

Trauer & Melancholie

Hansjörg Znoj
Universität Bern

hansjoerg.znoj@psy.unibe.ch

Lindau 2008



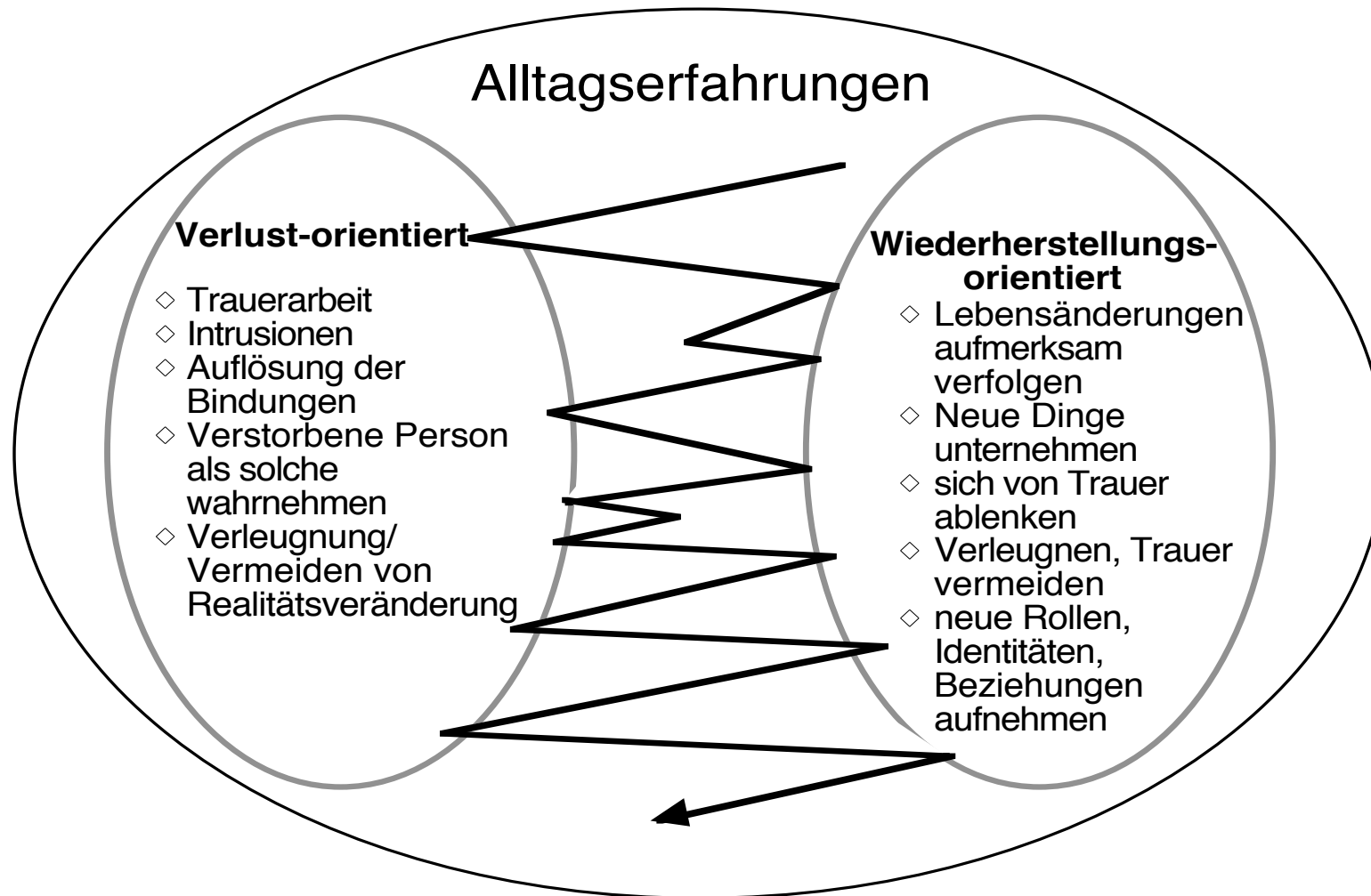
Themen der Vorlesung

- > Montag
 - Begriffsklärung
 - Modelle der Trauer
- > Dienstag
 - Wer trauert wie, weshalb, worum?
 - Emotionale, kognitive und physiologische Reaktionen
- > **Mittwoch**
 - **Trauer als Problem**
 - **Diagnostik der komplizierten Trauer**
- > Donnerstag
 - Differentialdiagnostische Aspekte
 - Therapie der Trauer
- > Freitag
 - Therapeutische Modelle und Herangehensweisen
 - Empirische Validität

