

Heidi Müller und Hildegard Willmann

Was ist Komplizierte Trauer (KT)?

Rachel Tomasio war Anfang sechzig, als ihr Mann Frank an einem Herzstillstand starb. Rachel und Frank heirateten früh, hatten keine Kinder und verbrachten die Freizeit fast immer gemeinsam. Wenn er nicht bei ihr war, fühlte sie sich ängstlich und verloren. Frank war Rachels bester Freund, ihr Fixpunkt. In den Wochen nach Franks Tod weinte Rachel stundenlang, konnte nichts essen, nicht schlafen. Erst nach einigen Monaten ging sie wieder zur Arbeit, doch sie konnte sich nicht konzentrieren, war nicht belastbar und lethargisch. Ihr Chef schlug ihr vor, unbezahlten Urlaub zu nehmen. Doch dies schien alles noch schlimmer zu machen, denn von da an verbrachte sie die meiste Zeit im Bett. Auch im zweiten Jahr nach Franks Tod litt Rachel sehr. Sie fühlte sich weiterhin verloren, ziellos und ohne jede Hoffnung. Jeden Morgen durchlebte sie erneut diesen grausamen Moment, wenn ihr mit dem Aufwachen bewusst wurde, dass Frank tot und ihr Leben ohne ihn dunkel und leer war. Sie hatte quälende Albträume, in denen Frank sich ihr gegenüber kalt und abweisend verhielt, eine andere Frau liebte, ein Kind hatte. Sie sehnte sich nach Frank und quälte sich mit Schuldgefühlen: „Wenn wir damals ein Kind adoptiert hätten, wäre er glücklicher gewesen und dann würde er jetzt noch leben“. (Beispiel: Bonanno 2012: S. 107ff.)

Angesichts solcher Trauerprozesse wird deutlich, warum nicht nur Angehörige und Freunde sich Sorgen machen und überlegen, wie sie helfen können. Auch Fachkräfte wissen aus ihrer klinischen Erfahrung, dass es viele Menschen gibt, die durch einen Verlust in eine psychische Verfassung geraten, die über Jahre anhalten kann, sich eher verschlimmert als verbessert und den Betroffenen jede Lebenskraft und Funktionsfähigkeit für die Anforderungen des Alltags raubt. Als Fachbegriff hat sich in Deutschland hierfür die Bezeichnung „Komplizierte Trauer“ eingebürgert.

Das Thema „Komplizierte Trauer“ bewegt Betroffene und Praktiker gleichermaßen. Doch auch die Wissenschaft widmet sich dieser Thematik in zahlreichen Studien. Was genau ist Komplizierte Trauer? Und woran kann man erkennen, dass ein Hinterbliebener nicht mehr im Sinne eines normalen und gesunden Verarbeitungsprozesses leidet, sondern dass der Schmerz über den Tod eines geliebten Menschen zu einer behandlungsbedürftigen, psychischen Erkrankung geworden ist?

Die Beantwortung fällt schwer, oder wie Colin Murray Parkes, ein international anerkannter Trauerforscher, sagt: „Komplizierte Trauer ist kompliziert“ (Parkes 2014: S. 116). Weitestgehend einig sind sich die Fachleute lediglich darüber, dass Komplizierte Trauer einen Zustand mit Krankheitswert beschreibt, bei dem verschiedene Symptome gleichzeitig vorliegen (Stroebe, Schut, van den Bout, 2013: S. 295). Doch darüber hinaus gibt es noch viele offene Fragen (zum Beispiel Benennung und Definition des Phänomens, Diagnostik). Wir stellen in diesen Vortragsmodul den aktuellen Diskussionsstand vor, damit sich Praktiker und Interessierte ein Bild machen können und für andere oder sich selbst keine voreiligen Schlüsse ziehen.

1. Komplizierte Trauer – Definitionsversuche

Wie soll man das bezeichnen, was passiert, wenn Menschen einen Verlust erleiden und Probleme bei der Verarbeitung entwickeln? In den letzten Jahrzehnten tauchten zahlreiche Begriffe auf wie zum Beispiel abnorme, pathologische, problematische, ungelöste Trauer. Im Englischen wird heute vorwiegend von Complicated Grief (CG) oder Prolonged Grief Disorder (PGD) gesprochen. Im deutschen Sprachgebrauch hat sich der Begriff Komplizierte Trauer weitgehend durchgesetzt¹. Die Schwierigkeit einen passenden Namen für das Phänomen zu finden, liegt unter anderem darin begründet, dass es schwierig ist, die verschiedenen Ausprägungen, die eine problematische Verarbeitung annehmen kann, unter einen Begriff zu fassen. Dies ist unter Umständen auch gar nicht möglich. Einige Fachleute vertreten die Auffassung, dass es verschiedene Arten problematischer Entwicklungen gibt, die als Subtypen einzeln zu benennen und voneinander abzugrenzen sind. So kritisiert Therese Rando (2013) zum Beispiel, dass die Gleichsetzung von Anhaltender Trauerstörung (PGD) mit Komplizierter Trauer dazu führt, dass davon abweichende, jedoch ebenso problematische Entwicklungen (zum Beispiel conflicted grief², chronic grief³), nicht ausreichend Beachtung finden.

¹ Um Verwirrungen vorzubeugen, verwenden auch wir die Bezeichnung in diesem Text.

² Übersetzt etwa: Ambivalente Trauer.

Es zeigt sich also, dass bereits die Begriffsfindung schwierig ist. Ähnlich problematisch ist es, wenn man Komplizierte Trauer definieren möchte. In den meisten deutschsprachigen Fachbüchern (zum Beispiel Znoj 2004, Wagner 2013) finden sich keine Definitionen. Stattdessen werden Hauptsymptome und Diagnostik bzw. Differentialdiagnostik eingehend beschrieben. Die vielen englischsprachigen Definitionsversuche beinhalten ebenfalls eher eine Beschreibung der Problemlage/Symptomatik. Einige enthalten auch eine Abgrenzung zu anderen psychischen Erkrankungen oder beziehen andere wichtige Aspekte in den Definitionsversuch mit ein (zum Beispiel kulturelle Einflüsse). Eine der eher weiter gefassten Versuche lautet wie folgt:

[Komplizierte Trauer ist] *„...ein klinisch auffälliger, von der (kulturellen) Norm abweichender Zustand, den man (auch entsprechend der Verlustumstände) nicht erwarten würde. Er unterscheidet sich hinsichtlich a) der zeitlichen Dauer und der Intensität spezifischer oder allgemeiner Trauersymptome und b) zeichnet sich dadurch aus, dass er nachhaltig im hohen Maß die Funktionsfähigkeit in wesentlichen Lebensbereichen (zum Beispiel soziales Umfeld, Arbeitsplatz) beeinträchtigt“* (Stroebe, Hansson, Schut, Stroebe 2008, S. 7).

