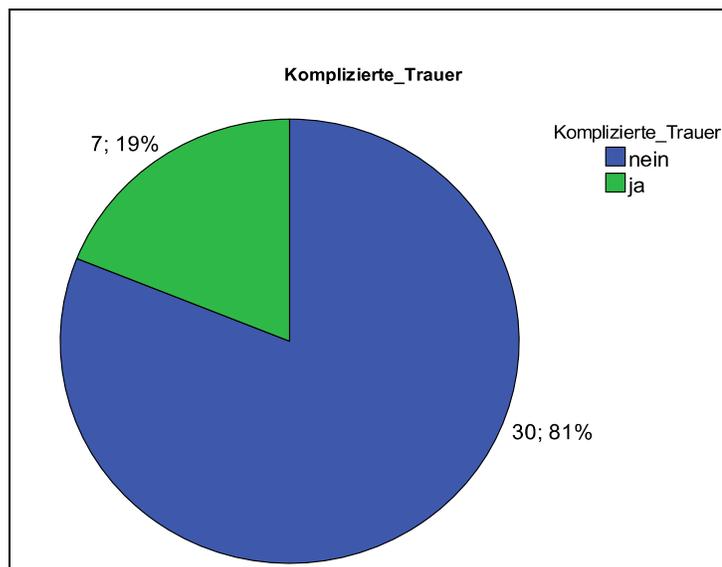
Obwohl der *t*-Test gegenüber einer Verletzung der Voraussetzung auf Normalverteilung robust reagiert, können bei sehr ungleich großen Stichproben, wie es in dieser Studie der Fall ist, fehlerhafte Ergebnisse die Folge sein (Rasch, Friese, Hofman & Haun, 2001). Daher kamen zur Hypothesenprüfung *U*-Tests zur Anwendung. Anzumerken sei noch, dass der *U*-Test bei ungleichen Stichproben an Testschärfe verliert (Bortz & Lienert, 2003). Als Signifikanzniveau wurde  $\alpha = 0,05$  festgelegt. Bei zwei Hypothesenprüfungen erfolgte eine Alpha-Fehler-Adjustierung (siehe Kap. 11.2.4. und 11.2.8.)

## 11. Ergebnisse

Es folgt eine Ergebnisdarstellung in Form einer deskriptiven Stichprobenanalyse, die mittels Abbildungen und Tabellen untermauert wird. Zudem werden die erzielten Ergebnisse der statistischen Testverfahren zur Hypothesenprüfung dargestellt.

### 11.1. Deskriptive Analyse der Stichprobe

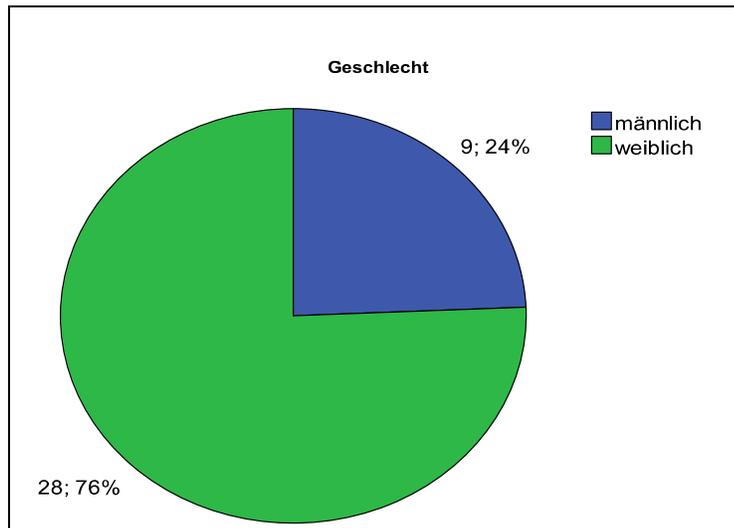
Insgesamt setzt sich die Stichprobe aus  $N = 37$  Personen zusammen. 81% (30 Personen) zeigen keine komplizierte Trauer, 19 % (7 Personen) zeigen komplizierte Trauer (siehe Abb.5).



**Abb. 5: Stichprobenverteilung nach dem Kriterium „komplizierte Trauer“ (Angaben in absoluten Häufigkeiten und Prozent)**

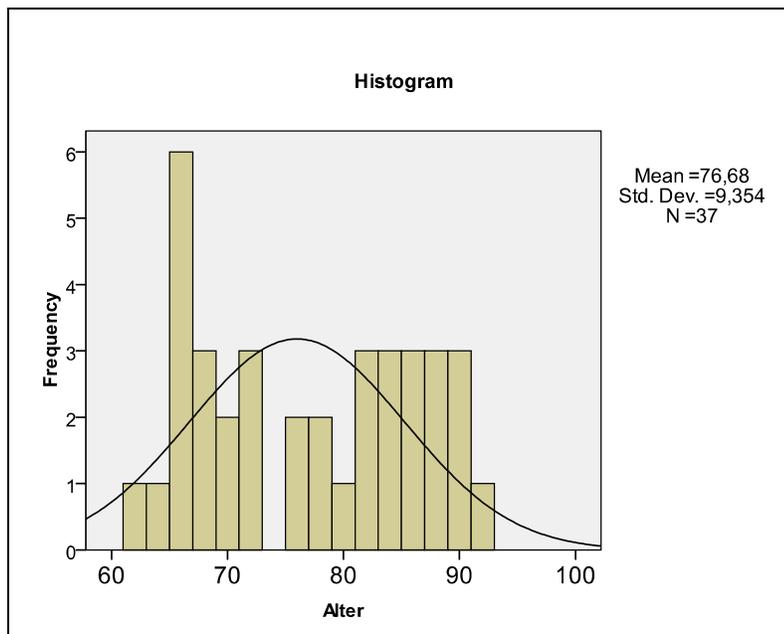
#### 11.1.1. Demografische Daten

Da es sich um eine natürlich gewachsene Stichprobe handelt, ist der Frauenanteil wesentlich höher als der Anteil an Männer. Die erwartete ungleiche Geschlechterverteilung ergibt sich aus der natürlichen Verteilung in der Population dieser Altersgruppe. In der vorliegenden Stichprobe stehen 24 % männliche Probanden (9 Personen) 76 % weiblichen Probandinnen (28 Personen) gegenüber (siehe Abb.6).



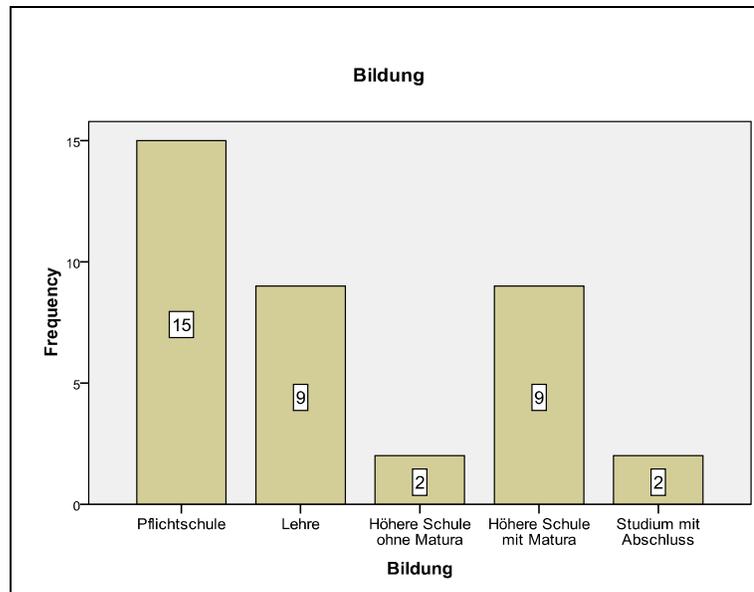
**Abb. 6: Geschlechterverteilung (Angaben in absoluten Häufigkeiten und Prozent)**

Die jüngste Person ist 62 Jahre alt, die Älteste 92 Jahre. Der Mittelwert liegt bei 76,7 Jahren (SD = 9,35), siehe Abbildung 7. Da die Daten nicht normalverteilt sind, wird aufgrund größerer Aussagekraft zusätzlich der Median angegeben. Dieser beträgt 78 Jahre (QA = 18,5).



**Abb. 7: Altersverteilung (Histogramm)**

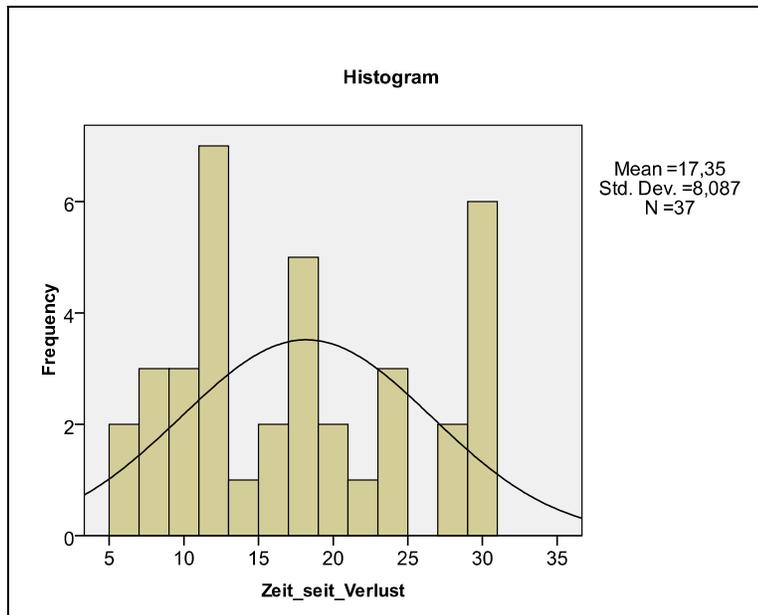
15 Personen (41 %) verfügen über einen Pflichtschulabschluss, 9 Personen (24%) über einen Lehrabschluss und 2 Personen (5%) haben eine höhere Schule ohne Matura absolviert. 9 Personen (24%) haben maturiert und 2 Personen (5%) haben ein Studium abgeschlossen (siehe Abb. 8).



**Abb. 8: Bildungsverteilung (Angaben in Häufigkeiten)**

### 11.1.2. Angaben zum Tod des Partners

Der Partnerverlust lag im Durchschnitt 17,3 Monate (SD = 8) vor dem Zeitpunkt der Befragung. Die Häufigkeiten sind in Abb.10 dargestellt. Der Median beläuft sich bei Personen ohne komplizierte Trauer auf 17,5 Monate (QA = 13,75) und bei Personen mit komplizierter Trauer auf 12 Monate (QA = 15), die seit dem Partnerverlust vergangen sind. Es wurde der *U*-Test angewandt, um zu überprüfen, ob sich die Probanden mit komplizierter Trauer von denen ohne komplizierte Trauer hinsichtlich der Zeit, die seit dem Verlust vergangen ist, unterscheiden. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den zwei Gruppen ( $z = -0,564$ ;  $p = 0,582$ ).