Trauer als Problem

Nach dem dualen Prozessmodell der Trauer hängt die erfolgreiche Adaption von einer gelungenen Balance von Trauerarbeit und aktiver Zuwendung zu neuen Aufgaben ab. Dauerndes (ruminatives) Beschäftigen mit dem Verlust kann zu einer Intensivierung der Trauerreaktion führen, zu starkes Vermeiden kann wiederum die langfristig erfolgreiche Adaption verhindern. Trauernde berichten, sich gedanklich ständig mit der verstorbenen Person zu beschäftigen. Diese oft als zwanghaft empfundene Beschäftigung kann zu Vermeidungs-verhalten führen, kann aber auch einen neuen Zugang zu sich selbst und zur verstorbenen Person ermöglichen. Ruminatives Verhalten wird deshalb von einigen Autoren als notwendige Voraussetzung für einen adaptiven Prozess betrachtet (Calhoun, Cann, Tedeschi & McMillan, 2000). Hier offenbart sich die feine Linie zwischen erfolgreichem Bewältigen der Trauer und dem Scheitern. **Die exzessive Beschäftigung mit dem Verlust und zuviel “Trauerarbeit” stellt einen erheblichen Risikofaktor für eine pathologische Entwicklung dar.**

Das duale Prozess-Modell der Trauerbewältigung



nach Stroebe & Shuchman (2001)

Trauer als Trauma

- > Trauer kann als „Modell“ eines psychischen Traumas begriffen werden
- > In Analogie zu einem Trauma werden in der Trauer um eine geliebte Person Annahmen über eine gute, gerechte Welt erschüttert (Janoff-Bulman „shattered world“)
- > Diese Erfahrung wird normalerweise ins Leben integriert („Trauerarbeit“)
- > In manchen Fällen gelingt dies nicht: dann wird die Trauer zum Trauma.

“Morbid grief reactions” (Lindemann, 1944)

- > verzögerte Trauerreaktion
- > gestörte Reaktionen wie
 - Übernahme von Symptomen, welche typisch für die verstorbene Person waren oder an der diese gestorben ist
 - Medizinische Erkrankungen
 - Zorn und feindliches Verhalten gegenüber bestimmten Personen
 - Hölzernes und steifes Verhalten wie aus schizophrenen Erkrankungen bekannt
 - Selbstschädigendes Verhalten wie allen Besitz weggeben oder übertriebener Altruismus
 - Agitierte Depression (Schlaflosigkeit, Bedürfnis nach Bestrafung, extreme Schuldgefühle, suizidales Verhalten)

Begriff des psychischen Traumas

Ein Trauma wird von der WHO (1991) wie folgt definiert:

„Kurz- oder lang anhaltendes Ereignis oder Geschehen von aussergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmass, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde“.

Traumatische Ereignisse die zu psychischen Beeinträchtigungen führen können, werden häufig in folgende Kategorien unterteilt:

1. durch Menschen willentlich verursacht ("man made"), z.B. Vergewaltigung, Raubüberfälle, Geiselnahmen, Krieg, Folter und Inhaftierung
2. Katastrophen ("nature made") und Unfalltraumen, z.B. Naturkatastrophen, Giftgaskatastrophen, Verkehrsunfälle
3. Sonstige, wie z.B. lebensbedrohliche Krankheiten

DSM-IV Kriterien für PTB

- 1.) Erleben oder beobachten eines traumatischen Ereignisses, wobei die Person mit intensiver Furcht oder Entsetzen reagierte.
- 2.) Das traumatische Ereignis wird auf eine der folgenden Arten wiedererlebt: wiederkehrende, belastende Erinnerungen; wiederkehrende, belastende Träume; Gefühl, dass das Ereignis wiederkehrt; Belastung bei Konfrontationen; körperliche Reaktionen bei Konfrontationen
- 3.) Anhaltende Vermeidung von Hinweisreizen auf das Ereignis, eingeschränkter Affekt und vermindertes Interesse an wichtigen Aktivitäten
- 4.) Mindestens zwei Symptome, die vor dem Trauma nicht bestanden, wie Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz und übertriebene Schreckreaktionen.
- 5.) Bedeutsame Beeinträchtigung oder Leiden mit Symptomen, die mindestens ein Monat dauern

