

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/309436480>

Wann ist Trauer eine psychische Erkrankung?

Article · January 2016

CITATION

1

READS

4,340

1 author:



Birgit Wagner

Medical School Berlin

86 PUBLICATIONS 2,092 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



e-mental health for trauma and stress-related disorders and problems of the elderly [View project](#)



Internet-based intervention for mild to moderate depression [View project](#)

Wann ist Trauer eine psychische Erkrankung?

Trauer als diagnostisches Kriterium in der ICD-11 und im DSM-5

Birgit Wagner

Zusammenfassung: Der Verlust einer nahestehenden Person hat in der Regel einen normalen und nicht pathologisch verlaufenden Trauerprozess zur Folge. Die Reaktionen auf einen Verlust können sowohl kulturell als auch individuell sehr unterschiedlich erlebt werden und nur ein kleiner Teil der Trauernden zeigt eine pathologische Symptomatik, welche zu einer Einschränkung in sozialen und anderen wichtigen Lebensbereichen führt. Die Aufhebung der Trauer als Exklusionskriterium bei der Depression im DSM-5 hat eine kritische Diskussion initiiert. Für die neue Ausgabe der ICD-11 wird aktuell die Aufnahme der lang anhaltenden Trauer als eigenständiges Krankheitsbild geplant, welches sich von der Depression, posttraumatischen Belastungsstörung oder Anpassungsstörung unterscheidet. Dennoch stellen eine Reihe von offenen Fragen wichtige Beiträge in der Debatte für eine anhaltende Trauerstörung als Diagnose. Ab wann ist Trauer eine psychische Erkrankung? Inwieweit unterscheiden sich normale von pathologischen Trauerverläufen? Der Artikel beschreibt den aktuellen Forschungsstand zum Thema Trauer als psychische Erkrankung in Abgrenzung zu normalen Trauerreaktionen.

Einführung

Der Tod einer nahestehenden Person kann eine erschütternde Lebenserfahrung sein, welche unter Umständen einen langfristigen oder lebenslangen Adaptionsprozess zur Folge haben kann. Die wahrgenommene Trennung von der verstorbenen Person ist eine der intensivsten Trauerreaktionen, welche nicht nur psychisch, sondern auch körperlich von den Trauernden erlebt werden kann. Dieser intensive Trennungsschmerz wird häufig von einer starken Sehnsucht nach der verstorbenen Person begleitet. Physiologische Untersuchungen konnten aufzeigen, dass insbesondere in den ersten Tagen und Wochen nach dem Tod die Trauerreaktionen einem Stress-Reaktions-Modell zugeordnet werden können (O'Connor & Arizmendi, 2013) und sich nicht von anderen belastenden Lebensereignissen (z. B. traumatischer Stress) unterscheiden. Sowohl eine erhöhte Herzrate und erhöhte Kortisolwerte als auch erhöhte Blutdruckwerte konnten in den ersten zwei Wochen nach dem Verlust nachgewiesen werden (Buckley et al., 2011; O'Connor, 2012). Erst in den Wochen und Monaten nach dem Tod normalisiert sich das Stresserleben und nimmt über den Verlauf des Trauerprozesses kontinuierlich ab.

Der normale Trauerprozess wurde in einer Reihe von Theorien beschrieben. Insbesondere wurden in der Vergangenheit Phasenmodelle, die einen bestimmten systematischen Verlauf des Trauerprozess zugrunde legten, als häufige Erklärungsansätze genannt. Kübler-Ross (1969) beschrieb in ihrem Phasenmodell die folgenden fünf Trauerphasen: (1) Nichtwahrhabenwollen („Das ist nicht mein Kind ...“); (2) Wut; (3) Feilschen („Wenn ... dann ...“); (4) Depression und (5) Akzeptanz. Spätere Phasenmodelle (Bowlby, 1980; Worden, 1991) wurden in Anlehnung an das Phasenmodell von Kübler-Ross

(1969) entwickelt. Der empirische Nachweis, inwieweit diese einzelnen Trauerphasen so klar voneinander zu trennen sind oder chronologisch aufeinander folgen, wurde bisher nur in einer Studie („Yale Bereavement Study“) unternommen (Maciejewski, Zhang, Block & Prigerson, 2007). Die Ergebnisse der Studie zeigten zwar, dass eine normale Trauer tatsächlich einen systematischen Verlauf aufweist, dennoch wurden die Symptome (z. B. Nichtwahrhabenwollen, Sehnsucht, Wut) nicht phasenweise durchlebt, sondern zeigten ihre höchste Ausprägung überlappend innerhalb der ersten sechs Monate nach dem Verlust. Hingegen nahm die Akzeptanz des Verlustes graduell während der dem Verlust folgenden 24 Monate zu. Ein Theorieansatz der modernen Trauertheorien stellt das *Duale-Prozess-Modell* dar (Stroebe & Schut, 1999). Stroebe und Schut (1999) integrierten mit ihrem *Dualen-Prozess-Modell* sowohl den Aspekt der Verarbeitung der Trauer als auch die Bewältigung des zukünftigen Lebens ohne die verstorbene Person. Trauerarbeit wird in diesem Modell als dynamischer Prozess verstanden, in welchem sich das verlustorientierte Verarbeiten mit dem wiederherstellungsorientierten Bewältigen immer wieder zeitweise abwechselt.