Letztlich gibt es aber bis heute keine Definition, auf die sich die Fachwelt einigen konnte. An und für sich ist das kaum verwunderlich, denn allein darüber, was unter „normaler“ Trauer verstanden werden kann, herrscht noch viel Unklarheit (zum Beispiel in Bezug auf Dauer, Ausdrucksformen oder kulturelle Eigenheiten).

2. Aspekte, die zur Unterscheidung von normaler und Komplizierter Trauer herangezogen werden

Es ist schwierig einen Zustand wie Komplizierte Trauer zu definieren, wenn kaum klar ist, was unter einem „normalen“ Trauerverlauf verstanden werden kann. Aktuell sind es drei Aspekte, die diskutiert werden, um die unterschiedlichen Verläufe voneinander abzugrenzen.

a. Die Intensität

Einige Menschen leiden nach einem Verlusterlebnis mehr (oder auch sehr viel weniger) als andere. Ob diese Menschen deshalb automatisch an Komplizierter Trauer leiden, ist fraglich. Denn die Betroffenen sind mit unterschiedlichen Ausgangssituationen

³ Übersetzt etwa: Chronische Trauer.

und Herausforderungen konfrontiert (zum Beispiel Todesumstände, Wegfall eines Gehalts), was sie die Trauer mehr oder weniger intensiv erleben lässt. Inwieweit die erlebte Intensität der Trauer tatsächlich langfristig als Anhaltspunkt für problematische Verläufe dienen kann, muss noch weiter untersucht werden. Aktuell wird unter dem Stichpunkt Intensität auch diskutiert, ob Komplizierte Trauer möglicherweise (auch) auf physiologischer Ebene ein ganz eigenständiges Störungsbild darstellt. So hat eine Untersuchung, bei der die Körpertemperatur rund um die Uhr gemessen wurde, ergeben, dass sich bei den Studienteilnehmern, die unter Komplizierter Trauer leiden, ein anderer Rhythmus der Körpertemperatur zeigt. Beispielweise wiesen die von KT-Betroffenen einen um eine halbe Stunde beschleunigten Verlauf auf, was dazu führen kann, dass diese Personen unter Schlafproblemen leiden (zum Beispiel frühzeitiges Erwachen) (Monk et al. 2008). Die Erforschung der Aspekte, die zu einem mehr oder weniger intensiven Trauererleben führen, steht noch am Anfang und lässt keine gesicherten Aussagen zu. Aus diesem Grunde scheint es ratsam zu sein, das Merkmal Intensität mit Vorsicht zu betrachten.

b. Spezielle Symptomatik

Schon in den 90er Jahren erklärte ein Expertengremium, dass es keine Symptome gibt, welche unwiderlegbar beweisen können, dass eine Person unter KT leidet (Wakefield 2013). Viele Reaktionen wie zum Beispiel Grübeln, Vermeiden, Vermissen, Sehnsucht werden von einer großen Anzahl Trauernder in der akuten Phase nach dem Verlust erlebt, ohne dass diese langfristig Schwierigkeiten bei der Verarbeitung entwickeln. Doch die Diskussion scheint nicht abgeschlossen zu sein, denn auch heute noch vertreten einige Experten die Auffassung, dass bei der KT spezifische Symptome vorliegen, die so bei der normalen Trauer nicht vorkommen. Da bisher aber keiner der Experten zeigen konnte, welche Symptome dies sein sollten, ist die Beweislage recht dürftig. Und anhand der Symptomatik bestimmen zu können, wer Unterstützung bei der Verarbeitung benötigt, scheint schwierig.

c. Die Dauer

Die Dauer der Trauer stellt die Zeitspanne dar, die seit dem Eintritt des Todes vergangen ist. In dieser Zeit können Trauerreaktionen intensiver werden oder auch abnehmen, es können Reaktionen (wieder) hinzukommen oder wegbleiben. Das heißt, die Trauerreaktionen verändern sich mit der Zeit. Doch wie lange dürfen sie anhalten, ohne dass die Betroffenen selbst oder andere meinen, die Trauer hätte eine krankhafte

Form angenommen? Von Experten werden Zeiträume zwischen zwei und vierzehn Monaten diskutiert. Doch selten einer darüber hinaus. Dabei wunderte sich schon Bowlby (2006) zu seiner Zeit, warum die Menschen so schnell ihre Trauer hinter sich lassen sollten. Seiner Meinung nach dauerte die akute Trauer eher zwei bis drei Jahre lang an. Er warnte davor, Trauer vorzeitig als krankhaft anzusehen (ebd.). In einer aktuellen Studie zum „normalen“ Verlauf der Trauer in Deutschland kamen die Wissenschaftler auch zum dem Ergebnis, dass die akute Trauer länger anhält, als viele annehmen, und dass die Fachkräfte mit der Diagnose einer Komplizierten Trauer eher einen Zeitraum von zwei Jahren in Betracht ziehen sollten (Wittkowski, Scheuchenspflug 2015). Das traditionelle Trauerjahr, an das so viele Menschen immer denken, stellt möglicherweise eher einen Mythos dar und entspricht weniger der Realität. Dazu passt auch die Aussage vieler Betroffener, dass sie nach kurzer Zeit weniger Unterstützung erhielten, sich diese aber weit länger wünschten (Dyregrov 2009; Kreicbergs, 2007).

Überlegungen zur Diagnostik

Im Zuge der Neufassung der Klassifikationssysteme DSM-V⁴ und ICD-11⁵ gab und gibt es vor allem im englischsprachigen Raum intensive Diskussionen um einheitliche Diagnosekriterien, wie also normale und komplizierte Verläufe voneinander abgegrenzt werden können.

Zwei Vorschläge, anhand welcher Kriterien eine anhaltende Trauerstörung (Prolonged Grief Disorder) beziehungsweise eine Komplizierte Trauer erkannt werden kann, konkurrieren miteinander.

Diagnostische Kriterien einer anhaltenden Trauerstörung nach Prigerson et al. (2009), zitiert nach Rosner et al. 2015	Diagnostische Kriterien einer Komplizierten Trauer nach Horowitz et al. (1997)
A. Ereigniskriterium: Verlust durch den Tod einer nahestehenden Person.	A. Ereigniskriterium: Verlust durch den Tod einer nahestehenden Person.

⁴ Erschienen 2015.

⁵ Geplante Erscheinung 2018.