Traumatisierende Ereignisse und ihre Folgen

Art des Traumas	Traumahäufigkeit in %	Störungshäufigkeit in %
Vergewaltigung	5.5	55.5
Sexuelle Belästigung	7.5	19.3
Krieg	3.2	38.8
Waffengewaltandrohung	12.9	17.2
Körperliche Gewalt	9.0	11.5
Unfälle	19.4	7.6
Zeuge (von Unfällen, Gewalt)	25.0	7.0
Feuer, Naturkatastrophen	17.1	4.5
Misshandlung (in der Kindheit)	4.0	35.4
Vernachlässigung (in der Kindheit)	2.7	21.8
Andere lebensbedrohlichen Situat.	11.9	7.4
Andere Traumen	2.5	23.5
Irgendein Trauma	60.0	14.2

Stress-Symptome bei trauernden Eltern der Berner Untersuchung (Zeitkohorten)

Zeitkohorten	Depression (BDI)		Intrusion (IES)		Vermeidung (IES)	
	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	<i>M</i>	<i>(SD)</i>
Bis zu einem Jahr (n = 37)	11.3	(9.5)	20.0	(6.9)	6.8	(5.7)
Bis zu drei Jahren (n = 61)	9.7	(7.4)	19.2	(8.4)	7.9	(6.4)
Drei und mehr Jahre (n = 72)	9.2	(6.8)	14.6	(8.7)	7.7	(6.8)

einfache vs. komplizierte Trauer

Einfache Trauerreaktion

Verlauf

Allmähliche Anpassung an die neue Realität, vergleichsweise abnehmende Intensität der gefühlten Trauer. Anpassung an neue Wirklichkeit ohne die verstorbene Person gelingt

Komplizierte Trauerreaktion

Starke, impulsive emotionale Reaktionen wie Wut, Schuld-gefühle und Angst. Manchmal verzögerte Trauerreaktion. Keine kontinuierliche Abnahme der Trauerintensität. Die Trauer wird oft nicht als Traurigkeit erlebt. Anpassung an neue Wirklichkeit gelingt nicht

Fortsetzung

Einfache Trauerreaktion

Komplizierte Trauerreaktion

Symptomatik

Trauerreaktion mit Rückzug und häufigem Weinen. Der Ausdruck der Trauerreaktion ist stark von kulturellen Normen geprägt

Selbst schädigendes Verhalten, Panikattacken, depressive Reaktion, exzessive Reizbarkeit, anhaltende und häufige Intrusionen, Gefühl innerlicher Leere und allgemeiner Sinnlosigkeit

Gesundheit

langfristig keine gesundheitlichen Folgen

Schlaf- und Essstörungen, erhöhte Anfälligkeit für Infektionserkrankungen

soziale Folgen

Kurzfristig Rückzug aus dem gewohnten sozialen Umfeld, langfristig keine negativen Folgen

Vernachlässigung des sozialen Netzes, Einbussen im Bereich des beruflichen Funktionierens, Vereinsamung

Diagnose der komplizierten Trauer

- > Zurzeit existieren zwei Diagnosevorschläge zur Aufnahme in eine weitere Evolutionsstufe des DSM:
- > Prigerson & Jacobes: “Traumatische Trauer”: 10 Symptome des Trennungsschmerzes und Symptome des Traumas
- > Horowitz und Mitarbeiter: analog zu posttraumatischen Belastungsstörung, aber mit anderen Inhalten
- > Ganz neu: Führende Trauerforscher haben sich zusammengeschlossen und sprechen jetzt von „**Prolonged Grief Disorder**“ (PGD)

Komplizierte Trauer

(Diagnosevorschlag von Horowitz et al., 1997)

A) Ereignis-Kriterium:

Der Trauerfall muss mindestens **14 Monate** zurückliegen; der Trauerfall schließt den Verlust des Gatten oder der Gattin, eines nahen Verwandten oder des Intimpartners ein.

B) Anzeichen und Symptomkriterien:

In den letzten drei Monaten sollen täglich mindestens **drei der folgenden sieben** Anzeichen mit einer Intensität auftreten, die das tägliche Funktionieren beeinträchtigen:

B1 Intrusive Phänomene

- Intrusive Phantasien, ungewollte Gedanken, welche die Beziehung mit dem oder der Verstorbenen zum Inhalt haben
- Erinnerungsattacken oder emotionale Schübe („spells“) in Bezug auf die Beziehung mit der verstorbenen Person
- Äußerst starkes Verlangen oder der Wunsch, dass die verstorbene Person anwesend sei

B2 Anzeichen von Vermeidung und Anpassungsprobleme

- Gefühle, zu stark allein zu sein oder das Gefühl, innerlich leer zu sein
- Exzessives Vermeiden von anderen Personen, von Plätzen oder Aktivitäten, die mit der verstorbenen Person in Verbindung standen
- unüblich starke Schlafschwierigkeiten
- Verlust des Interesses an Arbeit, sozialen Aktivitäten, Erziehung und sozialen Verpflichtungen in einem „maladaptiven“ Ausmaß.