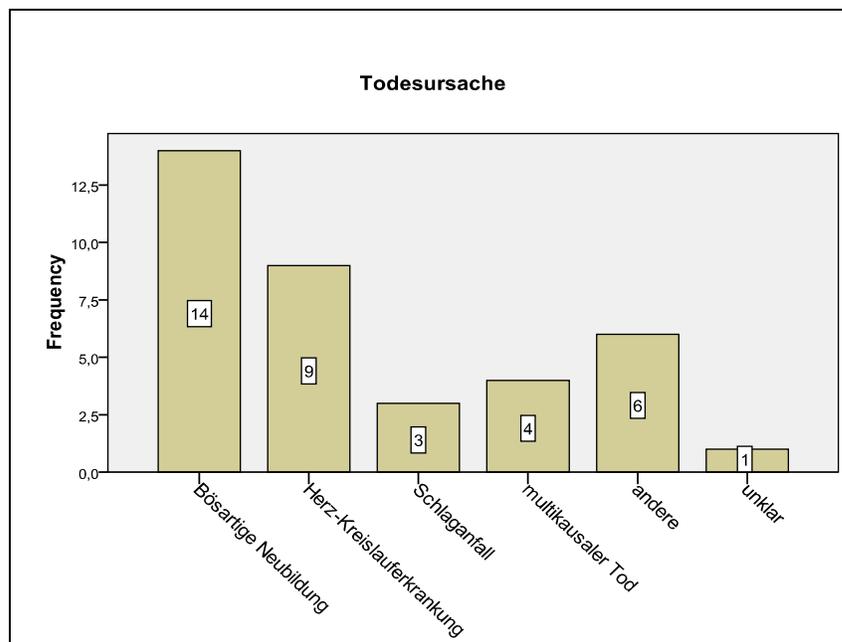


**Abb. 9: vergangene Zeit (in Monaten) seit dem Tod des Partners (Histogramm)**

**Tab. 9: Mediane und Perzentilwerte der vergangenen Monate seit dem Partnerverlust**

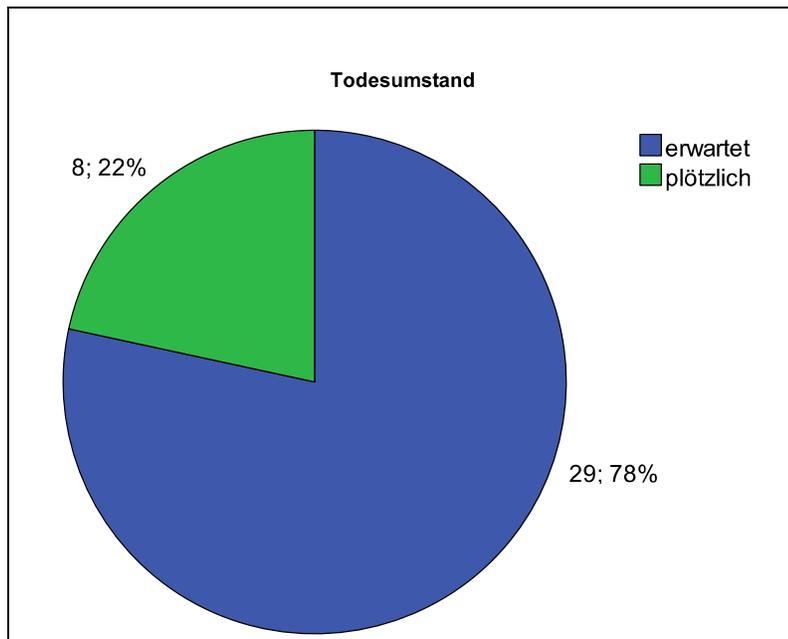
<b>Statistics<sup>a</sup></b>		
<b>Zeit_seit_Verlust Komplizierte Trauer = nein</b>		
N	Valid	30
Median		17,50
Percentiles	25	11,00
	50	17,50
	75	24,75
<b>Zeit_seit_Verlust Komplizierte Trauer = ja</b>		
N	Valid	7
Median		12,00
Percentiles	25	9,00
	50	12,00
	75	24,00

Die Angaben zur Todesursache des Partners sind in Abbildung 10 dargestellt. Die häufigste Todesursache waren bösartige Neubildungen (14 Personen; 38 %), gefolgt von Herz-Kreislaufkrankungen (9 Personen; 24 %). 4 Partner starben an einem multikausal bedingten Tod (11 %), 3 Personen (8 %) an einem Schlaganfall, 6 Personen (16 %) gaben eine andere Todesursache, wie Lungenentzündung und Nierenversagen, an. Einem Probanden (3%) war die Todesursache des Partners nicht bekannt.



**Abb. 10: Todesursache des Partners (Angaben in absoluten Häufigkeiten)**

Bei 78 % der befragten Personen (29 Personen) starb der Partner an einem erwarteten Tod. 22 % (8 Personen) verloren ihren Partner durch einen plötzlichen, nicht erwarteten Tod (siehe Abb.11). Das Zeitkriterium für einen plötzlichen Tod, wurde an Kaltman und Bonanno (2003) angelehnt. Demnach ist ein plötzlicher Tod dadurch definiert, dass er nach einem Abstand von weniger als einem Tag nach Vorwarnung eintritt. In der vorliegenden Studie verstarben diejenigen Partner, die plötzlich verstarben, an einem Herzinfarkt oder einem Schlaganfall.



**Abb.11: Todesumstand (erwartet/plötzlich) des Partners (Angaben in absoluten Häufigkeiten und Prozent)**

7 Personen in der Gruppe ohne komplizierte Trauer und nur eine Person in der Gruppe mit komplizierter Trauer verloren ihren Partner durch einen plötzlichen Tod (Tab.10).

**Tab. 10: Vierfeldertafel der Variablen „komplizierte Trauer“ und „Todesumstand“**

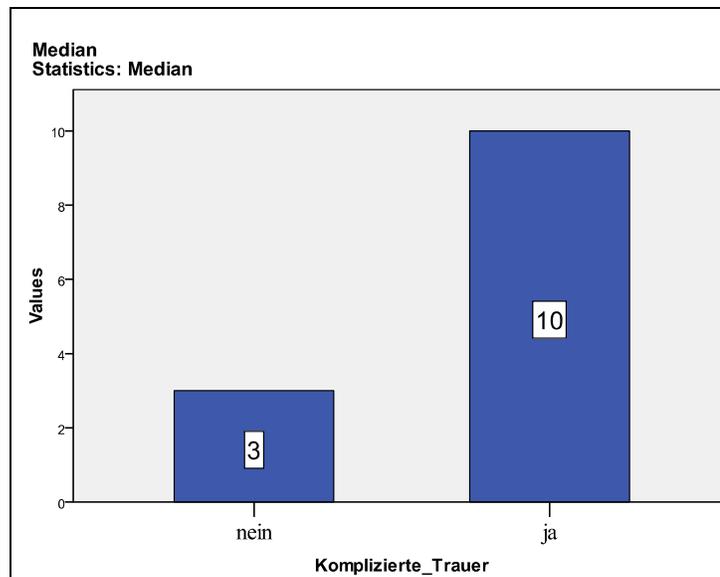
Todesumstand * Komplizierte_Trauer Crosstabulation				
		Komplizierte_Trauer		Total
		nein	ja	
Todesumstand	erwartet	23	6	29
	plötzlich	7	1	8
Total		30	7	37

### 11.1.3. Depressive Symptomatik

Die Summenscores der GDS reichen in der Gesamtstichprobe von einem Minimum von 0 bis zu einem Maximum von 12. Der Median beträgt in der Gruppe der kompliziert trauernden Probanden 10 (QA = 5). In der anderen Gruppe findet sich ein Median von 3 (QA = 2), siehe Abbildung 12.

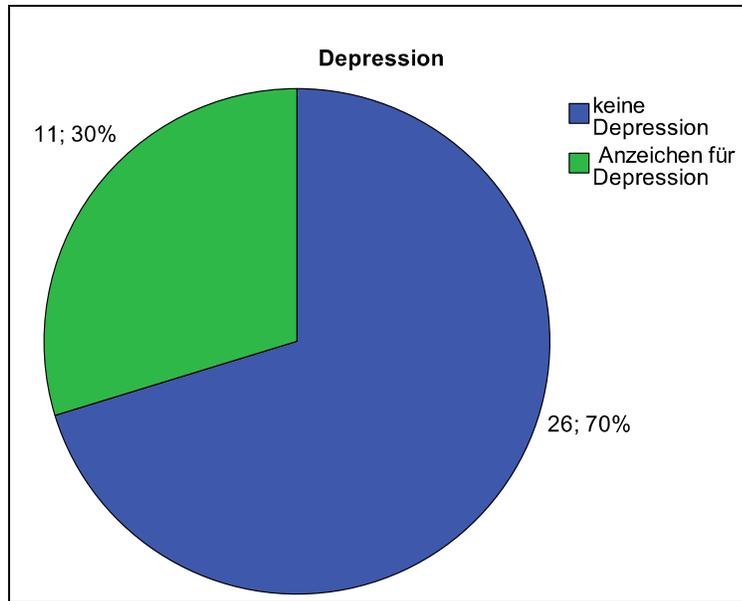
**Tab. 11: Minimal- und Maximalwert der GDS-Summenscores beider Gruppen**

Komplizierte_Trauer		Statistic
Nein	Minimum	0
	Maximum	9
Ja	Minimum	6
	Maximum	12



**Abb. 12: Mediane der GDS Summenscores beider Gruppen**

Es wurde zudem erfasst, ob der Cut-Off-Wert von  $> 5$  erreicht wurde. Beträgt der Summenscore mehr als 5, wird dieser als Hinweis für das Vorliegen einer Depression interpretiert. Alle Personen mit komplizierter Trauer und vier Personen in der Gruppe ohne komplizierte Trauer überschreiten diesen Wert. Insgesamt weisen in der Stichprobe 30 % (11 Personen) Anzeichen für eine Depression auf (siehe Abb. 13).



**Abb. 13: Anteil depressiver und nicht depressiver Personen (Angaben in absoluten Häufigkeiten und Prozent)**

**Tab. 12: Vierfeldertafel der Variablen „Komplizierte Trauer“ und „Depression“**

		Komplizierte_Trauer		Total
		Nein	ja	
Depression	Nein	26	0	26
	Ja	4	7	11
Total		30	7	37

#### 11.1.4. PTSD Symptomatik

Für die Gesamtstichprobe ergibt sich beim PCL-C Gesamtscore ein Median von 20 (QA = 8). Der Minimalwert beträgt 17 und der Maximalwert 64. Die Gruppe der Frauen weist einen Median von 19 auf (QA = 7,75), die der Männer einen Median von 20 (QA = 13). Kompliziert trauernde Personen erreichen einen Medianwert von 24 (QA = 47), Personen ohne komplizierte Trauer einen Median von 20 (QA = 24).

**Tab. 13: Median, Perzentile, Minimal- und Maximalwert des PCL-C-Gesamtscores**

PCLC_Total		
Median		20,00
Minimum		17
Maximum		64
Percentiles	25	17,00
	50	20,00
	75	25,00

Die drei Subskalen des PCL-C weisen folgende statistische Maßzahlen auf: Die Subskala „*Intrusionen*“ hat einen Median von 5 (QA = 3), die Skala „*Vermeidungsverhalten*“ weist einen Median von 7 (QA = 2,5) und die Skala „*erhöhtes Arousal*“ einen Median von 5 (QA = 4) auf.

**Tab. 14: Mediane, Perzentile Minimum- und Maximumwerte, der PCL-C-Subskalen *Intrusionen*, *Vermeidungsverhalten* und *erhöhtes Arousal***

Statistics				
		PCLC_Intrusion	PCLC_vermeidung	PCLC_arousal
Median		5,00	7,00	5,00
Minimum		5	7	5
Maximum		17	27	20
Percentiles	25	5,00	7,00	5,00
	50	5,00	7,00	5,00
	75	8,00	9,50	9,00

Neben dem Gesamtscore und den Summenscores der Subskalen wurde zudem erfasst, ob der Cut-Off-Wert von  $\geq 44$  erreicht wurde. Ab diesem Wert wird von einer PTSD in der Allgemeinbevölkerung ausgegangen (siehe Kapitel 8.1.4.). 36 Personen überschritten den Cut-Off-Wert nicht, eine Person überschritt diesen Wert mit einem Gesamtscore von 64.

**Tab. 15: Verteilung der Stichprobe nach dem PCL-C Cut-Off-Kriterium**

Cut-Off	Frequency	Percent
Nein $\leq 43$	36	97,3
Ja $\geq 44$	1	2,7
Total	37	100,0

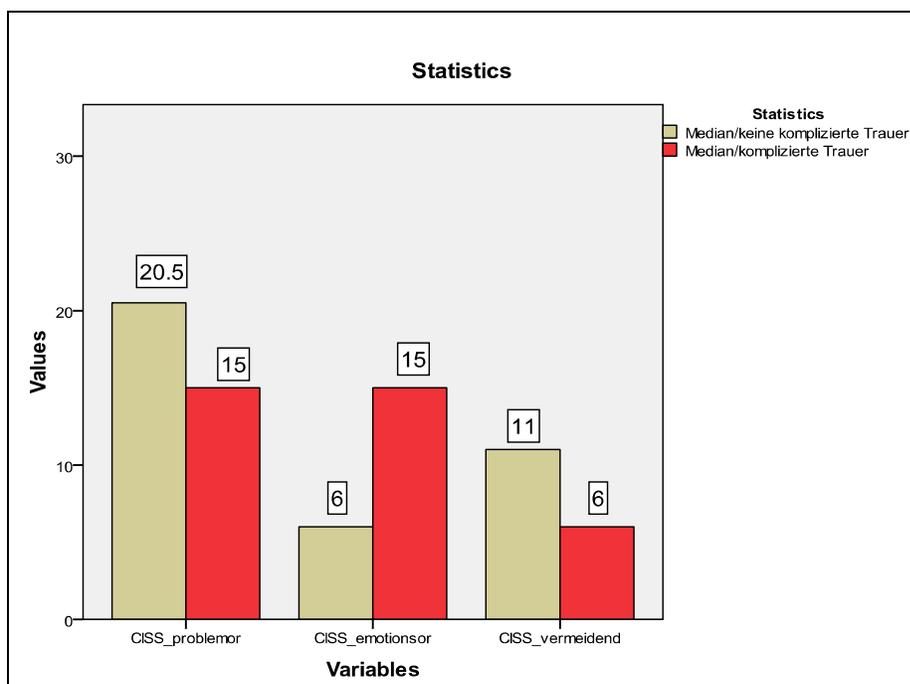
### 11.1.5. Coping

Der problemorientierte Copingstil ist mit einem Median von 20 (QA = 8) am stärksten ausgeprägt. Der vermeidende Bewältigungsstil weist einen Median von 10 (QA = 7) auf. Der am geringsten ausgeprägte Copingstil ist der emotionsorientierte (MD = 7; QA = 4).