Trotz der starken Negativsymptomatik ist Trauer Teil eines normalen Lebenszyklus, der zu einem Leben gleichermaßen dazugehört wie die Geburt oder andere wichtige Lebensabschnitte. Das heißt, Trauer ist an sich keine psychische Erkrankung, sondern Teil des normalen Lebensverlaufes eines jeden Menschen. Insgesamt zeigten in Prävalenzstudien 65-99% der Trauernden einen normalen nicht pathologischen Trauerverlauf (Wagner, 2013a). Dennoch ist es für eine spezifische Gruppe von Trauernden nicht möglich, einen normalen Trauerprozess zu durchlaufen. Anstelle einer graduellen Abnahme der Trauersymptomatik im Verlauf der Zeit wird der Trauerprozess „komplizierter“ und langanhaltender von den Betroffenen durchlebt.

Die Trauernden bleiben in ihren intensiven Trauergefühlen haften und zeigen Schwierigkeiten mit der Akzeptanz des Todes. Häufig wird die anhaltende Trauerstörung von komorbiden psychischen Erkrankungen wie beispielsweise der Depression,

früheren Jahren wurde die fehlende bzw. schwache Trauer als eine pathologische Trauerreaktion eingeordnet (Bowlby, 1980). Die betroffenen Personen erlebten beispielsweise nur in den ersten Tagen und Wochen nach dem Tod Gefühle von Trauer und Verlust. Die fehlende Trauer wurde früher als behandlungswürdig eingestuft. Inzwischen wurden eine Reihe von Längsschnittstudien mit Trauernden durchgeführt, die den pathologischen Charakter einer gering ausgeprägten oder fehlenden

— Trauer ist Teil eines normalen Lebenszyklus und gehört zu einem Leben gleichermaßen dazu wie die Geburt oder andere wichtige Lebensabschnitte.

posttraumatischen Belastungsstörung oder von Substanzmissbrauch begleitet. In einer deutschen Repräsentativbefragung ($N = 2.520$) lag die bedingte Wahrscheinlichkeit, eine Diagnose einer anhaltenden Trauerstörung zu erhalten bei 6.7% und die Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung betrug 3.7% (Kersting, Brähler, Glaesmer & Wagner, 2011). Risikofaktoren, eine anhaltende Trauerstörung zu entwickeln, waren weibliches Geschlecht, geringeres Einkommen, höheres Lebensalter und der Verlust eines Kindes oder Partners.

Trauer nicht belegen konnten (Bonanno et al., 2002; Bonanno, Wortman & Nesse, 2004).

Obwohl inzwischen empirische Evidenz dafür vorliegt, dass es Unterschiede zwischen einer normalen und einer pathologischen Trauerreaktion gibt (Prigerson et al., 2009), bleibt die Skepsis nach wie vor bestehen, inwieweit die anhaltende Trauerstörung als eigenständiges diagnostisches Kriterium valide gegenüber der normalen Trauer abzugrenzen ist. Die anhaltende Trauerstörung als diagnostisches Kriterium wird mitunter kritisch sowohl von Wissenschaftlern¹ als auch von praktisch tätigen Psychotherapeuten, Psychiatern und Berufsverbänden diskutiert. Die beherrschende Fragen in der Diskussion um die Aufnahme einer pathologischen Form von Trauer in die diagnostischen Klassifikationssysteme ist: Kann Trauer eine psychische Erkrankung sein? Inwieweit unterscheidet sich ein normaler Trauerprozess von einem pathologischen Prozess? Der Artikel beschreibt den aktuellen Forschungsstand der anhaltenden Trauerstörung als eigenständiges diagnostisches Kriterium in Abgrenzung zu normalen Trauerreaktionen.