<p>B. Trennungsstress:</p> <p>Starke Sehnsucht nach dem Verstorbenen, starker Wunsch nach Wiedervereinigung.</p>	
<p>C. Kognitive, emotionale und behaviorale Symptome:</p> <p>Unsicherheit bezüglich der eigenen Rolle im Leben; das Gefühl, das eigene Leben habe keinen Sinn mehr.</p> <p>Schwierigkeiten, den Tod zu akzeptieren.</p> <p>Vermeiden von Erinnerungen, die mit dem Verlust im Zusammenhang stehen.</p> <p>Unfähigkeit, anderen seit dem Verlust zu vertrauen.</p> <p>Verbitterung und Wut im Zusammenhang mit dem Verlust.</p> <p>Schwierigkeiten, das eigene Leben fortzuführen.</p> <p>Emotionale Taubheit seit dem Verlust.</p> <p>Das Gefühl, dass das eigene Leben seit dem Verlust unerfüllt, leer und bedeutungslos geworden ist.</p> <p>Nicht glauben können, dass jemand tot ist, und Schock durch den Verlust.</p> <p>→ Mindestens fünf dieser neun Symptome müssen täglich oder in einer sehr ausgeprägten Form erlebt werden.</p>	<p>C. Symptome:</p> <p><i>Intrusive Symptome:</i></p> <p>Ungewollte Erinnerungen oder intrusive Phantasien, die die Beziehung zum Verstorbenen betreffen.</p> <p>Intensive und wellenartig auftretende Emotionen, die die Beziehung zum Verstorbenen betreffen.</p> <p>Quälende Sehnsucht oder Wünsche, dass der Verstorbenen anwesend sein möge.</p> <p><i>Anzeichen von Vermeidung oder fehlgeschlagene Anpassung:</i></p> <p>Gefühl von Einsamkeit und Leere.</p> <p>Dezidiertes Fernhalten bzw. Fernbleiben von Menschen, Orten oder Aktivitäten, die an den Verstorbenen erinnern.</p> <p>Ungewöhnlich starke Schlafstörungen.</p> <p>Verlust des Interesses an Arbeit, sozialen Kontakten, Fürsorge gegenüber anderen oder Freizeitaktivitäten in einem maladaptiven Ausmaß.</p> <p>→ Mindestens drei dieser sieben Symptome müssen in den vergangenen vier Wochen in einer Intensität aufgetreten sein, die das tägliche Funktionieren stark beeinträchtigt.</p>
<p>D. Zeitkriterium:</p> <p>Der Todesfall muss mindestens 6 Monate zurückliegen.</p>	<p>D. Zeitkriterium:</p> <p>Der Todesfall muss mindestens 14 Monate zurückliegen.</p>

<p>E. Psychosoziale Beeinträchtigungen:</p> <p>Die Störung verursacht klinisch relevante Einbußen psychischen Funktionierens in sozialen Bereichen, im Beruf oder in anderen wichtigen Lebensbereichen.</p>	
<p>F. Differenzialdiagnostik:</p> <p>Die Beeinträchtigungen können nicht als Folgen oder Symptome einer Depression, Generalisierten Angststörung oder Posttraumatischen Belastungsstörung diagnostiziert werden.</p>	

Dabei geht es in den Diskussionen weniger um die Frage, ob mit der Aufnahme einer speziellen Trauerstörung in die Klassifikationssysteme die Trauer zukünftig verstärkt als etwas Krankhaftes angesehen wird. Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass in unserer Gesellschaft im Zusammenhang mit Trauer Worte wie Heilung, Therapie verwendet werden, stellt sich die Frage, ob der Weg nicht ohnehin schon beschritten wird und wie jeder Einzelne dazu beiträgt. Grundsätzlich geht es bei den fachlichen Diskussionen um Fragen der Vorteile (zum Beispiel Klienten bekommen schnell gezieltere Hilfe, intensivere Forschung) und Bedenken (derzeit gibt es noch zu viele widersprüchliche Forschungsergebnisse) einer eigenständigen Diagnose. Viele Experten mahnen zur Vorsicht und warnen davor, allzu vorschnelle Entscheidungen zu treffen. Es werden noch viele Studien und Gespräche nötig sein, damit Fachexperten, Betroffene und Praktiker mehr Klarheit über den Sachverhalt erlangen.

3. Wie häufig tritt Komplizierte Trauer auf?

Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass es keine allgemein akzeptierte Definition von Komplizierter Trauer gibt und auch wenig klar ist, worum es sich dabei genau handelt, beziehungsweise es unterschiedliche Ansichten darüber gibt, worin sie sich von normaler Trauer unterscheiden lässt, ist es verständlicherweise schwierig, verlässliche Angaben darüber machen zu können, wie viele Menschen darunter leiden. In Deutschland gibt es nur eine repräsentativ angelegte Studie, die sich zu dieser Frage äußert. Bei ihrer Untersuchung kommen Kersting et al. (2011) zu dem Ergebnis, dass 3,7 Prozent der in Deutschland lebenden Menschen davon betroffen sind. In den Niederlanden sollen es ebenfalls laut einer repräsentativen Studie von Newson et al. (2011) 4,8 Prozent sein. Doch diese Zahlen sind mit Vorsicht zu betrachten. Denn je nach Studie

varyieren die Angaben stark. Das hängt mit vielen Faktoren zusammen, die in eine Studie einfließen (zum Beispiel die Frage, welcher Fragebogen für die Untersuchung verwendet wird). So kommen beispielsweise Wissenschaftler in der Schweiz zu dem Ergebnis, dass 0,9 Prozent der befragten Teilnehmer betroffen sind, wenn sie den Fragebogen von Prigerson et al. verwenden. Verwenden sie hingegen den Fragebogen von Horowitz et al., dann wären es 4,2 Prozent, die betroffen sind (Forstmeier, Maercker 2007). Auch wenn es noch Schwierigkeiten bei den Erhebungen gibt, ist jedoch anzunehmen, dass der Anteil der Hinterbliebenen, die einen Verlust erlitten haben und an Komplizierter Trauer leiden, beachtlich ist. So wird geschätzt, dass er in den USA ca. 10 Prozent beträgt (Shear et al. 2011).

4. Risikofaktoren

Die Mehrheit der Menschen, die einen Verlust erleidet, hat bei der Verarbeitung keine Probleme. Nur eine Minderheit leidet an schwereren Verläufen. Es gibt eine Reihe von Risikofaktoren, die dazu beitragen könnten, dass Betroffene als Folge eines Verlustes Probleme entwickeln. Burke und Neimeyer (2013) folgend lassen sie sich in sechs verschiedene Kategorien einordnen.

a. Personenbezogene Hintergrundvariablen

Es gibt Faktoren, die Menschen im Falle eines Verlustes nicht ändern können. Dazu zählt ebenso das Geschlecht wie auch die Herkunft. Beides kann aber Einfluss auf die Verlustverarbeitung haben. Eine Studie, in der Eltern zum Unfalltod ihres Kindes befragt wurden, stellte fest, dass Männer und Frauen gleich stark unter dem Verlust leiden. Doch die Frauen haben ein höheres Risiko, Probleme bei der Verlustverarbeitung zu entwickeln (Spooren, Henderick, Jannes 2000). Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen noch weitere Studien. Es scheint als wäre das Auftreten von Komplizierter Trauer bei Frauen wahrscheinlicher. Ob ethnische Minderheiten oder andere Kulturen intensiver trauern oder eine größere Wahrscheinlichkeit haben, im Verlaufe der Verlustverarbeitung Probleme zu entwickeln, lässt sich nicht eindeutig sagen. Es gibt Belege für beide Seiten und muss daher noch eingehender untersucht werden.