**Tab. 16: Mediane, Perzentile, Minimum- und Mamimalwerte der CISS-Skalen**

Statistics				
		CISS_problemor	CISS_emotionsor	CISS_vermeidend
Median		20,00	7,00	10,00
Minimum		10	1	3
Maximum		27	22	24
Percentiles	25	15,00	4,50	6,00
	50	20,00	7,00	10,00
	75	23,50	9,50	13,00

Abbildung 14 zeigt die Medianwerte der Personen mit und ohne komplizierte Trauer in den einzelnen Copingskalen.



**Abb.: 14: Medianwerte der CISS-Skalen beider Gruppen**

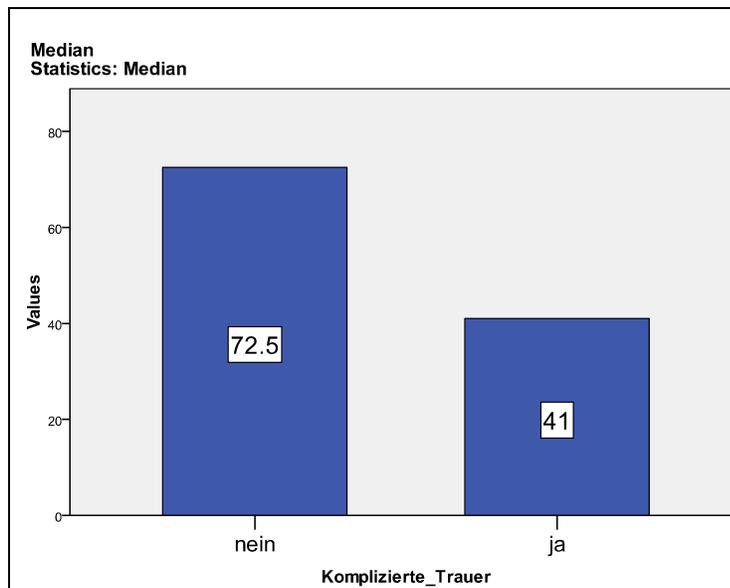
### 11.1.6. Kohärenzgefühl

Der SOC- Summenscore weist einen Median von 71 auf (QA = 15,5). Der geringste Gesamtwert beläuft sich auf 30, der höchste auf 85.

**Tab. 17: Median, Perzentile, Minimal- und Maximalwert, des SOC-Gesamtscores**

SOC_Total		
Median		71,00
Minimum		30
Maximum		85
Percentiles	25	61,00
	50	71,00
	75	76,50

Abbildung 15 zeigt, dass Personen mit komplizierter Trauer ein geringeres Ausmaß an Kohärenzgefühl aufweisen. Der Median des SOC-Summscores beläuft sich bei Personen mit komplizierter Trauer auf 41 und bei Personen ohne komplizierte Trauer auf 72,5. Der *U*-Test erzielt keine signifikanten Geschlechtsunterschiede im SOC-Summscore ( $z = -0,779$ ;  $p = 0,453$ ).



**Abb. 15: Mediane des SOC-Summscores beider Gruppen**

## 11.2. Hypothesenprüfung

Zur Hypothesenprüfung kamen *U*-Tests zur Anwendung. Als Signifikanzniveau wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von  $\alpha = 0.05$  festgelegt. Wie schon in Kapitel 10 erwähnt, müssen durch die sehr kleine Stichprobe von  $n = 7$  die Ergebnisse mit Vorbehalt interpretiert werden.

Es handelt sich um keine repräsentative Stichprobe, daher können die erzielten Ergebnisse nicht auf die Gesamtpopulation übertragen werden. Durch die ungleichen Stichproben verliert der *U*-Test zudem an Teststärke, das heißt, dass auch fälschlicherweise nicht signifikante Ergebnisse erzielt werden können. Bei Hypothese 1 ist anzumerken, dass eine sehr geringe Anzahl einen plötzlichen Tod des Partners erlebte und somit eine Hypothesenprüfung hier nicht zielführend wäre.

Bei kleinen und unausgewogenen Stichproben können asymptotische Tests zu fehlerhaften Ergebnissen führen (Janssen & Laatz, 2005). Um das Risiko möglicher Fehler bei der Hypothesenprüfung zu verringern, werden hier exakte Tests herangezogen.

### 11.2.1. Hypothese 1

**H<sub>0</sub>:** Es gibt keinen Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich der Art des Todes des Verstorbenen (plötzlicher/erwarteter Tod).

**H<sub>1</sub>:** Es gibt einen Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich der Art des Todes des Verstorbenen (plötzlicher/erwarteter Tod).

Wie bereits erwähnt, ist durch die Verteilung der Merkmalsausprägungen eine Hypothesentestung hier nicht zielführend. In Tab. 10 war zu sehen, dass lediglich bei 7 Personen in der Gruppe ohne komplizierte Trauer und nur bei einer Person in der Gruppe mit komplizierter Trauer der Partner an einem plötzlichen Tod verstorben ist.

### 11.2.2. Hypothese 2

**H<sub>0</sub>:** Die Gruppen unterscheiden sich nicht bezüglich der depressiven Symptomatik.

**H<sub>1</sub>:** Die Gruppen unterscheiden sich bezüglich der depressiven Symptomatik.

**AV:** Depression

**UV:** Gruppen (Personen mit/ohne komplizierte Trauer)

**N:** gesamte Stichprobe

Hier kam der Mann-Whitney *U*-Test zur Anwendung. Das Ergebnis ist signifikant ( $z = -3,778$ ;  $p < 0,01$ ). Die  $H_0$  wird verworfen.

**Tab. 18: *U*-Test zur Überprüfung des Gruppenunterschieds bezüglich depressiver Symptomatik**

Test Statistics <sup>b</sup>	
	GDS_Total
Mann-Whitney U	8,500
Wilcoxon W	473,500
Z	-3,778
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,000 <sup>a</sup>
a. Not corrected for ties.	
b. Grouping Variable: Komplizierte_Trauer	

### 11.2.3. Hypothese 3

**H0:** Die Gruppen unterscheiden sich nicht bezüglich der PTSD-Symptomatik.

**H1:** Die Gruppen unterscheiden sich bezüglich der PTSD-Symptomatik.

**AV:** PTSD

**UV:** Gruppen (Personen mit/ohne komplizierte Trauer)

**N:** gesamte Stichprobe

Auch hier wurde der *U*-Test durchgeführt. Das Ergebnis ist nicht signifikant ( $z = -0,952$ ;  $p = 0,370$ ). Die Gruppen unterscheiden sich nicht in der Intensität der PTSD Symptomatik. Die  $H_0$  wird beibehalten.

**Tab. 19: U-Test zur Überprüfung des Gruppenunterschieds bezüglich der PTSD-Symptomatik**

Test Statistics <sup>b</sup>	
	PCLC_Total_z
Mann-Whitney U	81,000
Wilcoxon W	546,000
Z	-,952
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,370 <sup>a</sup>

#### 11.2.4. Hypothese 4

**H0:** Es gibt keinen Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich des Copingstils.

**H1:** Es gibt einen Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich des Copingstils.

Diese Hypothese wird anhand dreier Subhypothesen getestet. Um eine Alphafehler-Kumulierung zu verhindern, erfolgte die Adjustierung des  $\alpha$ -Niveaus anhand der Formel  $\alpha_{\text{lokal}} = 1 - (1 - \alpha_{\text{global}})^{1/k}$ . Das neue Signifikanzniveau beträgt somit 0,017. Alle Subhypothesen wurden mittels *U*-Test geprüft.

#### 11.2.5. Hypothese 4.1.

**H0:** Es gibt keinen Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich des problemorientierten Copingstils.

**H1:** Es gibt einen Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich des problemorientierten Copingstils.

**AV:** problemorientiertes Coping

**UV:** Gruppen (Personen mit/ohne komplizierte Trauer)

**N:** gesamte Stichprobe

Das Ergebnis ist nicht signifikant ( $z = -1,458$ ;  $p = 0,149$ ). Es gibt keinen Gruppenunterschied im problemorientierten Copingstil. Die H0 wird beibehalten.

### 11.2.6. Hypothese 4.2.

**H0:** Es gibt keinen Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich des emotionsorientierten Copingstils.

**H1:** Es gibt einen Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich des emotionsorientierten Copingstils.

**AV:** emotionsorientiertes Coping

**UV:** Gruppen (Personen mit/ohne komplizierte Trauer)

**N:** gesamte Stichprobe

Es wurde ein signifikantes Ergebnis erzielt ( $z = -3,255$ ;  $p < 0,01$ ). Die Gruppen unterscheiden sich im emotionsorientierten Coping. Personen mit komplizierter Trauer weisen höhere Werte in der CISS-Skala *emotionsorientiertes Coping* auf (siehe Abb.14). Die H0 wird verworfen.

### 11.2.7. Hypothese 4.3.

**H0:** Es gibt keinen Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich des vermeidenden Copingstils.

**H1:** Es gibt einen Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich des vermeidenden Copingstils.

**AV:** vermeidendes Coping

**UV:** Gruppen (Personen mit/ohne komplizierte Trauer)

**N:** gesamte Stichprobe

Das Ergebnis ist nicht signifikant ( $z = -1,478$ ;  $p = 0,149$ ). Es besteht kein Gruppenunterschied im vermeidenden Copingstil. Die H0 wird somit beibehalten.

**Tab. 20: U-Tests zur Überprüfung des Gruppenunterschieds der CISS Skalen  
*problemorientiertes, emotionsorientiertes und vermeidendes Coping***

<b>Test Statistics<sup>b</sup></b>			
	CISS_problemborientiert	CISS_emotionsorientiert	CISS_vermeidend
Mann-Whitney U	67,500	21,500	67,000
Wilcoxon W	95,500	486,500	95,000
Z	-1,458	-3,255	-1,478
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,149 <sup>a</sup>	,000 <sup>a</sup>	,149 <sup>a</sup>
a. Not corrected for ties.			
b. Grouping Variable: Komplizierte_Trauer			

### 11.2.8. Hypothese 5

**H0:** Es gibt keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen bezüglich des Copingstils.

**H1:** Es gibt einen Unterschied zwischen Männern und Frauen bezüglich des Copingstils.

Auch hier erfolgt die Überprüfung der Haupthypothese anhand dreier Subhypothesen. Es wurde eine  $\alpha$ -Adjustierung durchgeführt. Das neue Signifikanzniveau ist 0,017. Auch hier kamen *U*-Tests zur Anwendung.

### 11.2.9. Hypothese 5.1.

**H0:** Es gibt keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen bezüglich des problemorientierten Copingstils.

**H1:** Es gibt einen Unterschied zwischen Männern und Frauen bezüglich des problemorientierten Copingstils.

**AV:** problemorientierter Copingstil

**UV:** Geschlecht

**N:** gesamte Stichprobe

Das Ergebnis ist nicht signifikant ( $z = -1,827$ ;  $p = 0,068$ ). Männer und Frauen unterscheiden sich nicht im problemorientierten Copingstil. Die H0 wird beibehalten.

#### 11.2.10. Hypothese 5.2.

**H0:** Es gibt keinen Unterschied zwischen Männer und Frauen bezüglich des emotionsorientierten Copingstils.

**H1:** Es gibt einen Unterschied zwischen Männer und Frauen bezüglich des emotionsorientierten Copingstils.

**AV:** emotionsorientierter Copingstil

**UV:** Geschlecht

**N.** gesamte Stichprobe

Das Ergebnis ist nicht signifikant ( $z = -0,854$ ;  $p = 0,412$ ). Männer und Frauen unterscheiden sich nicht im emotionsorientierten Copingstil. Die H0 wird beibehalten.