Trauerstörung – ein Ringen um den richtigen Begriff

Während man sich auf der einen Seite uneinig ist, inwieweit sich eine pathologische Trauerreaktion von einer normalen Trauer abgrenzt, zeigt die mühevoll Suchende nach einem Terminus für einen nicht normalen Trauerverlauf, wie schwierig es ist, die Diagnose in richtige Begrifflichkeiten zu fassen. Die Trauer als Störungsbild wurde in den vergangenen Jahren von verschiedenen Arbeitsgruppen und Denkschulen mit unterschiedlichen Termini beschrieben. Horowitz et al. benannten das Phänomen zunächst *pathologische Trauer* (Horowitz, Bonanno & Holen 1993). Prigerson et al. nutzten in den 1990er-Jahren zunächst die Definition *komplizierte Trauer* (Prigerson et al., 1995) und später (1997-2001) wurde in den Veröffentlichungen vor allem von *traumatischer Trauer* gesprochen (Prigerson et al., 1997). Durch die traumatischen Ereignissen des 11. September 2001 in New York entschied sich die Forschergruppe von Prigerson et al., wieder zu dem Begriff der *komplizierten Trauer* zurückzukehren, da die Terminologie „traumatisch“ zu sehr mit der posttraumatischen Belastungsstörung in Verbindung gebracht worden sei. Im Jahre 2007 entschied sich die Forschergruppe von Prigerson und Kollegen erneut zu einer Umbenennung der Terminologie (Prigerson et al., 2009). In neueren Veröffentlichungen wurde der Begriff der „*prolonged grief*“ (*prolongierten Trauer*) verwendet. Im deutschsprachigen Raum hat sich seit Kurzem der Begriff der *anhaltenden Trauerstörung* etabliert. Die häufigen Wechsel der Begrifflichkeit waren der Findung eines einheitlichen Diagnosekriteriums nicht förderlich und verursachten Verwirrung sowohl bei Wissenschaftlern und Praktikern als auch bei Betroffenen.

Was ist eine normale Trauer?

Die Trauer um eine verstorbene Person verläuft individuell und wird von multifaktoriellen Einflussfaktoren mitbestimmt. Der Versuch, eine allgemeingültige Normierung der nicht pathologischen Trauer empirisch zu definieren, fällt nach wie vor schwer. Der normale Trauerprozess nach dem Tod einer nahestehenden Person beinhaltet eine Reihe von meist als belastend empfundenen Symptomen wie beispielsweise Trennungsschmerz, Traurigkeit und sozialer Rückzug. Der normale Trauerprozess wird durch die Todesumstände, die Beziehung zur verstorbenen Person und durch intrapsychische und soziale Faktoren beeinflusst.

Trauer im DSM-5

Entgegen der vorangegangenen Erwartung wurde die vorgeschlagene Diagnose der anhaltenden Trauerstörung (Priger-

Diese Ausprägungen können sich durch gesellschaftliche und kulturelle Normen stark unterscheiden (Wagner, 2013a). In

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden nicht beide Geschlechtsformen durchgehend genannt – selbstverständlich sind jedoch immer Frauen und Männer gleichermaßen gemeint.

son et al., 2009) im DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) letztendlich nicht mit in das Klassifikationssystem aufgenommen. Als Begründung wurde eine nicht ausreichende empirische Evidenz angegeben, dass die anhaltende Trauerstörung eine eigenständige klinische Diagnose darstelle. Der damalige Diagnosevorschlag wurde als unzureichender Kompromiss bewertet. In den Medien fand parallel eine öffentliche Diskussion statt, inwieweit trauernde Menschen psychisch krank seien. Als Konsequenz aller Bedenken wurde der Diagnosevorschlag für die Edition des DSM-5 (APA, 2013) schließlich verworfen. Hingegen wurden einschneidende Veränderungen im Hinblick der Diagnose einer Depression nach einem Todesfall hinzugefügt. Seit der Ausgabe des DSM-III beinhaltete die Diagnose der Depression ein Ausschlusskriterium für Trauer. Eine Depression konnte demzufolge nicht diagnostiziert werden, wenn die Symptome durch eine Trauerreaktion erklärt werden konnten. In den folgenden Revisionen des DSM-III-R und DSM-IV wurde das Ausschlusskriterium ausgeweitet, indem eine Depressionsdiagnose auch dann bei einer Trauerreaktion gegeben werden konnte, sofern die Symptomatik länger als zwei Monate vorhanden war. Dieses Ausschlusskriterium sollte den normalen Trauerverlauf berücksichtigen, um Trauernde nicht zu pathologisieren. Im DSM-5 wurde indessen das Ausschlusskriterium von Trauer bei der Depressionsdiagnose aufgehoben und der Trauerreaktion somit ein neuer Platz im DSM-5 zugeordnet. Anstelle einer eigenständigen Diagnose einer Trauerstörung wurde die Diagnose für die Depression erweitert. Das bedeutet, dass Trauernde nun gemäß der DSM-5-Diagnosekriterien für eine Major Depression bereits zwei Wochen nach dem Tod einer nahestehenden Person eine Depressionsdiagnose erhalten können. Die Aufhebung des Exklusionskriteriums der Depression ist in vielerlei Hinsicht problematisch. Zum einen ist das Risiko, relativ früh im Trauerprozess die Fehldiagnose einer Depression zu erhalten, sehr hoch. Die Gefahr der Vergabe von ausufernden falsch positiven Diagnosen wurde von vielen Kritikern erwähnt und diskutiert (Fox & Jones, 2013).