b. Verlust- und Todesumstände

Menschen, die einen Angehörigen durch gewaltsame Umstände (vor allem Mord) verlieren, leiden meist intensiver unter dem Verlust als Betroffene, deren Angehöriger durch eine natürliche Ursache verstorben ist (Burke, Neimeyer 2013). Doch nicht im-

mer lässt sich aufgrund der Todesumstände vorhersagen, ob jemand auch unter Komplizierter Trauer leiden wird. So zeigte sich zwar, dass Angehörige, die eine Person durch einen Autounfall verloren haben, kurz nach dem Tod stärker litten als Menschen, deren Angehöriger sich zum Beispiel selbst getötet hat, doch nach 14 Monaten verschwand dieser Effekt wieder (Cleiren 1993). Es scheint auch so zu sein, dass verschiedene mit dem Verlust zusammenhängende Faktoren Einfluss auf die Trauer haben können. Den Toten am Tag der Beerdigung zu sehen oder zu wissen, auf welche Weise sich jemand getötet hat, führt nicht zu stärkerer Trauer. Doch den entstellten Körper zu sehen, kann als Risikofaktor angesehen werden.

c. Beziehung zum Verstorbenen

Um Menschen, die uns nahestehen, trauern wir intensiver. Witwen/Witwer und Eltern, die ein Kind verloren haben, trauern oft stärker als Personen, die einen anderen Angehörigen verloren haben. Sie haben ein höheres Risiko, Probleme zu entwickeln. All diese Annahmen werden durch viele Studien belegt. Doch es gibt Untersuchungen, die nahelegen, auch mit diesen Annahmen vorsichtig umzugehen. So haben Erwachsene, die ihren Partner verloren haben, ein erhöhtes Risiko emotional zu vereinsamen, doch sie erleben nicht unbedingt eine stärkere Trauer (van der Houwen et al. 2010). War die Partnerschaft jedoch von großer Abhängigkeit geprägt, so ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass Probleme auftreten können.

d. Intrapersonelle Faktoren

In diese Kategorie fallen verschiedene Aspekte: Bindungsverhalten, Grad an emotionaler Stabilität, Sinnfindung und negative Einstellungen sich selbst, dem Leben, der Zukunft und den eigenen Trauerreaktionen gegenüber. Werden Menschen sich und ihre Trauer stark ab oder sind sie emotional labil, dann ist es wahrscheinlicher, dass sie Probleme entwickeln. Können Menschen hingegen den Verlust sinnvoll in ihr Leben integrieren, dann scheinen sie auch besser damit zurechtzukommen. Erst seit kürzerer Zeit wird eingehender untersucht, wie sich das Bindungsverhalten auf die Trauer auswirkt. Menschen, die eher unsicher/vermeidend oder ängstlich gebunden sind, scheinen demnach unter größeren Problemen zu leiden als Menschen, die einen eher sicheren Bindungsstil aufweisen.

e. Religion und Weltsicht

Es gibt nur wenige und sehr widersprüchliche Aussagen zu diesen Risikofaktoren. Einerseits litten Personen, die sehr gläubig waren und einen Schwangerschaftsabbruch haben vornehmen lassen, stärker als Personen, die nicht religiös oder spirituell waren (Burke & Neimeyer 2013). Andererseits fanden Eheleute, die schon vor dem Tod des Partners gläubig waren, viel Trost in ihrem Glauben. Interessanterweise scheint die Überzeugung, dass diese Welt ein lebenswerter Ort ist, an dem es grundsätzlich gerecht zugeht, eine Annahme zu sein, die zu einem resilienten Trauerverlauf beiträgt (Bonanno et al. 2002).

f. Interpersonelle Faktoren

Menschen, die sozial gut einbettet sind und über lange Zeit viel Unterstützung erhalten, entwickeln seltener ernsthafte Probleme nach einem Verlust. Diese Ansicht ist durch eine Reihe von Studien belegt (zum Beispiel Vanderwerker, Prigerson 2004). Dennoch scheint es darauf anzukommen, wie die gemeinsame Zeit genutzt wird und mit wem Betroffene diese verbringen (Gamino et al. 1998). Denn nicht jede Unterstützung empfinden Betroffene als hilfreich.

Auch wenn noch viele Fragen hinsichtlich des Themas Risikofaktoren offen sind, legt die aktuelle Studienlage derzeit nahe, alle Aspekte im Auge zu behalten.

5. Behandlungsansätze von Komplizierter Trauer

Psychotherapie nach Verlusterfahrungen wird meist in Einzelgesprächen durchgeführt. Doch auch Gruppenverfahren werden in der Trauerforschungsliteratur zunehmend erwähnt. Exemplarisch wird aus jedem Bereich je ein Ansatz vorgestellt, für den sich in Studien gezeigt hat, dass er nach momentanem Stand der Dinge einen positiven Effekt bei den Betroffenen erzielt.

a. Familienzentrierte Trauertherapie

Trauernde leben nicht in einem sozialen Vakuum. Insbesondere die Funktionsfähigkeit einer Familie kann Einfluss darauf haben, wie sich die Trauer bei den einzelnen Familienmitgliedern entwickelt. David Kissane, ein Psychiater aus New York, hat aus diesem Grunde zusammen mit seinen Kollegen eine Familienzentrierte Trauertherapie entwickelt, die einen präventiven Ansatz verfolgt, indem sie Familien bereits in der Palliativphase begleitet (2013).

Theoretische Grundlagen des Ansatzes:

- Bindungstheorie (Wenn Familien herausfinden, welchen Bindungsstil sie über Generationen hinweg entwickelt haben, wird es ihnen möglich, Änderungen einzuleiten.)
- Sozial-Kognitive Theorie (Im Falle eines Verlustes müssen Grundüberzeugungen über die Welt als Ganzes und über den Sinn von Leben und Tod neu erarbeitet werden.)
- Sozial-psychologische Annahmen über Gruppendynamik (Entwicklung gemeinsamer Standpunkte)
- Das Duale Prozessmodell der Bewältigung von Verlusterfahrungen (Familien haben Phasen, in denen sie sich mit dem Verlust auseinandersetzen und Zeiten, in denen sie überlegen, wie es weitergehen kann.)