Traumatische Trauer

Diagnosevorschlag von Jacobs (1999)

A-Kriterium

Die Person hat den Tod einer ihr nahe stehenden Person erfahren. Die Reaktion beinhaltet **drei der vier unten** angeführten Symptome, die mindestens manchmal vorgekommen:

- a) Intrusive Gedanken bezüglich der verstorbenen Person
- b) sich nach der verstorbenen Person sehnen, nach ihr verlangen
- c) nach der verstorbenen Person suchen
- d) Einsamkeit als Ergebnis des Todesfalls

B-Kriterium

Als Reaktion auf den Verlust sind mindestens **vier der folgenden acht Symptome** klar und andauernd feststellbar:

- Das Gefühl, das Leben sei zwecklos oder die Zukunft sinnlos
- Gefühl emotionaler Taubheit, sich niemandem und keiner Sache zugehörig fühlen, emotional nicht mehr reagieren können
- Schwierigkeiten, den Tod akzeptieren zu können, Unglauben
- Das Gefühl, das Leben sei sinnlos und leer
- Gefühl, ein Teil von einem selbst sei gestorben
- Ein zerbrochenes Lebensgefühl und Lebensperspektive (kein Gefühl der Sicherheit, Vertrauen oder Kontrolle)
- Übernahme von Verhaltensweisen oder Symptome der verstorbenen Person oder Verhalten, das mit der verstorbenen Person eng verbunden ist
- Exzessive Reizbarkeit, Ärgerreaktionen, Bitterkeit oder Ärger gegenüber der verstorbenen Person.

C-Kriterium

Die genannten Störungen oder Symptome dauern während mindestens **zweier Monate** an

D- Kriterium

Die Störung verursacht klinisch relevante Einbussen psychischen Funktionierens in sozialen Bereichen, im Beruf oder in anderen wichtigen Lebensbereichen

Diagnose der komplizierten Trauer

- > Für die Abrechnung mit Kassen und Versicherungen sind die Diagnosen affektive Verstimmungen (F34.1 Dysthymia) unter Ausschluss der einfachen Trauer oder Anpassungsstörungen (DSM: 309.X oder ICD: F43.2) zu verwenden.
- > Der Ausschluss einer Trauer macht es schwierig, nach ICD die Diagnose F34.21 (längere depressive Reaktion) zu stellen, da hierfür der Verlust mehr als zwei Jahre zurück liegen muss.
- > Ebenfalls in Frage kommen nach ICD-10: Andere affektive Störung (F38.8 = Restkategorie) und nicht näher bezeichnete anhaltende affektive Störung (F34.9). Dies sollte jedoch nur dann geschehen, wenn die Kriterien einer anderen Störung nicht gegeben sind.
- > Wenn das Vermeiden von mit der verstorbenen Person verbundenen Erinnerungen, Orten oder Gegenständen ein Leitsymptom darstellt, sollte die Diagnose "akute Belastungsstörung" (ICD F43.0, DSM 308.3) oder nach sechs Monaten "Posttraumatische Belastungsstörung" (ICD F43.1, DSM 309.81) vergeben werden.

Emotionsspezifische und emotionsunspezifische Komponenten

Gemeinsamkeiten von PTSD und komplizierter Trauer:

- ◇ Wiedererleben einzelner Bestandteile des Verlustes in Form von intrusiven Gedanken und Visionen
- ◇ Vermeidungsverhalten, insbesondere das Verdrängen von Gefühlen und Gedanken, welche mit der verlorenen Person assoziiert sind
- ◇ Verminderter Affekt

Unterschiede:

- ◇ Keine übertriebenen Schreckreaktionen bei pathologischer Trauer
- ◇ Weniger Schlafprobleme bei komplizierter Trauer

Obwohl es zwischen beiden Störungen Überlappungen gibt, sind sie nicht isomorph

Aus einer Studie von Prigerson et al, 1999

Epidemiologie der Komplizierten Trauer

- > Ohne genaue Diagnosemöglichkeit für Komplizierte Trauer schwierig - Schätzungen reichen von 5 - 40 % aller Trauernden (*wobei 5% vermutlich die realistischere Schätzung darstellt*)
- > Dauer ist ein unzureichendes Kriterium: Nach Zisook und anderen (z.B. Zisook & Schuchter, 1986) zeigen Personen mit Partnerverlust noch nach vier Jahren hohe Belastung und haben Schwierigkeiten, den Verlust zu akzeptieren
- > die natürliche (einfache) Trauerreaktion ist therapeutisch (biologisch oder psychologisch) zeitlich kaum zu beeinflussen
- > Die Abgrenzung von Komplizierter Trauer gegenüber einer PTB ist schwierig aber unkritisch