Trauer und Depression sind sehr komplexe psychische Phänomene, die sich zum Teil in ihren Symptomen überlappen, aber auch deutlich voneinander unterscheiden. Der wesentliche Unterschied zwischen einer anhaltenden Trauerstörung und einer Depression liegt in der Zeitdauer einer normalen Trauerreaktion. Während bei den meisten Trauernden die Schwere der Trauersymptomatik nach einiger Zeit graduell abnimmt, werden bei der Depression mitunter ein längerer Verlauf der depressiven Episoden beobachtet (Fox & Jones, 2013). Typische Symptome der Depression wie beispielsweise negative Selbstabwertung, motorische Verlangsamung, Gefühle von Wertlosigkeit werden bei Trauernden deutlich seltener gefunden. Allerdings sind die empirischen differentialdiagnostischen Befunde zur Trauer und Depression uneinheitlich. Während die Arbeitsgruppe von Boelen und Kollegen (Boelen, van de Schoot, van den Hout, de Keijser & van den Bout, 2010; Boelen, van den Bout & de Keijser, 2003; Boelen & van den Bout, 2005) deutliche Unterschiede zwischen der Trauer und der Depression in ih-

ren Studien fanden, konnten andere Forschergruppen keine diagnostischen Unterschiede nachweisen (Zisook & Kendler, 2007). Des Weiteren kann eine falsche Diagnose einer Depression zu einer inkorrekten Verschreibung von Antidepressiva führen, im Versuch, die eigentlichen Trauersymptome zu behandeln. Das ist dahingehend problematisch, da es kaum nachgewiesene Wirksamkeit für Antidepressiva bei einer Trauerstörung gibt (Bui, Nadal-Vicens & Simon, 2012; Reynolds et al., 1999).

Forschungsdiagnose „persistierende komplexe Trauerstörung“

Ergänzend wurde im DSM-5 als Appendix die „*persistierende komplexe Trauerstörung*“ als Forschungsdiagnose aufgenommen. Der Begriff wurde explizit als Forschungsdiagnose neu geschaffen, um sich bewusst nicht an vorangegangene Konstrukte und Denkschulen (z. B. prolongierte Trauer, komplizierte Trauer, traumatische Trauer) anzulehnen. Diese neue Forschungsdiagnose berücksichtigte sowohl Symptomcluster aus der vorgeschlagene Validierungsstudie für die ICD-11 (Prigerson et al., 2009) als auch Symptome aus einer Validierungsstudie mit einer klinischen Studienpopulation, welche bereits an einer Form der pathologischen Trauer litten (Simon et al., 2011). Einen wesentlichen Unterschied im Vergleich zum ICD-11-Diagnosevorschlag stellt das Zeitkriterium dar. Während bei dem Vorschlag der ICD-11 mindestens sechs Monate nach dem Verlust vergangen sein sollten (Prigerson et al., 2009), liegt das Zeitkriterium bei der Forschungsdiagnose des DSM-5 bei zwölf Monaten nach dem Verlust.

Diagnosevorschlag für die ICD-11

In der bisherigen Edition der ICD-10 sind Diagnosen aufgrund einer pathologischen Trauerreaktion nur begrenzt möglich, und die meisten Diagnosen im Symptompektrum der Trauer wurden bisher als Anpassungsstörung, Depression oder posttraumatische Belastungsstörung vergeben (siehe Infokasten 1).

Vergleichbar mit der Diskussion um die Aufnahme der anhaltenden Trauer im DSM-5 gibt es derzeit parallele Bestrebungen, die anhaltende Trauerstörung in der kommenden ICD-11 zu inkludieren (Maercker et al., 2013a; Maercker et al., 2013b). Die anhaltende Trauerstörung als neuer Diagnosevorschlag der ICD-11 legt einen Schwerpunkt auf zeitlich länger andauernde Trauerreaktionen (Boelen & Prigerson, 2007; Prigerson et al., 2009). Die Trauernden erleben starkes Verlangen und Sehnsucht nach der verstorbenen Person, welches über einen längeren, mindestens sechs monatigen Zeitraum anhält (Prigerson et al., 2009). Der Übergang von der akuten Trauerphase zur integrierten Trauer gelingt bei dieser Betroffenen-gruppe nicht, und die trauernden Personen bleiben dauerhaft in der akuten Trauerphase haften (Zisook et al., 2014). Der bisherige Vorschlag für die anhaltende Trauerstörung entspricht