Ziele:

- Sprechen über Sterben, Tod und Trauer
Es ist wichtig, dass Familien sich dafür öffnen, über Sterben, Tod und Trauer zu sprechen und ihre Ansichten zum Beispiel über den Schweregrad der Erkrankung und die Prognose auszutauschen. Manchmal kann es notwendig sein, die protektiven Tendenzen anzusprechen, die vielleicht in der Familie wirksam sind. Oft sind es noch offene Konflikte, die Familien daran hindern, sich auf den Tod vorzubereiten. Daher ist es eine wichtige Aufgabe der Familienzentrierten Trauertherapie, ihnen dabei zu helfen, diese Blockaden zu überwinden.
- Erkennen familiärer Bindungsmuster
Es ist wichtig herauszuarbeiten, nach welchen Mustern eine Familie funktioniert. Konstruktive familiäre Bindungsmuster, die bei der Bewältigung von Trauer hilfreich sind, werden gestärkt. Restriktive Bindungsmuster versuchen, die Familien zu ändern.
- Neubestimmung von Sinn und Bedeutung
Ein zentrales Thema der Familienzentrierten Trauertherapie ist die Arbeit mit der Familie an ihrer Familiengeschichte, ihren Glaubenssätzen und Grundüberzeugungen. Die Neubestimmung von Sinn und Bedeutung ist wichtig. Das Aufzeigen generationenübergreifender Muster hilft einer Familie dabei zu erkennen, wie sie ihre Beziehungen zueinander gestalten, welche Bedeutung die familiären Bindungen haben, welche Rollen Familienmitglieder jeweils einnehmen und wie diese Rollen gewürdigt werden können.

- Umgang mit Konflikten

Über Konflikte wird am Anfang bewusst nicht gesprochen, damit die Familie sich in den Sitzungen sicher fühlen kann. Konflikte werden wenn möglich erst dann angesprochen, wenn die Familie genug Vertrauen in den Therapeuten gewonnen hat. Wenn jedoch in einer Therapiesitzung ein Konflikt ausbricht, dann ermutigt der Therapeut dazu, die weichen Gefühle wahrzunehmen, die sich so oft hinter den harten Emotionen verbergen. Er regt dazu an, die Motivation anzuerkennen, die dem Streit zugrunde liegt und zu überlegen, ob der Konflikt neben Nachteilen vielleicht auch Vorteile hat und ob es Konfliktmuster gibt, die bereits in früheren Generationen aktiv waren. Er unterstützt die Familie darin, aktiv nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen. Manchmal ist es auch notwendig, dass eine Familie einen Konflikt bewusst ruhen lässt und den Blick mehr auf Prozesse und weniger auf den Inhalt des Streits richtet. Es kann auch wertvoll sein, Familien dazu zu ermutigen, sich darauf zu einigen, dass sie uneins sind. Dann ist es wichtig zu erarbeiten, wie es ihnen gelingen kann, sich gegenseitig zu respektieren, zu akzeptieren und vielleicht auch sich zu vergeben.

Methodische Ansätze und Grundprinzipien:

- Zirkuläre Fragen

Zirkuläre Fragen sind ein sehr wichtiges Mittel, um das gegenseitige Verständnis in der Familie zu fördern. Anstatt beispielsweise eine Person direkt nach ihren Gefühlen oder Gedanken zu fragen, wird sozusagen „um die Ecke“ gefragt, zum Beispiel: „Tom, was denkst du, wie Sarah sich seit dem Tod eures Vaters fühlt?“ Sie sind eine Möglichkeit, mit der man ein Familienmitglied über seine Meinung zu anderen Familienmitgliedern befragen kann und darüber alle einlädt, miteinander zu reden.

- Neutralität

In der Einzeltherapie kann der Therapeut für den Klienten direkte Empathie entwickeln. In der Familientherapie muss es dem Therapeuten gelingen, gleichzeitig neutral und empathisch gegenüber allen Familienmitgliedern zu sein.

- Arbeiten mit Hypothesen

Wenn Therapeuten mit Hypothesen arbeiten, bieten sie Familien Annahmen über Zusammenhänge im familiären System als Diskussionsgrundlage an, die von der Familie bestätigt oder abgelehnt werden können.

Das Besondere an der Familienzentrierten Trauertherapie ist ihr präventiver Ansatz. Wenn möglich, beginnt die familientherapeutische Arbeit so früh, dass der sterbende Patient noch teilnehmen kann. Nach dessen Tod bleibt sein Stuhl leer und dies ist eine sehr lebendige und ergreifende Erinnerung, die der Therapeut in seiner Arbeit mit den Hinterbliebenen gut nutzen kann, zumal er den Verstorbenen selbst gekannt hat.

b. Kognitive Verhaltenstherapie bei anhaltender Trauer

Einige Trauerexperten wie Paul A. Boelen (2013, 2008), Professor für Klinische Psychologie und Kognitiver Verhaltenstherapeut, sind der Überzeugung, dass Betroffene, die unter Komplizierter Trauer leiden, Schwierigkeiten damit haben, den Verlust zu begreifen und ihn in ihr Leben zu integrieren. Bei ihnen bleibt ein hoher Grad an Belastung, der üblicherweise nach einer Zeit abnimmt, weiter bestehen. Die Symptomatik ähnelt der einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und die Betroffenen befinden sich auch nach Monaten in einem andauernden Gefühl des Schocks, so als wäre der Verlust erst gestern geschehen. Um diese Menschen adäquat unterstützen zu können, hat er die Prinzipien der Kognitiven Verhaltenstherapie auf die anhaltende Trauerstörung übertragen und so ein spezielles Verfahren für dieses Störungsbild entwickelt.

Theoretische Grundlagen des Ansatzes:

Auch bei der Entwicklung dieses Ansatzes wurden viele theoretische Annahmen miteinander verknüpft. Dies sind die wichtigsten theoretischen Grundlagen:

- Neuere Ansätze der Kognitiven Verhaltenstheorie (Wenn Menschen ihre Denk- und Bewertungssysteme verändern, können sie auch ihr Erleben, Fühlen und Verhalten ändern.)
- Kognitives Modell der PTBS (Menschen fühlen sich von dem singulären Verlusterlebnis fortwährend bedroht.)

Ziele:

Eines der Hauptziele der Kognitiven Verhaltenstherapie bei anhaltender Trauer besteht darin, das Maß an Belastung zu verringern, so dass die Betroffenen ihre Energie vermehrt in die Anpassung an das neue Leben investieren können. Um dies zu erreichen, müssen sich die Betroffenen drei Aspekten zuwenden.

- Der Verlust muss in das autobiographische Gedächtnis integriert werden:
Bei vielen Menschen geschieht dies in der täglichen Auseinandersetzung mit dem

Verlust von ganz alleine. Sie erkennen nach und nach an, dass die Person verstorben ist und entwickeln ihre Ansichten über sich selbst, die Welt, das Leben und den Tod, die tote Person weiter. Auf diese Weise erarbeiten sie sich quasi eine „neue Sicht der Dinge“, mit der sie gut weiterleben können. Bei Betroffenen, die unter Komplizierter Trauer leiden, ist dieser Anpassungsprozess gestört.