Abgrenzung zu affektiven Störungen

Extreme Trauerreaktionen zeichnen sich durch Symptome wie emotionale, gedankliche oder bildliche Intrusionen, krampfartig erlebte emotionale Überflutungen und eine als “stressig“ erlebte Sehnsucht nach der verstorbenen Person aus. Die Symptome sind sowohl vom Inhalt als auch von der erlebten emotionalen Qualität deutlich von der depressiven Reaktion oder der Majoren Depression (MDD) unterscheidbar.

In manchen Fällen – besonders bei multiplen und plötzlichen Verlusten – können sich Gefühle der emotionalen Betäubung einstellen (Dissoziation).

Komorbidität

- > Viele kompliziert Trauernde weisen eine Lebenszeitprävalenz für Angst und Depression auf
- > Depression: nach Horowitz (1997) bis zu 80%
- > Angst: nach Kim & Jacobs (1991) für generalisierte Angst 82%, Panikstörung: 36%
- > PTB: Schätzungen reichen von 20% bis 50% (Jacobs, 1999)
- > Substanzmissbrauch: erhöht - (aber keine empirischen Befunde)
- > Suizid: Risiko ist erhöht
- > Schizophrenie: kein Zusammenhang!
- > Somatische Störungen / Erkrankungen sind häufige Begleiter der Trauer

Simon et al., 2007: The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive Psychiatry* 48, 395-399.

Komorbide Störung	Aktuell %	Lifetime %
Majore Depression MDD	55.3	71.8
Posttraumatische Belastungsstörung PTB	48.5	52.9
Panikstörung	13.6	21.8
Agoraphobie ohne Panik	1.0	1.0
Generalisierte Angststörung GAD	18.5	N/A
Soziale Phobie	7.8	13.1
Zwangsstörung OCD	6.3	6.8
Irgendeine Angststörung	62.6	69.4
Irgendeine Störung	75.2	84.5
Keine komorbide Störung	24.8	15.5

N = 206, nach Simon et al., 2007

Diagnostik

- > Texas Revised Inventory of Grief TRIG (Faschingbauer, 1981) - im www auch neuere Version erhältlich (in Englisch)
- > Inventory of Complicated Grief ICG von Prigerson und Mitarbeitern - im www auch Version für Kinder und Jugendliche erhältlich (nur in Englisch)
- > Übersetzungen beider Instrumente in **Znoj (2004). Komplizierte Trauer. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe**
- > Für das ICG liegen Kriterien für die vorgeschlagene Diagnose "Prolonged Grief Disorder" vor.

**Aussagen des Texas
Revised Inventory of
Grief - TRIG -
(Faschingbauer, 1981)
aus Znoj, 2004**

1) Ich weine immer noch, wenn ich an die verstorbene Person denke	1	2	3	4	5
2) Ich rege mich immer noch auf, wenn ich an die verstorbene Person denke	1	2	3	4	5
3) Ich kann den Tod dieser Person nicht akzeptieren	1	2	3	4	5
4) Manchmal vermisse ich die verstorbene Person sehr stark	1	2	3	4	5
5) Sogar jetzt tut es noch sehr weh, wenn ich mich an die verstorbene Person erinnere	1	2	3	4	5
6) Ich denke oft an die verstorbene Person	1	2	3	4	5
7) Ich versuche meine Tränen zu verstecken, wenn ich an die verstorbene Person denke	1	2	3	4	5
8) Niemand kann die Person ersetzen, die gestorben ist	1	2	3	4	5
9) Ich kann es nicht verhindern, dass ich immer wieder an die verstorbene Person denken muss	1	2	3	4	5
10) Ich empfinde es als ungerecht, dass diese Person sterben musste	1	2	3	4	5
11) Dinge und Menschen erinnern mich immer noch an die verstorbene Person	1	2	3	4	5
12) Ich bringe es nicht fertig, den Tod der verstorbenen Person zu akzeptieren	1	2	3	4	5
13) Manchmal habe ich immer noch das Bedürfnis um die verstorbene Person zu weinen	1	2	3	4	5
14) Ich fühle mich für den Tod der verstorbenen Person mit verantwortlich	1	2	3	4	5
15) Ich habe starke Schuldgefühle, wenn ich an die verstorbene Person denke	1	2	3	4	5
16) Im Zusammenhang mit dem Tod der verstorbenen Person empfinde ich immer noch starke Wut	1	2	3	4	5

Aber! Ist eine Diagnose gerechtfertigt?