Infokasten 1: Trauerreaktionen in der ICD-10

Bisher wurden pathologische Trauerreaktionen in der ICD-10 vorwiegend unter der Anpassungsstörung (F43.28) diagnostiziert. Bei der Anpassungsstörung werden implizit Trauerfälle mit eingeschlossen. Des Weiteren konnten mit der Z-Kodierung diejenigen Fälle berücksichtigt werden, in denen Probleme und Schwierigkeiten des Patienten gegeben sind (z. B. durch Trauerfälle) und den Gesundheitszustand negativ beeinflussen. Die ICD-10 hat mit der Kodierung „Z63.4 Verschwinden oder Tod eines Familienangehörigen, Vermuteter Tod eines Familienangehörigen“ eine Möglichkeit der Klassifizierung geschaffen, die allerdings keinen Krankheitswert im Sinne einer psychischen Störung darstellt.

weitestgehend den diagnostischen Kriterien des ursprünglichen Diagnosevorschlags von Prigerson et al. (2009) (siehe Infokasten 2).

Vorteile einer Diagnose einer anhaltenden Trauerstörung

Die Argumente für die Aufnahme einer anhaltenden Trauerstörung in die ICD-11 richten sich insbesondere auf die frühe Identifizierung derjenigen aus, welche an einer anhaltenden Trauerstörung leiden. Dieser Trauergruppe sollte entsprechende psychologische Unterstützung angeboten werden, um eine chronische Entwicklung der Trauersymptomatik zu verhindern. Nicht verarbeitete Trauer kann nicht nur langfristige psychische Störungen zur Folge haben, sondern auch somatische Erkrankungen (z. B. Herzerkrankungen) (Rostila, Saarela & Kawachi, 2013a) oder eine erhöhte Mortalität aufweisen (Stroebe, 1994). Insbesondere Hinterbliebene von Suizid haben ein vielfach höheres Risiko, ebenfalls an Suizid zu sterben (Rostila, Saarela & Kawachi, 2013b). Weitere wichtige Aspekte eines einheitlichen diagnostischen Kriteriums wäre die Verbesserung von diagnostischen Messinstrumenten und Psychotherapieangeboten. Seit 1999 wurden insgesamt fünf Metaanalysen und systematische Reviews veröffentlicht, welche die Wirksamkeit von Trauerinterventionen untersuchten. Tatsächliche Behandlungseffekte konnten nur eingeschränkt nachgewiesen werden (Wagner, 2013b). Die Ergebnisse zeigten, dass unspezifische Trauerinterventionen nur einen schwachen bis keinen Behandlungseffekt erzielen konnten. Das heißt, aus wissenschaftlicher Sicht konnte keine generelle Wirksamkeit von Trauerinterventionen nachgewiesen werden. Dagegen erzielten Interventionen dann mittelstarke Behandlungseffekte, wenn sie sich spezifisch an Trauernde richten, welche bereits an einer anhaltenden Trauerstörung litten. Präventionsinterventionen und Trauerinterventionen, die sich an alle Trauernden ausrichteten, zeigen hingegen keine Therapiewirksamkeit (Schut, Stroebe, van den Bout & Terheggen, 2001; Currier, Neimeyer & Berman, 2008; Wittouck, van Autreve, de Jaegere, Portzky & van Heeringen, 2011) bis hin zu einem negativen Behandlungseffekt (Neimeyer, 2000).

Infokasten 2: Diagnosevorschlag für die ICD-11 – Anhaltende Trauerstörung

- A. Das Diagnostische Kriterium für die anhaltende Trauerstörung ist dann erfüllt, wenn die Trauersymptomatik sich durch den Tod einer nahestehenden Person entwickelt hat.
- B. Eine anhaltende Trauerstörung kann nur dann diagnostiziert werden, wenn die Trauerreaktion außerhalb der normativen Erwartungen des kulturellen Kontextes der Person liegen (mindestens also sechs Monate nach dem Tod).
- C. Trennungsschmerz: das Gefühl von starker Sehnsucht und Suchen nach der verstorbenen Person, welches sowohl körperliches als auch emotionales Leiden fast täglich hervorruft.
- D. Psychosoziale Schwierigkeiten: Die Belastungen haben klinischen Krankheitswert und behindern die betroffene Person in allen wichtigen Lebensbereichen.
- E. Zusätzlich sollten fünf oder mehr der folgenden Symptome täglich oder zu einem beeinträchtigenden Ausmaß auftreten
 - Unsicherheit bezüglich der eigenen Gefühle oder der Rolle im Leben
 - Schwierigkeiten, den Verlust zu akzeptieren
 - Vermeidung von Erinnerungen an den Verlust
 - Unfähigkeiten, anderen Menschen seit dem Verlust zu vertrauen
 - Gefühl von Verbitterung und Wut im Bezug auf den Verlust
 - Schwierigkeit, mit dem Leben voranzugehen
 - Emotionale Taubheit
 - Einsamkeitsgefühle und Sinnlosigkeit seit dem Tod
 - Gefühl von Schock und Erstarrung seit dem Verlust