- Wenig hilfreiche Denkmuster müssen verändert werden:

Wenn Menschen eine Bezugsperson verlieren, stellen sie manchmal ihr ganzes bisheriges Leben in Frage. Die Mehrheit der Betroffenen geht aus diesem Prozess der Überprüfung unbeschadet hervor und empfindet sich selbst und das Leben weiter als liebens- und lebenswert. Bei Betroffenen, die unter Komplizierter Trauer leiden, verhält es sich anders. Sie sehen sich selbst, das Leben und ihre Zukunft sehr schwarz. Zusätzlich bewerten sie ihre Reaktionen auf den Verlust negativ, was zu weiteren Belastungen führt.

- Wenig hilfreiches Vermeidungsverhalten muss verändert werden:

Adaptive Trauerprozesse sind dadurch gekennzeichnet, dass sich Betroffene einerseits mit dem Verlust auseinandersetzen, sich dann aber auch davon abwenden, um sich anderen Aktivitäten zuzuwenden, die ihnen dabei helfen, sich ein neues Leben aufzubauen. Bei Personen, die einen schwereren Trauerverlauf aufweisen, kann dieser Prozess gestört sein. Sie vermeiden alles, was sie an den Verlust erinnern könnte, weil sie ihre Gefühle schwer steuern können und Angst davor haben, verrückt zu werden. Zudem wissen sie ohnehin nicht, warum sie in eine Zukunft investieren sollten, die sie nur negativ sehen, die jeden Sinn und jegliche Freude verloren hat.

Methodische Ansätze:

Eine Reihe kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansätze können hilfreich sein, um die Anpassung an die neue Lebenssituation zu unterstützen. Folgende drei Ansätze haben sich als besonders hilfreich erwiesen.

- Imaginative Exposition

Bei dieser Intervention werden Betroffene Stück für Stück mit dem Verlusterlebnis konfrontiert. Sie setzen sich nach und nach auf allen Ebenen damit auseinander, um ihn in ihr autobiographisches Gedächtnis einzuarbeiten.

- Kognitive Umstrukturierung

Bei diesem Vorgehen ist es wichtig, die Denkmuster aufzuspüren, die wenig hilfreich und gleichzeitig auch veränderbar sind. Die generelle Aussage einer Be-

troffenen „Mein Leben hat keinen Sinn mehr“ ist zwar nicht hilfreich, kann aber auch nicht leicht verändert werden. Dahinterliegende Aussagen wie zum Beispiel „Die Situation jetzt ist so schrecklich, ich kann mir nicht vorstellen, wie das je wieder anders werden soll“ lässt sich hingegen leichter umdenken. Einfache Fragen danach, ob bestimmte Gedanken hilfreich oder realistisch sind, können dabei helfen, neue Denkprozesse anzuregen.

- Verhaltensaktivierung

Hierbei werden Betroffene angeregt, aktiv zu werden, unabhängig davon, wie sie sich gerade fühlen. Denn auch Aktivität kann dazu beitragen, dass sich die Stimmung von Menschen ändert.

Zusammenfassung

Einzelgespräche, Gruppentreffen, Therapie via Internet – Betroffene können aus den verschiedensten Angeboten das für sich passendste auswählen. Und oft empfinden sie die Unterstützung als positiv. Doch eine der zentralen Fragen in diesem Zusammenhang ist: Welche Veränderungen hat eine Behandlung bei den Betroffenen genau hervorgerufen? Es gibt zahlreiche Programme, die darauf abzielen, Betroffene, die Probleme bei der Verlustverarbeitung haben, zu unterstützen.

Einige zielen darauf ab, dass Betroffene vor allem Grübelprozesse besser steuern können. Andere sollen dabei helfen, wenig hilfreiche Denk- und Vermeidungsmuster durch nützlichere Strategien zu ersetzen. Doch die Frage nach der Wirkungsweise, also ob es die Intervention war, die die Veränderung hervorgerufen hat oder ein anderer Faktor (zum Beispiel die Zeit), ist nach wie vor offen. Viele Wissenschaftler und Praktiker gehen dieser Frage intensiv nach, denn davon hängt unter anderem ab, wie die Unterstützungsangebote von außen (zum Beispiel von den Krankenkassen) wahrgenommen werden.

6. Spezialfall: Komplizierte Trauerverläufe bei Kindern

Wenn im Zusammenhang mit Komplizierter Trauer über Risikofaktoren, diagnostische Kriterien oder Behandlungsansätze gesprochen wird, beziehen sich diese in aller Regel auf Erwachsene. Viel von dem, was bei Erwachsenen beobachtet werden kann, ist jedoch kaum übertragbar auf die Situation von Kindern und Jugendlichen, bei denen die emotionale und geistige Entwicklung noch nicht vollendet ist. Umso stärker sind sie auf die Eltern oder nahestehende Bezugspersonen angewiesen, die ihnen helfen. Herrscht ein gutes Familienklima vor, d.h. werden den Kindern und Jugendlichen keine

Informationen vorenthalten, wird auch über schwierige Themen offen gesprochen, werden Emotionen offen gezeigt, wird auf die (emotionalen) Bedürfnisse eingegangen, dann ist die Wahrscheinlichkeit geringer, dass Kinder und Jugendliche Probleme entwickeln. Da ihre kognitiven Möglichkeiten noch nicht voll ausgeprägt sind, können sie häufig nicht benennen, wie sie sich fühlen, oder haben Schwierigkeiten, ihre Emotionen zu steuern, und vermeiden sie öfter als Erwachsene. Möglicherweise zeigen sie bei Verlusterlebnissen deshalb auch eher körperliche Reaktionen (Tremblay, Israel 1998).

Dass Kinder und Jugendliche ihre Trauer öfter bei Seite schieben als Erwachsene, kann bei Kindern als normal angesehen werden. Es ist ihr Versuch, Trauer zu dosieren. Erst wenn fortwährend alle Erinnerungen und Gespräche über die verstorbene Person abgeblockt werden, kann dies zu Problemen führen. Zeigen Kinder und Jugendliche Auffälligkeiten, dann ist es ratsam, sich Hilfe zu holen. Welche Hilfsangebote für Kinder und Jugendliche jedoch gut geeignet sind und einen nachhaltigen Effekt erzielen, ist bisher noch unklar. Interessant ist in diesem Zusammenhang die Überlegung, dass die Hilfe schon kurz nach dem Tod erfolgen sollte, da in dieser Zeit viele Entscheidungen getroffen werden, die Einfluss auf das Trauererleben der Kinder haben. In dem Zusammenhang scheint es beispielsweise nicht ratsam, Kinder und Jugendliche von der Beerdigung oder Abschiedsfeier fernzuhalten. Sie sollten aber darauf vorbereitet und später sollte über ihre Erlebnisse gesprochen werden (Dyregrov 2008).