- > **Wie** grenzt sich die traumatische Trauer ab von der „normalen“ Trauerreaktion?
- > Ist eine neue Diagnostik überhaupt gerechtfertigt?
- > Welche Symptome oder welches Verhalten sind für die komplizierte oder traumatische Trauerreaktion typisch?

Prädiktoren lang andauernder Trauer

Fragestellung und These

Ist lang andauernde, intensive Trauer eine Form

- a) einer Depression
- b) einer Angststörung
- c) eine eigene psychopathologische Störung
- d) eine Variante der normalen Trauerreaktion?

Komplizierte Trauer unterscheidet sich hinlänglich von anderen Störungs-bildern; eine eigene psychopathologische Klassifikation ist jedoch für lang andauernde, intensive Trauer nicht zwingend notwendig.

Bei Komplizierter Trauer ist (emotionales) Vermeiden ein Unterscheidungsmerkmal gegenüber der „normalen“ Trauer.

Zur Beantwortung dieser Frage wurde u.a. ein Originaldatensatz von Horowitz und Mitarbeitern neu analysiert.

Regressionsmodelle (schrittweise gerechnet) für die vier untersuchten Trauersymptome (Originaldaten von M. J. Horowitz)

Vorhergesagte Variable zum Zeitpunkt 3 (25 Monate nach dem Ereignis)	R^2	ΔR^2	β
<u>Depression</u> (adj. $R^2 = .22$)			
Schritt 1: Depression 2		.24**	.49**
<u>Intrusionen</u> (adj. $R^2 = .49$)			
Schritt 1: Intrusionen 2		.50**	.71**
<u>Vermeidung</u> (adj. $R^2 = .39$)			
Schritt 1: Vermeidung 2		.40**	.63**
<u>Trauer</u> (adj. $R^2 = .61$)			
Schritt 1: Trauer 2		.53**	.84**
Schritt 2: Weinen 1	.59	.06*	.23*
Schritt 3: Depression 2	.64	.05*	-.26*

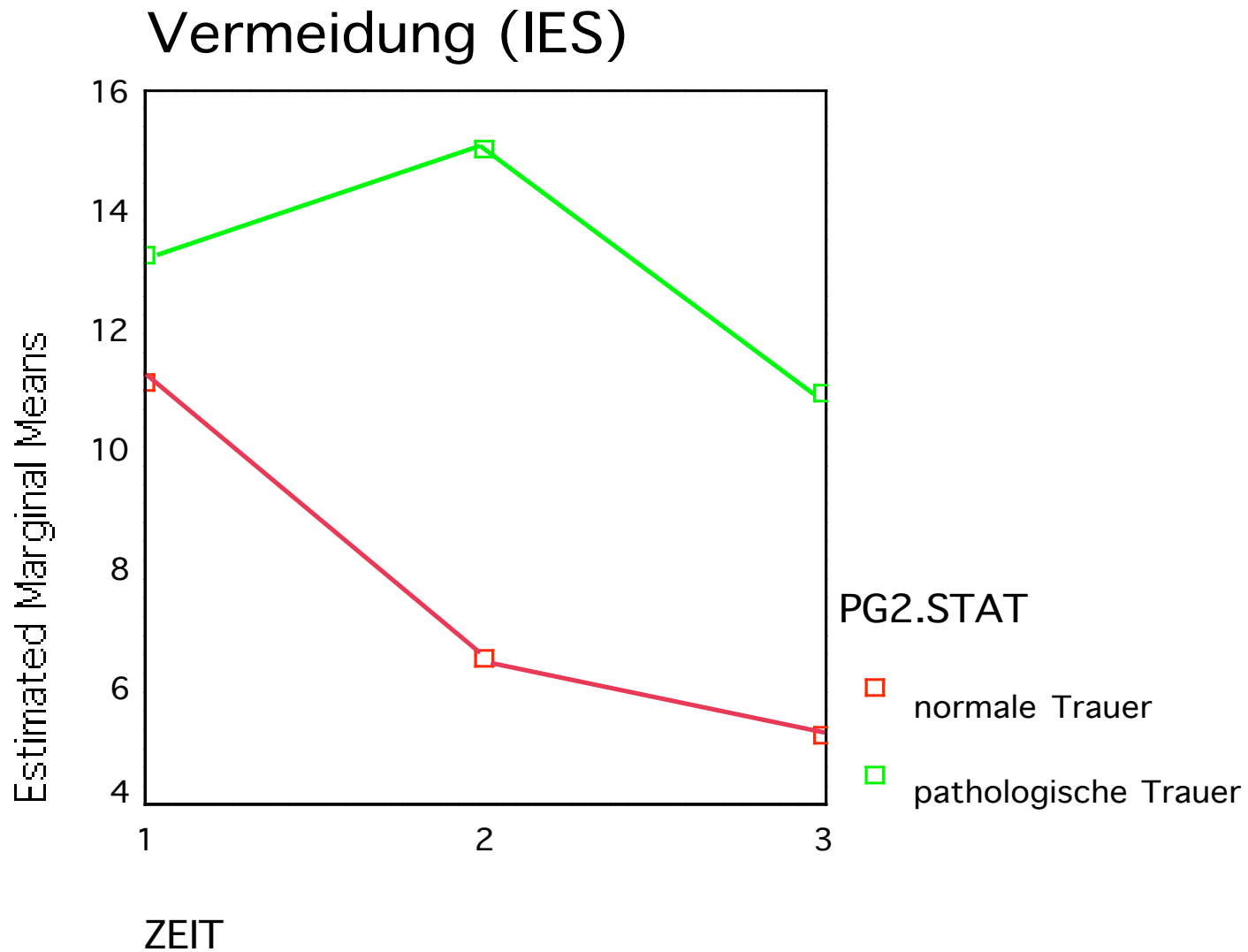
1 = 5 Monate post; 2 = 14 Monate post; 3 = 25 Monate post