(Jordan & Litz, 2014; Maercker et al., 2013a; Prigerson et al., 2009)

Kritik an der anhaltenden Trauerstörung als psychische Erkrankung

Obwohl inzwischen eine Reihe von Studien aufzeigen konnte, dass sich die anhaltende Trauerstörung differentialdiagnostisch von anderen Störungsbildern unterscheidet, gibt es auch Kritik an einer zukünftigen Diagnose in der ICD-11. Ein Aspekt, über den es nach wie vor Unklarheit gibt, betrifft den qualitativen Unterschied zwischen der normalen Trauer und einer anhaltenden Trauerstörung. Obwohl immer wieder die Aussage gemacht wird, dass sich die anhaltende Trauerstörung durch ein einzigartiges Symptomcluster von anderen Störungsbildern unterscheidet (Lichtenthal, Cruess & Prigerson, 2004), gibt es dennoch Einigkeit darüber, dass sich die anhaltende Trauerstörung qualitativ nicht von der normalen Trauer unterscheidet (Wagner, 2013a; Wakefield, 2013). Alle Symptome, welche in den vorgeschlagenen diagnostischen Kriterien aufgelistet sind (Holland, Currier & Gallagher-Thomp-

son, 2009), können auch in den ersten Wochen und Monaten nach dem Tod einer nahestehenden Person auftreten. Der einzige Unterschied scheint tatsächlich das vorgegebene Zeitkriterium von mindestens sechs Monaten nach dem Tod zu sein. Zwar wird eine Berücksichtigung der sozialen und kulturellen Normen eingeräumt (Maercker et al., 2013a), dennoch stellt sich hier die Frage, inwieweit ein solcher kultureller und sozialer Kontext quantifiziert werden kann. Eine Fallvignetten-Feldstudie der WHO untersuchte mit Studienteilnehmern aus verschiedenen internationalen Berufsgruppen aus dem Bereich Mental Health ($N = 1.789$), inwieweit eine anhaltende Trauerstörung von einer normaler Trauer durch die Teilnehmer diagnostiziert werden konnte (Keeley et al., 2015). Die Teilnehmer zeigten deutliche Schwierigkeiten bezüglich der Diagnosevergabe, inwieweit in der dargestellten Fallvignette die Trauerreaktion eine kulturell bedingte normale Trauerreaktion war oder eine klinisch relevante anhaltende Trauerstörung präsentierte.

Das Zeitkriterium von mindestens sechs Monaten nach dem Verlust stellt in vielen Diskussionen einen wesentlichen Kritikpunkt der anhaltenden Trauerstörung dar. Dieses Zeitkriterium impliziert die Annahme, dass einem länger andauernden Trauerprozess ein Störungsprozess zugrunde liegt. Bedeutet ein längerer Trauerprozess deswegen eine dysfunktionale Anpassung an die veränderte Lebenssituation? Die Trauerverarbeitung kann ein langwieriger Prozess sein, der mit einem wissenschaftlichen *Cut-off-Wert* von sechs Monaten nicht alle Trauergruppen repräsentiert. Obwohl die meisten Trauernden eine deutliche Abnahme der Trauersymptomatik innerhalb der ersten sechs Monate bei sich wahrnahmen (Prigerson et al., 2009), basiert dieses Zeitkriterium vorwiegend auf der Validierungsstudie, welche mit älteren Witwern und Witwen (84%) durchgeführt wurde, die im Durchschnitt 62 Jahre alt waren. Nicht berücksichtigt wurden traumatische Todesfälle, jüngere Altersgruppen, der Verlust eines Elternteils oder Geschwisters in der Kindheit oder der Tod eines Kindes. Zahlreiche Studien zu spezifischen Trauergruppen verdeutlichen, dass der Verlust eines Kindes oder Elternteils langfristige Trauerreaktionen bedeuten kann (siehe Tabelle). Dies wirft generell die Frage auf, inwieweit eine Diagnose einer anhaltenden Trauerstörung unter Berücksichtigung des Zeitkriteriums zu rechtfertigen ist, wenn die Mehrheit der Betroffenen eine solche Diagnose erhalten würde. Oder wäre es nicht eher ein Beleg dafür, dass für bestimmte Trauergruppen ein normaler langfristiger Trauerprozess zu erwarten ist, ohne dass dieser pathologisiert werden sollte? Bei dem derzeitigen Diagnosevorschlag besteht die Gefahr, dass zu viele falsch positive Diagnosen vergeben werden. Dies betrifft insbesondere spezifische Trauergruppen – wie beispielsweise trauernde Eltern, trauernde Geschwister und Trauernde, die traumatische Todesfälle erlebt haben.