#### 11.2.11. Hypothese 5.3.

**H0:** Es gibt keinen Unterschied zwischen Männern und Frauen bezüglich des vermeidenden Copingstils.

**H1:** Es gibt einen Unterschied zwischen Männern und Frauen bezüglich des vermeidenden Copingstils.

**AV:** vermeidender Copingstil

**UV:** Geschlecht

Das Ergebnis ist nicht signifikant ( $z = -0,817$ ;  $p = 0,433$ ). Männer und Frauen unterscheiden sich nicht im vermeidenden Copingstil. Die H0 wird beibehalten.

**Tab. 21: U-Tests zur Überprüfung des Geschlechterunterschieds der CISS Skalen  
*problemorientiertes, emotionsorientiertes und vermeidendes Coping***

<b>Test Statistics<sup>b</sup></b>			
	CISS_problemlorientiert	CISS_emotionsorientiert	CISS_vermeidend
Mann-Whitney U	74,500	102,000	103,000
Wilcoxon W	480,500	147,000	148,000
Z	-1,827	-,854	-,817
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,068 <sup>a</sup>	,412 <sup>a</sup>	,433 <sup>a</sup>
a. Not corrected for ties.			
b. Grouping Variable: Geschlecht			

### 11.2.12. Hypothese 6

**H0:** Es gibt keinen Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich des Ausmaßes an Kohärenzgefühl.

**H1:** Es gibt einen Unterschied zwischen den Gruppen bezüglich des Ausmaßes an Kohärenzgefühl.

**AV:** Kohärenzgefühl

**UV:** Gruppen (Personen mit/ohne komplizierte Trauer)

**N:** gesamte Stichprobe

Zur Überprüfung wurde der *U*-Test eingesetzt. Das Ergebnis ist signifikant ( $z = -3,395$ ;  $p < 0,01$ ). Personen mit komplizierter Trauer zeigen ein geringer ausgeprägtes Kohärenzgefühl (MD = 41; QA = 18) als Personen ohne komplizierte Trauer (MD = 72,5; QA = 10). Die H0 wird verworfen.

**Tab. 22: U-Test zur Überprüfung des Gruppenunterschieds bezüglich des Ausmaßes an Kohärenzgefühl**

Test Statistics <sup>b</sup>	
	SOC_Total
Mann-Whitney U	17,500
Wilcoxon W	45,500
Z	-3,395
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,000 <sup>a</sup>

### 11.3. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse

Ziel dieser Studie war es zu untersuchen, ob sich Personen mit komplizierter Trauer im Copingverhalten und im Ausmaß an Kohärenzgefühl von Personen ohne komplizierte Trauer unterscheiden. Des Weiteren wurde geprüft, ob sich die Personen in der depressiven und der PTSD-Symptomatik voneinander unterscheiden. Die Stichprobe der Personen mit komplizierter Trauer ist mit einem Umfang von  $n = 7$  sehr klein und daher nicht repräsentativ. Die Ergebnisse können lediglich einen Anreiz für die zukünftige Forschung darstellen und dürfen keinesfalls auf die Grundgesamtheit übertragen werden.

In der Stichprobe der vorliegenden Arbeit konnten folgende Ergebnisse gefunden werden:

- Personen mit komplizierter Trauer wiesen signifikant höhere Depressionswerte auf, als Personen ohne komplizierte Trauer ( $z = -3,778; p < 0,01$ ).
- Es zeigte sich ein signifikant geringeres Ausmaß an Kohärenzgefühl bei kompliziert trauernden Personen ( $z = -3,395; p < 0,01$ ).
- Personen mit komplizierter Trauer tendierten eher zum emotionsorientierten Copingstil als Personen ohne komplizierte Trauer ( $z = -3,255; p < 0,01$ ).

- Personen mit komplizierter Trauer unterschieden sich nicht von Personen ohne komplizierte Trauer bezüglich der PTSD-Symptomatik ( $z = -0,952; p = 0,370$ ).
- Personen mit komplizierter Trauer unterschieden sich nicht von Personen ohne komplizierte Trauer hinsichtlich des problemorientierten und vermeidenden Bewältigungsstils.
- Es wurden keine Geschlechtsunterschiede bezüglich der Copingstrategien gefunden.

## **12. Diskussion und Schlussfolgerung**

### **12.1. Tod und Trauer als gesellschaftliches Tabu**

Bei der Stichprobenerhebung zeigte sich, dass das Thema *Tod und Trauer* von Seiten verschiedener Institutionen ein Hindernis für die Kontaktaufnahme mit möglichen Probanden darstellte. Es stellt sich die Frage, inwieweit das Thema Tod nach wie vor als Tabuthema bezeichnet werden kann. Der Kulturanthropologe Becker postulierte bereits 1973, dass es in der menschlichen Natur liege, den Tod und damit die eigene Sterblichkeit zu verleugnen. Die Bewusstwerdung der eigenen Endlichkeit löse in den meisten Menschen Irritation und Angst aus. Greenberg, Pyszczynski & Solomon (1986) geben in der „Terror-Management-Theorie“ an, dass Gedanken an den Tod verdrängt werden, unbewusste Angst davor jedoch weiter besteht. Um dieser Angst entgegenzuwirken, entwickeln Menschen selbstwertsteigernde Strategien, die den Menschen vor dem „existentiellen Terror“ schützen.

Paradox erscheint das Phänomen, dass gerade in den letzten Jahrzehnten der Tod und die Trauer in der Literatur und in diversen Medien an Präsenz gewonnen haben und dennoch auf gesellschaftlicher Ebene oftmals ausgegrenzt werden (Emanuel & Emanuel, 1998; Glaser 1997).

Die Ausgrenzung und Verleugnung dieser unangenehmen Realität kann jedoch Probleme mit sich ziehen. So zeigen sich eine Reihe von Hindernissen und Barrieren, beispielsweise für

die Kommunikation oder im Bereich des Symptommanagements in der Palliativpflege. (Zimmermann, 2007).

## **12.2. Ergebnisse**

In Folge werden die deskriptive Stichprobenanalyse und die Ergebnisse der Hypothesenprüfung diskutiert. Nochmals sei angemerkt, dass eine Verallgemeinerung durch die mangelnde Stichprobenrepräsentativität nicht sinnvoll wäre.

### **12.2.1. Demografische Daten**

Der hohe Anteil von Frauen (76%) im Vergleich zum Anteil der Männer (24%) ergibt sich aus den natürlichen Gegebenheiten der älteren Population. Das Alter der Befragten lag zwischen 62 und 92 Jahren. Das Durchschnittsalter lag bei 78 Jahren (SD = 9,35).

15 Personen (41 %) gaben an, über einen Pflichtschulabschluss und 9 Personen (24%) über einen Lehrabschluss zu verfügen. 2 Personen (5%) haben eine höhere Schule ohne Matura absolviert. 9 Personen (24%) haben maturiert und 2 Personen (5%) haben ein Studium abgeschlossen.

### **12.2.2. Angaben zum Tod des Partners**

Im Durchschnitt lag der Tod des Partners 17 Monate (SD = 8) vor dem Zeitpunkt der Befragung. Personen mit komplizierter Trauer unterschieden sich nicht von Personen ohne komplizierte Trauer hinsichtlich der Zeit, die seit dem Verlust vergangen ist. Bei Kersting et al. (2009) unterschieden sich die Probanden ohne komplizierte Trauer ebenfalls nicht von Probanden mit komplizierter Trauer bezüglich der vergangenen Zeit seit Verlust. Hier ist jedoch anzumerken, dass sich in der Studie von Kersting et al. (2009) ausschließlich Personen mit depressiven Störungen befanden.

Die häufigste Todesursache der verstorbenen Partner waren bösartige Neubildungen (38 %), gefolgt von Herz-Kreislaufkrankungen (24 %). 11 % starben an einem multikausalen Tod, 8 % an einem Schlaganfall, 16 % gaben eine andere Todesursache, wie Lungenentzündung

und Nierenversagen, an. Einem Probanden (3%) war die Todesursache des Partners nicht bekannt.

78% der befragten Personen verloren ihren Partner durch einen erwarteten Tod, 22 % durch einen plötzlichen, nicht erwarteten Tod. Es wäre interessant in einer größer angelegten Studie zu untersuchen, ob es einen Zusammenhang zwischen komplizierter Trauer und dem Todesumstand gibt. Bailey et al. (1999) fanden keinen Zusammenhang zwischen Trauerreaktion und erwartetem beziehungsweise unerwartetem Verlust. Es kann jedoch vermutet werden, dass ein plötzlicher gewaltsamer Tod mit einem erhöhten psychopathologischen Risiko einhergeht (Kaltman & Bonanno, 2003).

### **12.2.3. Depressive und PTSD-Symptomatik**

Insgesamt wies in der Stichprobe ein sehr hoher Anteil von 30 % Anzeichen für eine Depression auf. Linden et al. (1998) fanden in der Berliner Altersstudie eine Prävalenzrate von 9,1 % für depressive Störungen. Allerdings ist die Depressionsrate nach einem Verlustereignis erhöht. So litten 30% der Probanden in der Studie von Zisook et al. (1997) noch 25 Monate nach dem Verlustereignis an depressiven Störungen.

Alle Personen mit komplizierter Trauer und vier Personen in der Gruppe ohne komplizierte Trauer zeigten depressive Tendenzen. Kompliziert Trauernde weisen signifikant höhere Werte im GDS-Summenscore auf ( $p < 0,01$ ). Dieses Ergebnis geht konform mit den Ergebnissen anderer Studien, bei denen Personen mit komplizierter Trauer ebenfalls ein höheres Ausmaß an depressiver Symptomatik aufwiesen als Personen ohne komplizierte Trauer (Horowitz et al., 1997; Kersting et al. 2009). Es kann somit angenommen werden, dass eine hohe Komorbiditätsrate zwischen komplizierter Trauer und depressiven Erkrankungen besteht.

Die Stichprobe wies eine gering ausgeprägte PTSD-Symptomatik auf (MD = 20; QA = 8). Nur eine Person überschritt den PCL-C Cut-Off-Wert von  $\geq 44$  und hatte somit eine voll ausgeprägte PTSD. Diese Person zeigte ebenfalls komplizierte Trauer. Im PCL-C-Summenscore unterschieden sich die Gruppen nicht signifikant voneinander. Im Gegensatz

zu diesem Ergebnis berichten Shear et al. (2005) von einer Komorbiditätsrate zwischen komplizierter Trauer und PTSD von 30% bis 50%.

#### **12.2.4. Copingverhalten**

Der Copingstil wurde mit dem CISS erhoben. Dabei wurden der problemorientierte, der emotionsorientierte und der vermeidende Bewältigungsstil erfasst. In der Gesamtstichprobe der vorliegenden Studie war der problemorientierte Copingstil am stärksten ausgeprägt, gefolgt von vermeidendem Coping. Brandtstädter und Wentura (1995) berichten ebenfalls, dass ältere Menschen eher zum problemorientierten Copingstil neigen. Das heißt, dass die Probanden in einer Problemsituation dazu neigen, aktiv Ressourcen zu nützen, um externale als auch internale Veränderungen zu bewirken. Der emotionsorientierte Copingstil war am geringsten ausgeprägt.

Die Teilnehmer mit komplizierter Trauer unterschieden sich von denen ohne komplizierte Trauer weder im problemorientierten noch im vermeidenden Copingstil. Es zeigten sich jedoch signifikante Unterschiede im emotionsorientierten Copingstil ( $p < 0,01$ ). Frühere Studien zeigen ebenfalls einen Zusammenhang zwischen Psychopathologie und emotionsorientierten Bewältigungsstilen. So gelangen Dirkzwager et al. (2003) zu dem Ergebnis, dass emotionsorientiertes Coping mit der PTSD einhergeht. Schnider et al. (2007) fanden einen Zusammenhang zwischen vermeidendem emotionsorientiertem Copingstil und komplizierter Trauer. Möglicherweise sind Personen mit komplizierter Trauer generell eher auf die emotionalen Reaktionen fokussiert und tendieren dazu, intrapsychische Aktivitäten zu setzen, um das eigene Stresserleben abzuschwächen. Dieser Hypothese sollte in einer größer angelegten Studie nachgegangen werden.

Nach Coyne und Racioppo (2000) ist der Zusammenhang zwischen emotionsorientiertem Coping und Psychopathologie möglicherweise das in der Copingforschung häufigste Ergebnis. Der Zusammenhang kann, so die Autoren, auf die Tatsache zurückgeführt werden, dass bei Vorliegen von Distress, wie es bei der komplizierten Trauer der Fall ist, eher auf emotionsorientierte Copingstrategien zurückgegriffen werden muss.