Trauer = Texas Revised Inventory of Grief; Depression = Beck Depression Inventory;

Intrusionen = Intrusion der Impact of Event Skala; Vermeidung = Avoidance der Impact of Event Skala;

** $p < .01$; * $p < .05$; $N = 42$;

Gruppenunterschied und Zeitverlauf für Vermeiden nach der Trauerdiagnose von Horowitz et al. (1997)



Wie wird die Trauer zum Trauma?

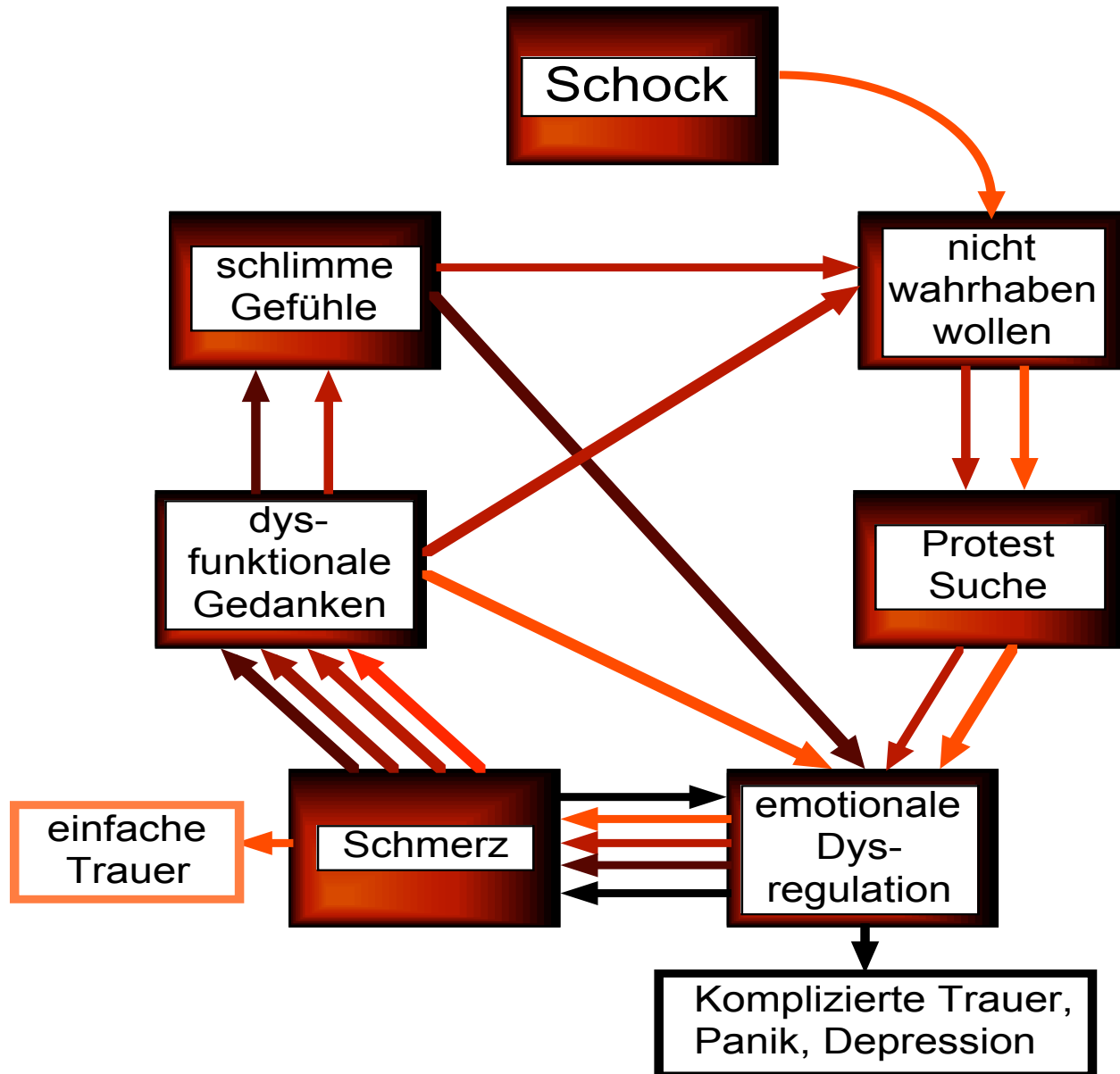
- > Nach dem allgemeinen Stressmodell kann die traumatische Trauer als eine Intensivierung der mit der Trauer verbundenen Reaktionen (emotional, kognitiv, somatisch) betrachtet werden.
- > Der “normale” Verlauf der Trauer erfolgt über die “Phasen”: Schock - nicht wahrhaben wollen, emotionaler Aufschrei/Dysregulation, klares Schmerzempfinden und Trauer --> “Verarbeitung, Trauerarbeit”
- > Die Komplizierung der Trauer findet über weitere Stufen statt: mit dem Schmerz kommt es zu dysfunktionalen Kognitionen, die wiederum schmerzhaft emotionale Reaktionen auslösen --> **es resultiert eine Verstärkung des Verlusterlebens**
- > Die Verarbeitung gelingt nicht adaptiv, sondern über **problematische Bewältigungsstrategien** (Vermeidung/Verleugnung), was paradoxerweise vermehrte Intrusionen zur Folge hat.