Einen weiteren Kritikpunkt an einer Diagnose einer anhaltenden Trauerstörung stellen methodische Aspekte dar, welche bisher nur begrenzt berücksichtigt wurden. Die diagnostischen Kriterien für die anhaltende Trauerstörung wurden maßgeblich durch ein Messinstrument, dem *Inventory of*

Autoren	Trauergruppe	Zeit seit Verlust	Trauerverarbeitung
Lannen et al. (2008)	Trauernde Eltern	4-9 Jahre	26% Tod nicht verarbeitet 23% ein wenig verarbeitet
Dyregrov et al. (2003)	Trauernde Eltern nach Verlust durch gewaltsame und unerwartete Todesfälle	18 Monate	57-78% traumatische Trauer
Dijkstra (2000)	Trauernde Eltern	20 Monate	komplizierte Trauer: 50% Väter 75% Mütter
Lin & Lasker (1996)	Trauernde Eltern nach pränatalem Verlust	2 Jahre	59% chronische Trauer
Melhem et al. (2011)	Trauernde Jugendliche nach dem Verlust eines Elternteils	12 Monate 3 Jahre	31% langsame Abnahme der Trauersymptomatik 10% anhaltende Trauersymptomatik
Bylund-Grenklo et al. (2016)	Trauernde Jugendliche nach dem Verlust eines Elternteils	6-9 Jahre	49% unverarbeitete Trauer
Herberman Mash et al. (2013)	Trauernde Geschwister	3 Jahre	57% komplizierte Trauer
Dyregrov et al. (2014)	Trauernde Geschwister	18 Monate	75% komplizierte Trauer

Tabelle: Zeitkriterium nach spezifischen Trauerfällen

Complicated Grief (Prigerson et al., 1995) erfasst. Das bedeutet, dass diese limitierte Zusammenstellung von Symptomen eventuell wichtige andere Bereiche einer Trauerstörung vernachlässigt hat (Shear et al., 2011). Dies betrifft beispielsweise Berücksichtigung der Todesumstände oder die Beziehung zur verstorbenen Person. In der Vergangenheit wurden zahlreiche Denkschulen von nicht normalen Trauerreaktionen beschrieben (z. B. „traumatische Trauer“, „komplizierte Trauer“, „pathologische Trauer“), dennoch scheint eine theoriebasierte Herangehensweise, welche spezifische Todesumstände, den Zusammenhang von Trauer und posttraumatischer Belastungsstörung, altersbezogene Traueraspekte sowie die Beziehung zur verstorbenen Person berücksichtigt, noch nicht entwickelt worden zu sein (Kaplow, Layne & Pynoos, 2014).

Diskussion

Die Entscheidung, dass im DSM-5 vor drei Jahren die anhaltende Trauerstörung nicht als eigenständige Diagnose aufgenommen wurde, kann sowohl als Weckruf, aber auch als Neustart

bewertet werden. Auf der einen Seite wurde ein deutliches Signal gegeben, dass die empirische Evidenz für ein eigenständiges diagnostisches Kriterium nicht ausreichend zufriedenstellend gewesen ist. Mit der Aufnahme der „*persistierenden komplexen Trauerstörung*“ in den Appendix als Forschungsdiagnose wurde zeitgleich eine neue Aufforderung formuliert, das Konzept der „*pathologischen Trauerreaktion*“ neu zu überdenken und empirisch abermals zu überprüfen. Was kann aus der Erfahrung des DSM-5 im Hinblick auf die ICD-11 gelernt werden? Das diagnostische Kriterium der anhaltenden Trauerstörung beruht zunächst auf der gleichen Validierungsstudie wie seinerseits der Diagnosevorschlag für den DSM-5 (Prigerson et al., 2009). Das heißt, einige der unbeantworteten Fragestellungen, welche beim DSM-5 zur Ablehnung führten, sind nach wie vor nicht ausreichend empirisch belegt.