Im Gegensatz zu deRidder (2000) konnten in der vorliegenden Studie keine Geschlechtsunterschiede bezüglich des Copingstils gefunden werden. Männer und Frauen unterschieden sich weder im problemorientierten noch im emotionsorientierten oder vermeidenden Bewältigungsstil.

#### **12.2.5. Kohärenzgefühl**

Das Kohärenzgefühl wurde mit der Sense of Coherence Scale (SOC) erfasst. Der Summenscore in der Stichprobe wies einen Median von MD = 71 (QA = 15,5) auf. Es gab keine Geschlechtsunterschiede in der Ausprägung des Kohärenzgefühls. Die Teilnehmer mit komplizierter Trauer hatten ein signifikant schwächer ausgeprägtes Kohärenzgefühl (MD = 41; QA = 18) als die Teilnehmer ohne komplizierte Trauer (MD = 72,5; QA = 10).

Engelhard, Van den Hout und Vlaeyen (2003) gelangen zu dem Ergebnis, dass ein geringeres Ausmaß an Kohärenzgefühl sowohl mit einer stärker ausgeprägten depressiven als auch PTSD-Symptomatik nach einem Verlustereignis einhergeht.

Das Ergebnis der vorliegenden Studie kann ein Hinweis darauf sein, dass auch die komplizierte Trauerreaktion mit einem schwach ausgeprägten Kohärenzgefühl zusammenhängt und Personen mit komplizierter Trauer die Welt und das Leben als geringer handhabbar, verstehbar und bedeutsam erleben.

### **13. Kritik und Forschungsausblick**

Da im Rahmen der Stichprobenerhebung die Rückmeldungen sowohl von in Frage kommenden Personen als auch teilweise von geriatrischen Institutionen oftmals negativ waren, konnte nur eine bescheidene Stichprobengröße von  $N = 37$  erfasst werden. Es könnten in Zukunft vermehrt Aufklärungsgespräche oder Seminare zum Thema Tod und Trauer in den Institutionen angeboten werden um einen offeneren Umgang mit diesen Themen zu erzielen und dadurch Gesprächsbarrieren zu verringern.

Durch die ungleich großen Gruppen ( $n_1 = 30$ ,  $n_2 = 7$ ) und die sehr kleine Gruppe von Personen mit komplizierter Trauer mussten Abstriche im Studiendesign gemacht werden. Es kann nicht von einer repräsentativen Stichprobe ausgegangen werden. Besonders bei der

Interpretation der gewonnenen Ergebnisse muss die Stichprobengröße und die Tatsache, dass es sich nicht um parallelisierte Stichproben handelt, in Hinblick auf deren Repräsentativität für die Population berücksichtigt werden. Eine Übertragung der Ergebnisse auf die Grundgesamtheit verbietet sich. Dennoch können Anreize für zukünftige Forschungsthemen gesetzt werden.

Die Durchführung der Tests erfolgte nach Vorgabe. Etwaige Testleitereffekte können jedoch nicht ausgeschlossen werden. Zu der Fragetechnik selbst ist zu bemerken, dass es sich ausschließlich um Selbstbeurteilungsfragebögen handelte und somit die Möglichkeit, nach sozialer Erwünschtheit zu antworten, gegeben ist.

In der vorliegenden Studie zeigten Personen, die kompliziert trauerten, eine erhöhte depressive Symptomatik. Kausalzusammenhänge können diesbezüglich jedoch nicht angenommen werden. In einer größer angelegten Längsschnittuntersuchung könnte der Frage nachgegangen werden, ob depressive Personen eine höhere Vulnerabilität dafür aufweisen, nach einem Verlustereignis komplizierte Trauer zu entwickeln. Um Risikogruppen zu identifizieren, könnte vermehrt nach möglichen Prädispositionen bezüglich psychischer als auch körperlicher Gesundheit geforscht werden.

Die Probanden mit komplizierter Trauer neigten in der vorliegenden Studie dazu, in Problemsituationen auf den emotionsorientierten Copingstil zurückzugreifen. Auch hier kann auf keine Kausalzusammenhänge geschlossen werden. Zudem können Verzerrungen aufgrund der retrospektiven Erhebungsart entstehen. Coyne und Rapaccio (2000) weisen darauf hin, dass sich Personen in der Beschreibung von Problemsituationen meist auf sehr unterschiedliche Situationen mit unterschiedlichen Zielen beziehen und somit bei der Erhebung von Coping weitere Persönlichkeitsaspekte als Störvariablen hinzukommen könnten.

Nach Folkman (2001) hinkt die Forschung über die Bewältigung von Verlusten und über die gesundheitlichen Auswirkungen von Copingverhalten der gängigen klinischen Literatur hinterher. Da das Bewältigungsverhalten einer der wenigen Faktoren ist, der für Psychotherapie im Rahmen des Trauerns zugänglich ist, wäre es von Interesse, diesem in der Forschung mehr Aufmerksamkeit zu schenken. Möglicherweise ist ein Hin-und-Her-

Pendeln zwischen problemorientiertem und emotionsorientiertem Coping, wie es im Dualen Prozessmodell von Stroebe und Schut (1999), siehe Kap. 4.4., dargestellt wird, eine erfolgreiche, gesundheitsfördernde Strategie im Trauerprozess.

Insgesamt wäre es wünschenswert, verstärkt Persönlichkeitsvariablen in Zusammenhang mit der Trauerreaktion zu untersuchen. Bislang wurden vor allem situationale, oftmals für Interventionen nicht zugängliche Variablen, wie beispielsweise der Todesumstand oder das Ausmaß an sozialer Unterstützung, betrachtet (Stroebe et al., 2007).

Der Zusammenhang zwischen komplizierter Trauer und dem Todesumstand konnte in der vorliegenden Arbeit nicht überprüft werden. Es wäre interessant, dem in einer größer angelegten Studie nachzugehen.

Personen mit komplizierter Trauer zeigten ein geringer ausgeprägtes Kohärenzgefühl, was mit den Ergebnissen anderer Studien konform geht (Engelhard et al., 2003). Hier könnten vermehrt kohärenzfördernde Interventionsprogramme in der Trauerarbeit auf deren Wirksamkeit hin untersucht und implementiert werden.

Zusammengefasst weisen die Ergebnisse der vorliegenden Studie darauf hin, dass sowohl der emotionsorientierte Copingstil als auch ein gering ausgeprägtes Kohärenzgefühl bei der Entwicklung der komplizierten Trauer eine Rolle spielen dürften. Die Frage, inwieweit der Todesumstand mit der komplizierten Trauer zusammenhängt, konnte durch die kleine Stichprobe nicht beantwortet werden.

In einer größer angelegten Studie könnten validere Ergebnisse zur Beantwortung der Fragestellungen erzielt werden. Zudem könnte der Frage nach dem Einfluss des Todesumstandes nachgegangen werden.

Neben den erhobenen Variablen dürften bezüglich des Partnerverlustes älterer Menschen auch weitere Faktoren bei der Entstehung der komplizierten Trauer mitwirken. Die Beziehungsqualität dürfte beim Trauerprozess eine wesentliche Rolle spielen. So zeigten Johnson, Zhang, Greer und Prigerson (2007), dass eine hohe Abhängigkeit in der Partnerbeziehung die Entwicklung der komplizierten Trauer nach dem Partnerverlust

begünstigt. In der Studie von Carr, House, Kessler, Nesse, Sonnega und Wortman (2000) zeigten ebenfalls die Probanden, die von einer stärkeren Abhängigkeit in der Partnerbeziehung berichteten, ausgeprägtere Angstsymptome. Speziell bei der Gruppe älterer Personen sollte zudem der Schwerpunkt auf die individuelle Biografie gelegt werden. So könnte der Frage nachgegangen werden, inwieweit verschiedene biografische Variablen einen Einfluss auf die Entwicklung der komplizierten Trauer haben. Belastungsfaktoren, die im Laufe der individuellen Biografie auftreten, könnten diesbezüglich eine wesentliche Rolle spielen.

## 14. Zusammenfassung

Die vorliegende Studie beschäftigte sich mit der Frage, ob sich Personen mit komplizierter Trauer im Copingverhalten und im Ausmaß an Kohärenzgefühl von Personen ohne komplizierte Trauer unterscheiden. Zudem war es das Ziel zu prüfen, ob der Todesumstand des verstorbenen Partners mit der Trauerreaktion zusammenhängt. Dabei wurde zwischen plötzlichem und erwartetem Tod unterschieden. Schließlich wurde geprüft, ob sich die Personen in der depressiven und der PTSD Symptomatik voneinander unterscheiden.

Insgesamt umfasst die Stichprobe 37 Personen, deren Partner verstorben sind. Die Befragung erfolgte in Wien und Niederösterreich. Ausschlusskriterium war das Vorliegen einer demenziellen Erkrankung. Das Alter der Befragten lag zwischen 62 und 92 Jahren. Es gab 27% männliche und 73% weiblichen Probanden. Der Partnerverlust lag zwischen 6 und 30 Monaten vor dem Zeitpunkt der Befragung. 30 Personen (81%) zeigten keine komplizierte Trauerreaktion, 7 Personen (19%) hingegen schon.

Als Testverfahren kamen das Coping Inventory for Stressful Situations (CISS), die Sense of Coherence Scale (SOC), der Fragebogen zur Komplizierten Trauer, die Geriatric Depression Scale (GDS) und die PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C) zum Einsatz.

In dieser Untersuchung zeigten Personen mit komplizierter Trauer ein geringeres Ausmaß an Kohärenzgefühl als die Teilnehmer ohne komplizierte Trauer ( $z = -3,395$ ;  $p < 0,01$ ). Es wurden auch signifikant höhere Depressionswerte bei den kompliziert trauernden Probanden festgestellt ( $z = -3,778$ ;  $p < 0,01$ ). In der PTSD-Symptomatik unterschieden sich die beiden Gruppen nicht ( $z = -0,952$ ;  $p = 0,370$ ). Bezüglich des Copingverhaltens wurde festgestellt, dass die Probanden mit komplizierter Trauer stärker auf emotionsorientierte Strategien zurückgriffen ( $z = -3,255$ ;  $p < 0,01$ ). Im problemorientierten und vermeidenden Copingverhalten unterschieden sich diese jedoch nicht von den Teilnehmern ohne komplizierte Trauer. Auch zwischen den Geschlechtern wurde kein Unterschied im Copingverhalten gefunden. Aufgrund der geringen Anzahl plötzlich verstorbener Partner konnte nicht überprüft werden, ob sich Personen mit komplizierter Trauer von Personen ohne komplizierte Trauer bezüglich des Todesumstands der verstorbenen Partner unterscheiden.

Aufgrund mangelnder Stichprobenrepräsentativität sollten die Ergebnisse keiner Verallgemeinerung unterzogen werden.

## 15. Abstract

The aim of this study was to answer the question whether people with complicated grief differ from people without complicated grief in their coping strategies as well as in the extent of their sense of coherence (SOC). Furthermore the association between the mode of death (sudden/expected death) and grief reaction was investigated. Finally the differences between the samples in the extent of depressive and PTSD symptomatic were analyzed.

The sample consisted of 37 persons, aged between 62 and 92 years, who had experienced the loss of partner. The questionnaire took place in Vienna and Lower Austria. People who suffered from Dementia were excluded in this study. 24% of the sample were male, 76% were female. The loss of partner dated back 6 to 30 months before the date of survey. 30 persons (81 %) did not show complicated grief while 7 persons (19%) did.

The Coping Inventory for Stressful Situations (CISS), the Sense of Coherence Scale (SOC), the Inventory of Complicated Grief, the Geriatric Depression Scale (GDS) and the PTSD-Checklist Civilian Version (PCL-C) were used in the present study.

In this study individuals with complicated grief showed a lower sense of coherence than those without complicated grief ( $z = -3,395; p < 0,01$ ). Furthermore persons with complicated grief reported significantly higher levels of depressive symptoms ( $z = -3,778; p < 0,01$ ). The groups did not differ in the PTSD symptomatic ( $z = -0,952; p = 0,370$ ). Regarding the coping style, individuals with complicated grief used emotion-focused coping more intensely than those without complicated grief ( $z = -3,255; p < 0,01$ ). The groups did not differ in the problem-focused or avoidant coping styles. There were no gender differences in the use of different coping styles. Few partners died of a sudden unexpected death therefore it could not be analyzed if persons with complicated grief differ from those without complicated grief regarding the circumstances of their partner's death. Because of insufficient sample representativity the study outcomes should not be generalized.