Traumatische Trauerreaktion als funktional autonomes Schema

- > **Komplizierte** oder **Traumatische** Trauer ist das Produkt einer nicht verarbeiteten Trauer
- > Es beinhaltet problematische Wahrnehmungsprozesse, dysfunktionale Kognitionen und emotionale Fehlfunktionen
- > Das Schema ist das **Produkt eines Aufschaukelungsprozesses** (positive feedback-Schleufe) einer ursprünglich natürlichen Trauerreaktion

Das Aufschaukelungsmodell der Komplizierten Trauer

Die Entstehung der komplizierten Trauer



Psychische und somatische Folgen der Komplizierten oder Traumatischen Trauer

- > Psychisch: wie in der einfachen Trauer, jedoch oft überlagert von **Angstsymptomatik und affektiven Störungen**
- > beinhaltet wie PTB ein **“aktives Gedächtnis”**
- > **Dysregulation emotionaler Befindlichkeit** wie unkontrolliertes, ständiges Weinen oder Wut, Panik
- > Somatisch: **Schmerz** (Herzschmerz), Störung des Schlaf-Wachzyklus, Appetitlosigkeit, verminderte Abwehrkräfte (Immunsystem)

Zusammenfassung: Komplizierte Trauer als eigenständiges Störungsbild

- > Trauer kann als psychisches Trauma begriffen werden
- > Wie jeder psychischen Störung ist eine Verletzung eines Grundbedürfnisses die Ursache des Stresserlebens
- > Bei der Trauer ist hauptsächlich das Bedürfnis nach Intimität und Bindung verletzt
- > Bei der Komplizierten Trauer kommen u.U. weitere Verletzungen von zentralen Bedürfnissen dazu: häufige Komorbiditäten sind Angststörungen (Panik) und Depression. Dies lässt auf Verletzungen der Grundbedürfnisse nach Sicherheit und Kontrolle schließen
- > Wie bei den Angststörungen lässt sich die komplizierte Trauerreaktion als dysregulierte Emotion deuten. In der Trauer ist es vor allem auch der Schmerz, der nicht ausgehalten wird (zu stark) und deshalb auch oft vermieden wird.
- > Diese Dysregulation wird zur eigendynamischen Störung (als Schema) und wird wie ein „flashback“ in der PTB getriggert