Zwar zeigen die empirischen Daten, dass sich die anhaltende Trauerstörung von anderen psychischen Erkrankungen (z. B. Depression, posttraumatische Belastungsstörung und Anpassungsstörung) differentialdiagnostisch unterscheidet, dennoch fehlt nach wie vor eine ausreichende empirische Grundlage für die Differenzierung zwischen einer intensiven normaler Trauersymptomatik und einer anhaltenden Trauerstörung. Der einzige Unterschied ist, dass sich bei der anhaltenden Trauerstörung die Symptome im Lauf der Zeit weniger abschwächen (Wakefield, 2012). Dennoch sollte das Zeitkriterium von sechs bis zwölf Monaten als *Cut-off* für eine psychische Störung nach wie vor diskutiert werden. Wakefield (2012) ist einer der prominentesten Kritiker der Diagnose einer anhaltenden Trauerstörung. Er argumentiert, dass Trauererläufe auch langsamer (mehr als zwölf Monate) verlaufen können, ohne dass dies als pathologisch zu bezeichnen wäre. Er bestreitet das Vorhandensein der „*Unabänderlichkeits-Hypothese*“. Die „*Unabänderlichkeits-Hypothese*“ geht davon aus, dass Trauersymptome, welche nach sechs bis zwölf Monaten noch intensiv erlebt werden, nicht mehr von selbst graduell abnehmen und somit zu einem *Cut-off* für eine psychische Störung werden. Dennoch zeigten Studien, dass auch bei den meisten der langsamen Trauererläufe die Symptome im Laufe der Monate langsam abnehmen können (Bonanno et al., 2002; Horowitz, Siegel, Holen, Bonnano, Milbrath & Stinson, 1997; Maciejewski et al., 2007). Wakefield (2012) sieht es als problematisch an, dass die anhaltende Trauerstörung letztendlich Schwellenwerte für die Trauerzeit einschließt, welche noch innerhalb unserer kulturellen und traditionellen Vorstellung von einer intensiven Trauerzeit liegen (Wakefield, 2012). Die Diskussion um das Zeitkriterium wirft generell die Frage auf, wie lange Trauer in unserer modernen Gesellschaft dauern darf? Viele Rituale haben in der heutigen Zeit ihre Bedeutung verloren und Trauernden wird immer weniger Zeit gegeben, ihren Verlust zu verarbeiten. So ist der Anspruch auf Sonderurlaub nach einem Todesfall häufig von Verwandtschaftsgraden und dem Arbeitgeberverhältnis abhängig. In der Regel stehen Betroffenen nach dem Verlust eines Kindes oder Ehepartners zwei Tage Sonderurlaub zu. Längere Fehlzeiten werden meistens durch die ärztliche Krankschreibung geregelt. Dies zeigt auch das Dilemma

in der Diskussion um eigenständige diagnostische Kriterien für die Trauer auf.

Weitere wichtige Aspekte sollten in der zukünftigen Forschung der anhaltenden Trauerstörung als eigenständiges Kriterium Berücksichtigung finden. Dazu gehört die Differenzierung der Forschung in altersentsprechende und gruppenspezifische Kategorien und entsprechende Testverfahren. Ein 17-jähriger Jugendlicher, der seine Mutter durch einen Verkehrsunfall oder Suizid verliert, hat unter Umständen einen anderen entwicklungsbedingten Trauerprozess als eine 65-jährige Witwe nach 30 Ehejahren. Bisher gibt es nur sehr wenige Langzeitstudien, die sich differenziert mit den spezifischen Trauergruppen und deren Trauerverläufen beschäftigen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Forschungsbestrebungen in den vergangenen 20 Jahren wichtige Arbeiten im Hinblick auf Trauerprozesse und Konzeptualisierung von Trauer hervorgebracht haben. Es sind sich die meisten darüber einig, dass es betroffene Trauernde gibt, welche selbst nach vielen Jahren nach wie vor in ihrer intensiven Trauersymptomatik verhaftet sind. Häufig sind dies Patienten, welche schon vor dem Tod eine konfliktreiche Beziehung zur verstorbenen Person aufzeigten oder bei denen unverarbeitete traumatische Aspekte eine graduelle Trauerverarbeitung verhinderten. Für diese Patienten ist es wichtig, geeignete Messinstrumente und verbesserte Behandlungsoptionen zu entwickeln. Der aktuelle Forschungsstand zeigt allerdings auch die Lücken auf, für die es noch weiteren Forschungsbedarf gibt. Dies betrifft insbesondere das Zeitkriterium von sechs bis zwölf Monaten und die Normierung von normaler Trauer abhängig vom soziokulturellen Hintergrund.

Literatur

Die Literaturangaben zu diesem Artikel finden Sie auf der Internetseite der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de



Prof. Dr. Birgit Wagner

Medical School Berlin
Villa Siemens
Calandrellistraße 1-9
12247 Berlin
birgit.wagner@medicalschooll-berlin.de

Prof. Dr. phil. Birgit Wagner ist Professorin für Klinische Psychologie und Verhaltenstherapie an der Medical School Berlin und Psychologische Psychotherapeutin. 2007 erhielt sie für ihre Arbeit den Forschungspreis der Deutschen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). Ihre Forschungs- und Therapieschwerpunkte sind die Traumafolgestörungen mit einem Schwerpunkt auf die anhaltende Trauerstörung und internet-basierter Psychotherapie. Sie ist im wissenschaftlichen Beirat des Bundesverbandes verwaiste Eltern und trauernde Geschwister Deutschland e. V.