## 16. Literatur

Abel, T., Kohlmann, T. & Noack, H. (1995). *Eine deutsche Übersetzung des SOC*. Universität Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1997). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.

Bach, N., Nikolaus, T., Oster, P. & Schlierf, G. (1995). Depressionsdiagnostik im Alter. Die "Geriatric Depression Scale". *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 28, 1, 42-46.

Bailley, S., Kral, M. & Dunham, K. (1999). Survivors of suicide do grief differently: empirical support for a common sense proposition. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 29, 256-271.

Baltes, P. (1997). Die unvollendete Architektur der menschlichen Ontogenese: Implikationen für die Zukunft des vierten Lebensalters. *Psychologische Rundschau*, 48, 191-210.

Becker, E. (1973). *The Denial of Death*. New York: Free Press.

Boelen, P., van den Bout, J. & Keilser, J. (2003). Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: A replication study with bereaved mental health care patients. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1339-1341.

Bonanno, G. & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21, 705-734.

Bonanno, G., Neria, Y., Mancini, A., Coifman, K., Litz B. & Insel, B. (2007). Is there more to complicated grief than depression and posttraumatic stress disorder? A test of incremental validity. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 342-351.

Bonanno, G. Wortman, C. Lehman, D., Tweed, R. Haring, M., Sonnega, J. et al. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*, 1150-1164.

Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. 6. Auflage. Heidelberg: Springer.

Bortz, J. & Lienert, G. (2003). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung. Leitfaden für die verteilungsfreie Analyse kleiner Stichproben*. Heidelberg: Springer.

Bowlby J. (1980). *Attachment and Loss*. New York: Basic Books.

Brandtstädter, J. & Wentura, D. (1995). Adjustment to shifting possibility frontiers in later life: Complementary adaptive modes. In R. A. Dixon & L. Baekman (Hrsg.), *Compensating for psychological deficits and declines. Managing losses and promoting gains*. (S. 83-106). Mahwah: Erlbaum.

Breslau, N. (1998) Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder. In R. Yehuda R. (Ed.): *Psychological trauma*. Washington: American Psychiatric Press, (pp. 1-27).

Carnelley, K., Wortman, C., Bolger, N. & Burke, C. (2006). The time course of grief reactions to spousal loss: Evidence from a national probability sample. *Journal of Personality and Social Psychology, 91*, 476-492.

Carr, D., House, J., Kessler, R., Nesse, R., Sonnega, J. & Wortman, C. (2000). Marital quality and psychological adjustment to widowhood among older adults: a longitudinal analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 55*, 197-207.

Coyne, J. & Raciopp, M. (2000). Never the twain shall meet? Closing the gap between coping research and clinical intervention research. *American Psychologist*, 55, 655-664.

DeRidder, D. (2000): Gender, stress and coping: Do women handle stressful situations differently from men? In L. Sherr & J. St. Lawrence (Eds.), *Women, health and the mind*. Chichester, England: Wiley. (pp.115-135).

Dirkzwager, A., Bramsen, I. & van der Ploeg, H. (2003). Social support, coping, life events and posttraumatic stress symptoms among former peacekeepers: a prospective study, *Personality and Individual Differences*, 34, 1545-1559.

Drageset, J., Nygaard, H., Eide, G., Bondevik, M., Nortvedt, M. & Natvig, G. (2008). Sense of coherence as a resource in relation to health-related quality of life among mentally intact nursing home residents – a questionnaire study. *Health and Quality of Life Outcomes*, abgerufen am 7.7. 2009 unter: <http://www.hqlo.com/content/6/1/85>

Emanuel, E. & Emanuel, L. (1998). The promise of a good death. *The Lancet*, 351, 21-29.

Engelhard, I., van den Hout, M. & Vlaeyen J. (2003). The sense of coherence in early pregnancy and crisis support and posttraumatic stress after pregnancy loss: a prospective study. *Behavioral Medicine*, 29, 80-84.

Endler, N.S. & Parker, J. D. A. (1990). Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual. Toronto: Multi-Health Systems.

Erlangsen, A., Jeune, B., Bille-Brahe, U. & Vaupel, J. (2004). Loss of partner and suicide risk among the oldest old: a population-based register study. *Age and Ageing*, 33, 378-383.

Fartacek, R. & Nindl, A. (2001). Normale und abnorme Trauerreaktion. In H. Katschnig H & U. Demal (Hrsg). *Trauer und Depression. Wo hört das eine auf, wo fängt das andere an?* ( S.25-41). Wien: Facultas.

Folkman, S. (2001). Revised coping theory and the process of bereavement. In M. Stroebe (Ed), *Handbook of bereavement research* (pp. 563-581). Washington: American Psychological Association.

Folstein, M., Folstein, S. & McHugh, P. (1975). "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.

Forstmeier, S. & Maercker, A. (2007). Comparison of two diagnostic systems for complicated grief. *Journal of Affective Disorders*, 99, 203-211.

Freud, S. (1917/1946). *Trauer und Melancholie*. Gesammelte Werke. Bd. X. Frankfurt am Main: Fischer.

Gauggel, S. & Birkner, B. (1999). Validität und Reliabilität einer deutschen Version der Geriatrischen Depressionsskala (GDS). *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 28, 18-27.

Glaser, L. (1997). Wir verdrängen die eigene Endlichkeit und schaffen gleichzeitig nekrophile, selbstzerstörerische Strukturen. In M. Blum (Hrsg). *Tabu Tod* (S. 9-14). Freiburg: Rombach.

Graubner, B. (2008). *ICD-10-GM 2009: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. Stuttgart: Kohlhammer.

Greenberg, J., Pyszczynski, T., & Solomon, S. (1986). The causes and consequences of a need for self-esteem: a terror management theory. In R. Baumeister (Ed.), *Public self and private self* (pp. 189-212). New York: Springer-Verlag.

Hogan, N., Worden, J. & Schmidt, L. (2003-2004). An empirical study of the proposed Complicated Grief Disorder Criteria. *Omega*, 48, 263-277.

Horowitz, M., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G., Milbrath, C. & Stinson, C. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 904-919.

Janssen, J. & Laatz, W. (2005). *Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows. 5. neu bearbeitete und erweiterte Auflage*, Berlin, Heidelberg: Springer.

Johnson, J., Zhang, B., Greer, J. & Prigerson, H. (2007). Parental control, partner dependency, and complicated grief among widowed adults in the community. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 26-30.

Kaltman, S. & Bonanno, G. (2003). Trauma and bereavement: Examining the impact of sudden and violent deaths. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 131-147.

Kersting, A., Kroker, K., Horstmann, J., Ohrmann, P., Baune, B., Arolt, V. et al. (2009). Complicated grief in patients with unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, abgerufen am: 12.6.2009 unter <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.01.033>.

Kersting, A., Reutemann, M., Ohrmann, P., Schütt, K., Wesselmann, U., Rothermundt, M. et al. (2001). Traumatische Trauer- ein eigenständiges Krankheitsbild? *Psychotherapeut*, 46, 301-308.

Kreicbergs, U., Valdimarsdóttir, U., Onelöv, E., Henter, J. & Steineck, G. (2004). Anxiety and depression in parents 4-9 years after the loss of a child owing to a malignancy: a population-based follow-up. *Psychological Medicine*, 34, 1431–1441.

Kübler-Ross, E. (1997). *Das Rad des Lebens*. München: Droemer-Knauer.

Laslett, P. (1995). *Das dritte Alter*. Juventa: Weinheim und München.

Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lazarus, R. & Lounier, R. (1978). Stress-related transaction between person and environment. In L. Pervin & M. Lewis (Eds), *Perspectives in international psychology* (pp. 287-327). New York: Academic Press.

Li, J., Precht, D., Mortensen, P. & Olsen, J. (2003). Mortality in parents after death of a child in Denmark: a nationwide follow-up study. *Lancet*, 361, 363-367.

Lichtenstein, P., Gatz, M. & Berg, S. (1998). A twin study of mortality after spousal bereavement. *Psychological Medicine*, 28, 635-643.

Linden, M., Kurtz, G., Baltes, G., Geiselman, B., Lang, F., Reischies, F. et al. (1998). Depression bei Hochbetagten. Ergebnisse der Berliner Alterstudie, *Der Nervenarzt*, 69, 27-37.

Lober, S., Youngblut, J. & Brooten, D. (2006). Cross-cultural beliefs, ceremonies, and rituals surrounding death of a loved one. *Pediatric Nursing*, 32, 44-50.

Lorenz, R. (2004). *Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler*. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co. KG.

Maciejewski, P., Zhang, B., Block, S. & Prigerson, H. (2007). An empirical examination of the stage theory of grief. *The Journal of the American Medical Association*, 297, 716-723.

Maercker, A. (2004a). Posttraumatische Belastungsstörungen und komplizierte Trauer-Lebensrückblicks- und andere Interventionen. In A. Maercker (Hrsg), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (S.245-282). Berlin, Heidelberg: Springer.

Maercker, A. (2004b). Psychologie des höheren Lebensalters. Grundlagen der Alterspsychotherapie und klinischen Gerontopsychologie. In A. Maercker (Hrsg), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (S.1-55). Berlin, Heidelberg: Springer.

Mitchell, A., Yookyung, K., Prigerson, H. & Mortimer-Stephens, M. (2004). Complicated grief in survivors of suicide. *Crisis*, 25, 12-18.

Nilsson, B., Holmgren, L., Stegmayr, B. & Westman, G. (2003). Sense of coherence- stability over time and relation to health, disease, and psychosocial changes in a general population: A longitudinal study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31, 297-304.

North, C., Spitznagel, E. & Smith, E. (2001). A prospective study of coping after exposure to a mass murder episode. *Annals of Clinical Psychiatry*, 13, 81-87.

Perkins, H. & Harris, L. (1990). Familial Bereavement and health in adult life course perspective. *Journal of Marriage and Family*, 52, 233-241.

Pöll, N. (2005). Diplomarbeit: Teststatistische Überprüfung des PCLC, Universität Wien.

Prigerson, H., Bierhals, A., Kasl, S., Reynolds, C., Shear, K., Day, N. et al. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry*, 154, 616-623.

Prigerson, H., Frank, E., Kasl, S., Reynolds, C., Anderson, B., Zubenko, G. et al. (1995). Complicated grief and bereavement related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry*, 152, 22-30.

Prigerson, H., Horowitz, M., Jacobs, S., Parkes, C., Aslan, M., Goodkin, K. et al. (2009). Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. abgerufen am 5. 8. 2009. unter <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000121>.

Prigerson, H., & Jacobs, S. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In M. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research* (pp. 613-645). Washington: American Psychological Association.

Prigerson, H. & Maciejewski, P. (2005-2006). A Call For Sound Empirical Testing And Evaluating Of Criteria For Complicated Grief Proposed For DSM-V. *Omega*, 52, 9-19.

Prigerson, H., Maciejewski, P., Newson, J., Reynolds, C., Frank, E., Bierhals, E. et al. (1995). The Inventory of Complicated Grief: A scale to measure certain maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59, 65-79.

Prigerson, H., Schear, M., Jacobs, S., Reynolds, S., Maciejewski, P., Davidson, J. et al. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. *British Journal of Psychiatry*, 174, 67-73.

Rando, T. (2003). Trauern: die Anpassung an Verlust. In J. Wittkowski (Hrsg.), *Sterben, Tod und Trauer* ( S. 173-190).

Rasch, B., Friese, M., Hofman, W. & Haun, D. (2001). *Quantitative Methoden. Eine Einführung für Psychologen. Band I.* 3., überarbeitete Auflage. Heidelberg: Springer.

Reed, M. (1998). Predicting grief symptomatology among the suddenly bereaved. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 28, 285-301.

Rosner, R. (2003). *Fragebogen zur Komplizierten Trauer - Kurzversion nach Prigerson & Jacobs, deutsche Version.* Zürich: Universität Zürich, Psychologisches Institut, Fachrichtung Psychopathologie und Klinische Intervention.

Ruggerio, K., Del Ben, K., Scotti, J. & Rabalais, A. (2003). Psychometric properties of the PTSD Checklist- Civilian Version. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 495-502.

Sarkisian, C., Lee-Henderson, M. & Mangione, C. (2003). Do depressed older adults who attribute depression to "old age" believe it is important to seek care? *Journal of General Internal Medicine*. 18, 1001-1005.

Saß, H., Wittchen, H-U. & Zaudig, M. (2001). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen.* 3. unveränderte Auflage. Hogrefe: Göttingen.