Viel wichtiger als den Kindern direkt zu helfen, scheint allerdings die Unterstützung der Eltern zu sein. Ihre elterlichen Fähigkeiten sollten aufrechterhalten beziehungsweise erweitert werden. So wird beispielsweise das „positive parenting“ als schützende Ressource für Kinder angesehen. Dabei geht es für die Eltern oder den verbleibenden Elternteil darum, eine gute Balance zwischen liebevoller Zuwendung und Disziplin zu finden. Nur weil jemand verstorben ist, hebt dies nicht alle Regeln auf. Sie sind wichtig zur Orientierung beziehungsweise Strukturierung des Alltags und können Kindern und Jugendlichen Halt und Stabilität vermitteln. Gleichzeitig ist es für Kinder und Jugendliche wichtig, dass sie und ihre Bedürfnisse anerkannt werden. Insbesondere sollten Eltern auch respektieren, wenn ihre Kinder nicht oder nicht so oft über den Verlust sprechen möchten wie sie selbst.

Komplizierte Verläufe bei Kindern sind ein Spezialthema. Sie sind kaum vergleichbar mit denen von Erwachsenen. Es wird noch viel Arbeit nötig sein, um zu ergründen, was unter schwierigen Verläufen bei Kindern und Jugendlichen verstanden werden und wie ihnen geholfen werden kann. In aller Regel erleben Kinder aber schon früh in ihrem Leben Verluste (zum Beispiel toter Regenwurm). Wenn Eltern diese Erlebnisse als Chance sehen, die Themen Sterben, Tod und Trauer in den Alltag zu integrieren, haben die Kinder die Möglichkeit, schon frühzeitig von den Erfahrungen der Eltern zu lernen.

7. Abschließende Überlegungen aus sozio-kultureller Sicht

Wenn in Kairo eine Mutter ihr Kind verliert, wird es als gesund angesehen, wenn sie über Jahre hinweg für alle spürbar mit Niedergeschlagenheit, Rückzug und Lustlosigkeit reagiert (Rosenblatt 2013). Auch in Israel wird es als normal angesehen, sogar wertgeschätzt, wenn Eltern, die im Krieg ein Kind verlieren, jahrzehntelang trauern (ebd.). Nur weil sie lange Zeit und intensiv trauern, würden sie nicht von sich behaupten, sie leiden an Komplizierter Trauer, noch würden andere ihnen das unterstellen. Wie eine Person Trauer beschreibt und einordnet, ist abhängig von der Kultur, in der er lebt, beziehungsweise der Gruppe von Menschen, der er sich zugehörig fühlt.

In vielen westlichen Industriegesellschaften wird rein anhand der Wortwahl (Heilung, Intervention) deutlich, dass Trauer weniger als Emotion und vielmehr als Krankheit angesehen wird. Auch steht den Betroffenen offiziell meist nur eine kurze Schonfrist zu, dann sollen sie wieder für den Arbeitsprozess zur Verfügung stehen (BGB § 616, Beck 1987). Wie wir das Thema Trauer behandeln, sagt viel über uns selbst aus. Trauerbegleitung, Trauerberatung, Trauertherapie oder die Idee normaler beziehungsweise schwerer Verläufe sind Ausdruck einer speziellen, kulturell bedingten Denkweise. Doch Komplizierte Trauer ist kein universelles Konstrukt, das immer und jederzeit auf alle Betroffenen angewendet werden kann. Im Zusammentreffen mit Betroffenen ist vielmehr maßgeblich, wie die betroffene Person selbst ihre Trauer einordnet, nicht ob es Kategorien gibt, anhand derer sie eingeordnet werden kann.

Was ist Komplizierte Trauer? Dies ist eine Frage, mit der sich auch Soziologen auseinandersetzen. Für Einige ist Komplizierte Trauer ein gesellschaftliches Erzeugnis, das verschiedene Funktionen erfüllt. Es dient beispielsweise dazu, Ordnung herzustellen bzw. chaotische Situationen kontrollierbar zu machen. Es ist ein Instrument, um je-

manden mitzuteilen, dass er ein von der Norm abweichendes Verhalten zeigt und sich Hilfe holen soll, um so wieder zu einem normalen Verhalten zurück zu finden. Es dient auch dazu, eigene Ängste und Unsicherheiten zu minimieren. Denn wie viel Leiden bei anderen können wir eigentlich selbst ertragen? Beziehungsweise warum wollen wir als Betroffene schnellstmöglich wieder zu unserer Funktionsfähigkeit zurückkehren, warum können wir uns nicht eine Leidenszeit gönnen?

Trauerbegleiter und -berater erleben oft, dass Freunde, Angehörige oder Bekannte von Betroffenen anrufen, weil sie sich Sorgen machen. In den Gesprächen fragen sie, ob dieses Leiden denn normal sei. Sie würden die Person gar nicht so kennen und wünschen sich, sie wäre wieder normal. Viel öfter melden sich aber die Betroffenen selbst und stellen eine Frage, die viele Fachkräfte wohl am häufigsten hören: „Bin ich noch normal?“ An der Frage, was normal, was krankhaft ist, lässt sich gut erkennen, wie sehr sich die psychologisch-medizinische Betrachtungsweise von Trauer in der heutigen Gesellschaft schon durchgesetzt hat. Im 19. Jahrhundert wurde Trauer als ein Zustand geistiger Verwirrung angesehen, ein Unglück, aber nicht als psychische Krankheit (Walter 2005). Heute wird eine Grenze gezogen zwischen normaler und krankhafter (komplizierter) Trauer. Kaum eine Fachkraft bestreitet, dass es das Konstrukt Komplizierte Trauer wirklich gibt und viele sind der Auffassung, je früher man sich um diese Betroffenen kümmert, desto besser. Das ist nicht überraschend, denn eine Gesellschaft, die so viel dafür tut, Sicherheit und Glück zu garantieren, indem sie versucht, mögliche Leidensquellen frühzeitig aufzuspüren, fällt es offensichtlich nicht leicht, Leiden überhaupt zu ertragen (Beck 1992). Da passt eine Idee von einer krankhaften Trauer, die möglichst früh erkannt und behandelt wird, gut ins Konzept. Und wenn sich alle (zum Beispiel Familien, Freunde, Fachkräfte) gemeinsam darum kümmern, krankhafte Verläufe zu erkennen, ist das nur konsequent für eine solche Gesellschaft. Doch ob sich diese psychologisch-medizinische Sichtweise und die (oft voreilige) Einteilung in gesund – krankhaft für uns alle, die wir betroffen sind oder sein werden, letztlich als positiv erweist, ist fraglich.

8. Literatur

Beck, C. H. (1987): Bürgerliches Gesetzbuch, 30. Auflage, München.

Beck, U. (1992): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne, 9. Auflage, Frankfurt am Main.

Boelen, P. A. (2008): „Cognitive behaviour therapy for complicated grief“, in: Bereavement Care, Vol. 27, Nr. 2, S. 27 - 30.