Schnider, K., Elhai, J. & Gray, M. (2007). Coping style use predicts posttraumatic stress and complicated grief symptom severity among college students reporting a traumatic loss. *Journal of Counseling Psychology, 54*, 344-350.

Schuhmacher, J., Wilz, G., Gunzelmann, T. & Brähler, E. (2000). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky. Teststatistische Überprüfung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe und Konstruktion einer Kurzskala. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 50*, 472-482.

Schut, H., de Keijser, J., van Den Bout, J. & Dijkhuis J. (1991). Post-traumatic stress symptoms in the first years of conjugal bereavement. *Anxiety, Stress & Coping, 4*, 225-234.

Shear, K., Frank, E., Houck, P. & Reynolds, C. (2005) Treatment of Complicated Grief. A Randomized Controlled Trial. *Journal of American Medical Association, 293*, 2601-2608.

Silver, R., Holman, E., McIntosh, D., Poulin, M. & Gil-Rivas, V. (2002). Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *Journal of the American Medical Association, 288*, 1235-1244.

Singer, S. & Brähler, E. (2007). *Die " Sense of Coherence Scale", Testhandbuch zur deutschen Version*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Smith, P., Breslin, F. & Beaton, D. (2003). Questioning the stability of sense of coherence. The impact of socio-economic status and working conditions in the Canadian population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 38*, 475-484.

Solomon, Z., Mikulincer, M. & Avitzur, E. (1988). Coping, Locus of Control, Social Support and Combat -Related Posttraumatic Stress Disorder: A Prospective Study. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*, 2, 279-285.

Stroebe M., Folkman, S., Hansson, R. & Schut, H. (2006). The prediction of bereavement outcome: Development of an integrative risk factor framework. *Social Science and Medicine*, 63, 2440-2451.

Stroebe, M. & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.

Stroebe, M. & Schut, H. (2001). Models of Coping with Bereavement: A Review. In M. Stroebe (Ed), *Handbook of bereavement research* (pp. 375-401). Washington: American Psychological Association.

Stroebe, M., Schut, H. & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370, 1960-1973.

Stroebe, M., Stroebe, W. & Schut, H. (2001). Gender differences in adjustment to bereavement: an empirical and theoretical review. *Review of General Psychology*, 5, 62-83.

Teegen, F. (2003). *Posttraumatische Belastungsstörungen bei gefährdeten Berufsgruppen. Prävalenz-Prävention-Behandlung*. Bern:Huber.

Udris, I. & Rimann, M. (2006). Das Kohärenzgefühl: Gesundheitsressource oder Gesundheit selbst? Strukturelle oder funktionelle Aspekte und ein Validierungsversuch. In H. Wydler, P. Kolip & T. Abel (Hrsg.), *Saltogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzeptes*. Weinheim, München: Juventa.

Unger, L. & Florian, V. (2004). What helps middle-aged widows with their psychological and social adaptation several years after their loss? *Death Studies*, 28, 621-641.

Van Grootheest, D., Beekman, A., Broese van Groenou, M. & Deeg, D. (1999). Sex differences in depression after widowhood. Do men suffer more? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 391-98.

Wancata, J., Alexandrovic, R., Marquart, B., Weiss, M. & Friedrich, F. (2006). Ist die Geriatric

Depression Scale (GDS) bei älteren Menschen valider als andere Depressionsscreening-Instrumente? *Neuropsychiatrie*, 20, 240-249.

Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J. & Keane, T. M. (1993). *The PTSD Checklist (PCL): reliability, validity, and diagnostic utility. Paper presented at the Annual Meeting of International Society for traumatic Stress Studies*, San Antonio, TX.

Wiesmann, U., Rölker, S., Ilg, H., Hirtz, P. & Hannich, H.-J. (2006). Zur Stabilität und Modifizierbarkeit des Kohärenzgefühls aktiver älterer Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39, 90-99.

Wiesmann, U., Wendlandt, S. & Hannich, H.-J. (2004). Salutogenese im Alter. Kohärenzgefühl und psycho-soziale Widerstandsressourcen älterer aktiver Menschen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 17, 179-193.

Wolfersdorf, M. & Schüler, M. (2005). *Depression im Alter*. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Zaudig M. (2001). Diagnose und Differentialdiagnose der Depression und Demenz im Alter. In U. Heger., M. Zaudig & H.-J. Möller (Hrsg), *Depression und Demenz in Alter* (S.19-39). Wien: Springer.

Zimmermann, C. (2007). Death denial: obstacle or instrument for palliative care? An analysis of clinical literature. *Sociology of Health & Illness*, 29, 297-314.

Zisook, S, Paulus, M., Schuchter, S. & Judd, L. (1997). The many faces of depression following spousal bereavement. *Journal of Affective Disorders*, 45, 85-95.

Znoj, H. (2004). *Komplizierte Trauer*. Göttingen: Hogrefe.

## Amtliche Quellen

Statistik Austria (o.J.). Gestorbene seit 2001 nach Alter, Familienstand und Geschlecht, abgerufen am 20. 6. 2009 unter [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/sterbefaelle/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/sterbefaelle/index.html).

Statistik Austria (o.J.). Bevölkerung 2001, nach Alter, Familienstand und Geschlecht, abgerufen am 20.6. 2009 unter [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/volkszaehlungen\\_registerzaehlungen/bevoelkerung\\_nach\\_demographischen\\_merkmalen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/volkszaehlungen_registerzaehlungen/bevoelkerung_nach_demographischen_merkmalen/index.html).

## 16.1. Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Trauerphasen nach Bowlby (1980)</i> .....	7
<i>Tabelle 2: Trauerphasen nach Kübler-Ross (1997)</i> .....	8
<i>Tabelle 3: Diagnosekriterien der komplizierten Trauer nach Horowitz et al. (1997)</i> .....	11
<i>Tabelle 4: Diagnosekriterien der traumatischen Trauer nach Prigerson et al. (1999)</i> .....	12
<i>Tabelle 5: Diagnosevorschlag zu „prolonged grief disorder“ nach Prigerson et al. (2009)</i> .....	14
<i>Tabelle 6: Anzahl verwitweter Personen im Jahr 2001 in Ö (Statistik Austria)</i> .....	38
<i>Tabelle 7: Anzahl der verstorbenen verheirateten Personen im Jahr 2008 in Ö (Statistik Austria)</i> .....	38
<i>Tabelle 8: Rekrutierungsbereiche der Stichprobe</i> .....	53
<i>Tabelle 9: Mediane und Perzentilwerte der vergangenen Monate seit dem Partnerverlust</i> .....	58
<i>Tabelle 10: Vierfeldertafel der Variablen „komplizierte Trauer“ und „Todesumstand“</i> .....	60
<i>Tabelle 11: Minimal- und Maximalwerte der GDS-Summscores beider Gruppen</i> .....	61
<i>Tabelle 12: Vierfeldertafel der Variablen „Komplizierte Trauer“ und „Depression“</i> .....	62
<i>Tabelle 13: Median, Perzentile, Minimal- und Maximalwerte des PCL-C Gesamtscores</i> .....	63
<i>Tabelle 14: Mediane, Perzentile, Minimal- und Maximalwerte der PCL-C Subskalen Intrusion, Vermeidungsverhalten und erhöhtes Arousal</i> .....	64
<i>Tabelle 15: Verteilung der Stichprobe nach dem PCL-C Cut-Off- Kriterium</i> .....	64
<i>Tabelle 16: Mediane, Perzentile, Minimal- und Maximalwerte der CISS-Skalen</i> .....	65
<i>Tabelle 17: Median, Perzentile, Minimal- und Maximalwerte des SOC Gesamtscores</i> .....	66
<i>Tabelle 18: U-Test zur Überprüfung des Gruppenunterschieds bezüglich depressiver Symptomatik</i> ...68	
<i>Tabelle 19: U-Test zur Überprüfung des Gruppenunterschieds bezüglich der PTSD Symptomatik</i> .....	69
<i>Tabelle 20: U-Tests zur Überprüfung des Gruppenunterschieds der CISS Skalen problemorientiertes, emotionsorientiertes und vermeidendes Coping</i> .....	71
<i>Tabelle 21: U-Tests zur Überprüfung des Geschlechtsunterschieds der CISS Skalen problemorientiertes, emotionsorientiertes und vermeidendes Coping</i> .....	73
<i>Tabelle 22: U-Test zur Überprüfung des Gruppenunterschieds bezüglich des Ausmaßes an Kohärenzgefühl</i> .....	74

## 16.2. Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Vergleich zwischen einfacher und komplizierter Trauer.....</i>	<i>10</i>
<i>Abbildung 2: Aufschaukelungsmodell der komplizierten Trauer.....</i>	<i>17</i>
<i>Abbildung 3: Integratives Risikofaktorenmodell.....</i>	<i>19</i>
<i>Abbildung 4: Das duale Prozess-Modell der Trauer.....</i>	<i>36</i>
<i>Abbildung 5: Stichprobenverteilung nach dem Kriterium „komplizierte Trauer“ (Angaben in absoluten Häufigkeiten und Prozent).....</i>	<i>55</i>
<i>Abbildung 6: Geschlechterverteilung (Angaben in absoluten Häufigkeiten und Prozent).....</i>	<i>56</i>
<i>Abbildung 7: Altersverteilung (Histogramm).....</i>	<i>56</i>
<i>Abbildung 8: Bildungsverteilung (Angaben in Häufigkeiten).....</i>	<i>57</i>
<i>Abbildung 9: vergangene Zeit (in Monaten) seit dem Tod des Partners (Histogramm).....</i>	<i>58</i>
<i>Abbildung 10: Todesursache des Partners (Angaben in absoluten Häufigkeiten).....</i>	<i>59</i>
<i>Abbildung 11: Todesumstand (erwartet/plötzlich) des Partners (Angaben in absoluten Häufigkeiten und Prozent).....</i>	<i>60</i>
<i>Abbildung 12: Mediane des GDS Summenscores beider Gruppen.....</i>	<i>61</i>
<i>Abbildung 13: Anteil depressiver und nicht depressiver Personen (Angaben in absoluten Häufigkeiten und Prozent).....</i>	<i>62</i>
<i>Abbildung 14: Mediane der CISS-Skalen beider Gruppen.....</i>	<i>65</i>
<i>Abbildung 15: Mediane des SOC-Summenscores beider Gruppen.....</i>	<i>66</i>

### 16.3. Abkürzungsverzeichnis

Ö = Österreich

DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICD = International Classification of Diseases

PTSD = Posttraumatic Stress Disorder

MD = Median

QA = Quartilabstand

AV = Abhängige Variable

UV = Unabhängige Variable

CA = Cronbach Alpha

## 17. Anhang

### 17.1. Informed Consent

Julia Mahler-Hutter, Diplomandin  
Institut für Klinische, Biologische und Differentielle Psychologie  
Universität Wien  
Liebiggasse 5  
A-1010 Wien  
E-Mail: [a0104895@unet.univie.ac.at](mailto:a0104895@unet.univie.ac.at)

#### **Einverständniserklärung**

Ich erkläre mich einverstanden, an der Studie zum Thema „Zusammenhang zwischen Copingstrategien, Kohärenzgefühl, Todesumstände und komplizierter Trauer“ teilzunehmen. Die Studie wird von Julia Mahler-Hutter, Diplomandin an der psychologischen Fakultät der Universität Wien, durchgeführt und von Frau Ass.-Prof. Dr. Lueger-Schuster supervidiert.

Meine Teilnahme erfolgt freiwillig und anonym. Zudem kann ich mein Einverständnis zur Teilnahme ohne Angabe von Gründen widerrufen. Die im Rahmen dieser Studie gewonnenen Daten über meine Person, dienen nur zu Forschungszwecken, werden streng vertraulich behandelt und dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Ziel der Studie ist die Untersuchung über den Einfluss von verschiedenen Bewältigungsstrategien und des Kohärenzgefühls auf die komplizierte Trauer bei Menschen, die 60 Jahre oder älter sind und deren Ehepartner/Ehepartnerin bzw. Lebensgefährtin/ Lebensgefährte verstorben ist. Das Kohärenzgefühl bezeichnet eine Grundhaltung des Menschen gegenüber der Welt und seines Lebens und setzt sich aus den Komponenten der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit zusammen. Des

Weiteren wird der Einfluss des Todesumstandes auf komplizierte Trauerreaktionen untersucht.

Falls die Beantwortung der Fragen für mich unangenehm sein sollte, kann ich mich jederzeit an die Diplomandin wenden, außerdem kann ich mich der Beantwortung jeglicher Fragen enthalten.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich über die Untersuchung aufgeklärt wurde und mit der Teilnahme an der Studie einverstanden bin.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (StudienteilnehmerIn)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Diplomandin)

\_\_\_\_\_  
Datum

## 17.2. Testbatterie

### Fragen zur Person

**Geschlecht:**

- männlich
- weiblich

Alter .....Jahre

**Höchste abgeschlossene Ausbildung:**

- Pflichtschule
- Höhere Schule ohne Matura
- Höhere Schule mit Matura
- Studium mit Abschluss ( Mag./Dipl.Ing./Dr.)
- Fachausbildung (Lehre)

**Sind sie berufstätig?**

- ja
- nein

**Woran ist Ihr Partner/ Ihre Partnerin verstorben? Geben Sie bitte die genaue Todesursache an und ob es sich um einen plötzlichen oder erwarteten Tod handelte!**

- Erwarteter Tod ( Tod nach längerer Krankheit)
- Plötzlicher Tod ( z.B Herzinfarkt, Selbstmord)

Todesursache.....

**Wie lange ist der Verlust Ihres Partners her?**

.....Monate

## Fragebogen zur Komplizierten Trauer – Kurzversion

(nach Prigerson &amp; Jacobs, deutsche Version: Rosner, 2003)

Bitte kreuzen Sie das Kästchen neben der Antwort an, das am besten beschreibt, wie sie sich im letzten Monat gefühlt haben. Die Leerstellen beziehen sich auf die verstorbene Person, die sie betrauern.

**Trennungsschmerz (A)**

SD1	Ich denke ständig an den Tod von _____		
		Fast nie (weniger als einmal im Monat)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
		Selten (einmal im Monat)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
		Manchmal (wöchentlich)	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
		Oft (täglich)	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
		Immer (mehrmals am Tag)	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
SD2	Ich fühle mich von Plätzen und Dingen angezogen, die mit _____ in Verbindung standen.		
		Fast nie (weniger als einmal im Monat)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
		Selten (einmal im Monat)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
		Manchmal (wöchentlich)	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
		Oft (täglich)	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
		Immer (mehrmals am Tag)	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
		Fast nie (weniger als einmal im Monat)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
SD3	Ich vermisse und sehne mich so nach _____		
		Keine Sehnsucht und vermissen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
		Leicht Sehnsucht und Vermissen	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
		Etwas Sehnsucht	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
		Deutliche Sehnsucht	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
		Überwältigende Sehnsucht	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
SD4	Ich fühle mich einsam seit _____ starb.		
		Keine Einsamkeit	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
		Ein bisschen einsam	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
		Etwas einsam	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
		Häufig einsam	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
		Überwältigend einsam	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

A2 Kriterium trifft zu, wenn „4“ oder höher für drei der vier A2-Kriterien zutreffen. Wenn zutreffend, dann weiter zu Kriterium B, ansonsten Abbruch.

A Kriterium: A1 und A2 treffen zu.

Ja = 1

Nein=2

**Kriterien zur Traumatischen Belastung (B)**

TD1	Ich mache Umwege um Erinnerungen an den Tod von _____ zu vermeiden.		
		Fast nie (weniger als einmal im Monat)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
		Selten (einmal im Monat)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
		Manchmal (wöchentlich)	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
		Oft (täglich)	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
		Immer (mehrmals am Tag)	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
TD2	Ich fühle, dass eine Zukunft ohne _____ weder Sinn noch Zweck hat.		
		Kein Gefühl der Sinn- und Zwecklosigkeit	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
		Ein leichtes Gefühl der Sinn- und Zwecklosigkeit	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
		Etwas Sinnlosigkeit	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
		Deutliche Sinnlosigkeit	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
		Überwältigende Sinnlosigkeit	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
TD3	Ich fühle mich innerlich taub und gleichgültig seit dem Tod von _____		
		Keine emotionale Taubheit	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
		Leichte emotionale Taubheit	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
		Etwas Taubheit	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
		Deutliche Taubheit	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
		Überwältigende Taubheit	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
TD4	Ich fühle mich benommen, gelähmt und erschüttert durch _____ Tod.		
		Keine Gefühl der Benommenheit, und Erschütterung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
		Leichte Gefühle von Benommenheit und Erschütterung	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
		Etwas benommen, gelähmt und erschüttert	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
		Häufig benommen, gelähmt und erschüttert	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
		Überwältigende Gefühle von Benommenheit und Erschütterung	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
TD5	Ich kann nicht glauben, dass _____ tot ist.		
		Fast nie (weniger als einmal im Monat)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
		Selten (einmal im Monat)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
		Manchmal (wöchentlich)	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
		Oft (täglich)	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
		Immer (mehrmals am Tag)	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
TD6	Ich habe das Gefühl, dass das Leben ohne _____ leer und bedeutungslos ist.		
		Kein Gefühl der Leere und Bedeutungslosigkeit	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
		Leichte Gefühle der Leere und Bedeutungslosigkeit	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
		Etwas leer und bedeutungslos	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
		Deutliche Gefühle von Leere und Bedeutungslosigkeit	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

		Überwältigende Gefühle von Leere und Bedeutungslosigkeit	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
TD7	Es fällt mir schwer, mir ein erfülltes Leben ohne vorzustellen.		
		Keine Schwierigkeiten sich ein erfülltes Leben vorzustellen	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
		Leichte Schwierigkeiten sich ein erfülltes Leben vorzustellen	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
		Etwas Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
		Deutliche Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
		Überwältigende Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
TD8	Ich habe das Gefühl, dass ein Teil von mir mit gestorben ist.		
		Fast nie (weniger als einmal im Monat)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
		Selten (einmal im Monat)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
		Manchmal (wöchentlich)	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
		Oft (täglich)	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
		Immer (mehrmals am Tag)	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
TD9	Ich habe das Gefühl, dass der Verlust meine Sicht der Welt verändert hat.		
		Keine veränderte Weltsicht	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
		Leicht veränderte Weltsicht	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
		Etwas veränderte Weltsicht	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
		Deutlich veränderte Weltsicht	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
		Überwältigendes Gefühl einer veränderten Weltsicht	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
TD10	Ich habe Schmerzen im gleichen Körperteil, einige der gleichen Symptome oder habe mir Gewohnheiten und Verhaltensweisen von _____ angeeignet, aus der Zeit vor seinem/ihrer Tod.		
		Fast nie (weniger als einmal im Monat)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
		Selten (einmal im Monat)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
		Manchmal (wöchentlich)	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
		Oft (täglich)	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
		Immer (mehrmals am Tag)	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
TD11	Ich bin verbittert über den Tod von _____.		
		Kein Gefühl der Verbitterung	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
		Leichte Verbitterung	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
		Etwas Verbitterung	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
		Deutliche Verbitterung	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
		Überwältigendes Gefühl der Verbitterung	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

**Kriterium B:** Wenn „4“ oder höher bei mehr als 6 der 11 Symptome kodiert wurde, dann fragen sie Kriterium C ab. Ansonsten beenden sie den Fragebogen.

ja = 1

nein= 2

**Kriterium C:** Dauer der Störung

Haben Sie die oben beschriebenen Gefühle seit mindestens 6 Monaten?

ja

nein

**Kriterium C:** Wenn die Dauer der Symptome länger als 6 Monate anhält, dann ist Kriterium C erfüllt  
Beeinträchtigung

Beeinträchtigungskriterium (D): Ich glaube, dass meine Trauer zu Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen Bereichen meines Lebens geführt hat.

		Keine Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> 1
		Leichte Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> 2
		Etwas beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> 3
		Deutliche Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> 4
		Überwältigendes Gefühl der Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> 5

**Kriterium D:** Wenn „4“ oder höher bei Kriterium D kodiert wurde, dann ist Kriterium D erfüllt.

ja = 1

nein= 2

**Komplizierte Trauer:** Die Kriterien A, B, C und D sind erfüllt.

ja = 1

nein= 2

KWITIER  
VORLAGE

**Geriatrische Depressionsskala (GDS), Yesavage et al., 1983**  
**Kurzform**

Name:.....Alter:.....Datum:.....Station:.....

**Die Fragen beziehen sich darauf, wie Sie sich letzte Woche gefühlt haben:**

- |     |  |           |
|-----|--|-----------|
| 1.  | Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?                                    | Ja / Nein |
| 2.  | Haben Sie viele Ihrer Aktivitäten aufgegeben?  | Ja / Nein |
| 3.  | Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Leben leer sei?                                       | Ja / Nein |
| 4.  | Sind Sie oft gelangweilt?  | Ja / Nein |
| 5.  | Sind Sie die meiste Zeit guter Stimmung?   | Ja / Nein |
| 6.  | Haben Sie manchmal Angst, dass Ihnen etwas Schlechtes<br>zustoßen wird?              | Ja / Nein |
| 7.  | Fühlen Sie sich die meiste Zeit glücklich?   | Ja / Nein |
| 8.  | Fühlen Sie sich oft hilflos?   | Ja / Nein |
| 9.  | Ziehen Sie es vor, zu Hause zu bleiben, anstatt auszugehen und<br>neue Dinge zu tun? | Ja / Nein |
| 10. | Haben Sie das Gefühl, mit dem Gedächtnis mehr Probleme<br>als andere zu haben?       | Ja / Nein |
| 11. | Haben Sie den Eindruck, dass es schön ist, jetzt in dieser Zeit<br>zu leben?         | Ja / Nein |
| 12. | Fühlen Sie sich ziemlich wertlos, so wie Sie im Augenblick sind?                     | Ja / Nein |
| 13. | Fühlen Sie sich voller Energie?  | Ja / Nein |
| 14. | Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Situation hoffnungslos ist?                        | Ja / Nein |
| 15. | Haben Sie den Eindruck, dass es den meisten Leuten besser<br>geht als Ihnen?         | Ja / Nein |

**Gesamtsumme:.....**

**> 5 Pkte.: Hinweis auf das Vorliegen einer Depression**

**> 10 Pkte.: Depression**



8. Wie oft sind Ihre Gedanken und Gefühle ganz durcheinander?  
 ① sehr oft      ②      ③      ④      ⑤      ⑥      ⑦ sehr selten oder nie
- 
9. Kommt es vor, dass Sie Gefühle in sich haben, die Sie lieber nicht spüren würden?  
 ① sehr oft      ②      ③      ④      ⑤      ⑥      ⑦ sehr selten oder nie
- 
10. Viele Leute - auch solche mit einem starken Charakter - fühlen sich in bestimmten Situationen als traurige Verlierer. Wie oft haben Sie sich in der Vergangenheit so gefühlt?  
 ① sehr oft      ②      ③      ④      ⑤      ⑥      ⑦ sehr selten oder nie
- 
11. Wenn etwas passierte, hatten Sie dann im allgemeinen den Eindruck, dass Sie dessen Bedeutung ...  
 ① über- oder unterschätzten      ②      ③      ④      ⑤      ⑥      ⑦ richtig einschätzten
- 
12. Wie oft haben Sie das Gefühl, dass die Dinge, die Sie im täglich Leben tun, wenig Sinn haben?  
 ① sehr oft      ②      ③      ④      ⑤      ⑥      ⑦ sehr selten oder nie
- 
13. Wie häufig haben Sie Gefühle, bei denen Sie sich nicht sicher sind, ob Sie die unter Kontrolle halten können?  
 ① sehr oft      ②      ③      ④      ⑤      ⑥      ⑦ sehr selten oder nie

## 17.4. Curriculum Vitae

### **Persönliche Daten**

---

Julia Mahler-Hutter

Geboren am 17.10.1983

### **Ausbildung**

---

1989-1993	Volksschule Berndorf (NÖ)
1993-2001	Bundesgymnasium Berndorf (NÖ)
Juni 2001	Matura, Bundesgymnasium Berndorf (NÖ)
WS 2002	Diplomstudium Psychologie
9.3.2006	Ablegung der 1. Diplomprüfung

### **Berufserfahrung**

---

November 2003- Mai 2004	Mitarbeit beim SOS Kinderdorf, Chile
Oktober 2006- Dezember 2006	Praktikum auf der Univ.Klinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, AKH, Wien
September 2008- Februar 2009	Praktikum bei der AIDS Hilfe Wien im Bereich Betreuung

### **Sonstige Aus- und Weiterbildung**

---

Oktober 2001-Juni 2003	Studium der Sonder- und Heilpädagogik
Februar 2008-heute	Psychotherapeutisches Propädeutikum

### **Sprachen**

---

Deutsch	Muttersprache
Englisch	sehr gut
Spanisch	sehr gut
Französisch	gute Kenntnisse