Boelen, P. A.; van den Hout, M.; van den Bout, J. (2013): „Prolonged grief disorder: cognitive-behavioral theory and therapy“, in: Stroebe, M.; Schut, H.; van den Bout, J., Complicated Grief. Scientific foundations for health care professionals, London, New York.

Bonanno, G. A. (2012): Die andere Seite der Trauer, Bielefeld, Basel.

Bonanno, G. A.; Wortman, C. B.; Lehman, D. R.; Tweed, R. G.; Harin, M.; Sonnega, J. et al. (2002): „Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss“, in: Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 83, Nr. 5, S. 1150 - 1174.

Bowlby, J. (2006): Verlust. Trauer und Depression, München.

Burke, L. A.; Neimeyer, R. A. (2013): „Prospective risk factors for complicated grief: a review of the empirical literature“, in: Stroebe, M.; Schut, H.; van den Bout, J., Complicated Grief. Scientific foundations for health care professionals, London, New York.

Cleiren, M. (1993): Bereavement and adaption: A comparative study of the aftermath of death, Washington.

Dyregrov, A. (2008): Grief in children: A handbook for adults, 2. Auflage, London.

Dyregrov, K. (2009): „The important role of the school following suicide in Norway. What support do young people wish that school could provide“, in: Omega, Vol 59, Nr. 2, S. 147-161.

Forstmeier, S.; Maercker, A. (2007): „Comparison of two diagnostic systems for Complicated Grief“, in: Journal of Affective Disorders, Vol. 99, Nr. 1-3, S. 203 - 211.

Gamino, L. A.; Sewell, K. W.; Easterling, L. W. (1998): „Scott & White Grief Study: An Empirical Test of Predictors of Intensified Mourning“, in: Death Studies, Vol. 22, Nr. 4, S. 333 - 355.

Horowitz, M. J.; Siegel, B.; Holen, A.; Bonanno, G. A.; Milbrath, C.; Stinson, C. H. (1997): „Diagnostic Criteria for Complicated Grief Disorder“, in: American Journal of Psychiatry, Vol. 154, Nr. 7, S. 904 - 910.

Kersting, A.; Brähler, E.; Glaesmer, H.; Wagner, B. (2011): „Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample“, in: Journal of Affective Disorders, Vol. 131, Nr.1-3, S. 339 - 343.

Kissane, D.; Zaider, T. I.; Li, Y.; Gaudio, F. del (2013): „Family therapy for complicated grief“, in: Stroebe, M.; Schut, H.; van den Bout, J., *Complicated Grief. Scientific foundations for health care professionals*, London, New York.

Kreicbergs, U. C.; Lannen, P.; Onelov, E.; Wolfe, J. (2007): „Parental Grief After Losing a Child to Cancer: Impact of Professional and Social Support on Long-Term Outcomes“, in: *Journal of Clinical Oncology*, Vol. 25, Nr. 22, S. 3307 - 3312.

Monk, T. H.; Begley, A. E.; Billy B. D.; Fletcher, M. E.; Germain, A.; Mazumdar, S.; Moul D. E.; Shear, M. K.; Thompson, W. K.; Zarotney, J. R. (2008): „Sleep and circadian rhythms in spousally bereaved seniors“, in *Chronobiology International*, Vol. 25, Nr. 1, S. 83 - 98.

Newson, R. S.; Boelen, P. A.; Hek, K.; Hofman, A.; Tiemeier, H. (2011): „The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults“, in: *Journal of Affective Disorder*, Vol. 132, Nr. 1-2, S. 231 - 238.

Parkes, C. M. (2014): „Diagnostic criteria for complications of bereavement in the DSM-5“, in: *Bereavement Care*, Vol. 33, Nr. 3, S. 113 - 117.

Rando, T. A. (2013): „On achieving clarity regarding complicated grief: lessons from clinical practice“, in: Stroebe, M.; Schut, H.; van den Bout, J., *Complicated Grief. Scientific foundations for health care professionals*, London, New York.

Rosenblatt, P. C. (2013): „The concepts of complicated grief: lessons from other cultures“, in: Stroebe, M.; Schut, H.; van den Bout, J., *Complicated Grief. Scientific foundations for health care professionals*, London, New York.

Rosner, R.; Pfoh, G.; Rojas, R. et al. (2015): *Anhaltende Trauerstörung. Manuale für Einzel- und Gruppentherapie*, Göttingen, Bern, Wien [u.a.].

Shear, K. M.; Simon, N.; Wall, M.; Zisook, S.; Neimeyer, R. et al. (2011): „Complicated Grief and Related Bereavement Issues for DSM-5“, in: *Depression and Anxiety*, Vol. 28, Nr. 2, S. 103 - 117.

Spooren, D. J.; Henderick, H.; Jannes, C. (2000): „Survey description of stress of parents bereaved from a child killed in a traffic accident“, in *OMEGA*, Vol. 42, Nr. 2, S. 171 - 185.

Stroebe, M.; Schut, H.; van den Bout, J. (2013): *Complicated Grief. Scientific foundations for health care professionals*, London, New York.

Stroebe, M.; Hansson, R. O.; Schut, H.; Stroebe, W. (2008): *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention*, Washington.

Tremblay, G. C.; Israel, A. C. (1998): „Children's adjustment to parental death“, in *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol. 5, Nr. 4, S. 424 - 438.

Van der Houwen, K.; Stroebe, M.; Stroebe, W.; Schut, H.; van den Bout, J.; Wijngaards-de Meij, L. (2010): „Risk Factors for Bereavement Outcome: A Multivariate Approach“, in *Death Studies*, Vol. 34, Nr. 3, S. 195 - 220.

Vanderwerker, L. C.; Prigerson, H. G. (2004): „Social support and technological connectedness as protective factors in bereavement“, in: Journal of Loss and Trauma, Vol. 9, Nr. 1, S. 45 - 57.

Wagner, B. (2013): Komplizierte Trauer. Grundlagen, Diagnostik, Therapie, Berlin, Heidelberg.

Wakefield, J. C. (2013): „Is complicated grief/prolonged grief a disorder? Why the proposal to add a category of complicated grief disorder to the DSM-5 is conceptually and empirically unsound“, in: Stroebe, M.; Schut, H.; van den Bout, J., Complicated Grief. Scientific foundations for health care professionals, London, New York.

Walter, T. (2005): „What is complicated grief? A social constructionist perspective“, in: OMEGA, Vol. 52, Nr. 1, S. 71 - 79.

Wittkowski, J.; Scheuchenpflug, R. (2015): „Zum Verlauf „normalen“ Trauerns. Verlust-erleben in Abhängigkeit von seiner Dauer“, in: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, Vol. 23, Nr. 4, S. 169 - 176.

Znoj, H. (2004): Komplizierte Trauer, Göttingen [u.a.].