

Zum Verlauf ‚normalen‘ Trauerns: Verlusterleben in Abhängigkeit von seiner Dauer

Joachim Wittkowski und Rainer Scheuchenpflug

Universität Würzburg

Email: j.wittkowski@psychologie.uni-wuerzburg.de

Please cite as:

Wittkowski, J., & Scheuchenpflug, R. (2015). Zum Verlauf „normalen“ Trauerns. Verlusterleben in Abhängigkeit von seiner Dauer. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23(4), 169-176. DOI: 10.1026/0943-8149/a000145

Zusammenfassung

Gegenstand der Untersuchung ist die Frage, ob bei Erwachsenen Unterschiede in der Ausprägung verschiedener Aspekte des Trauerns in Abhängigkeit von der Dauer des Trauerprozesses bestehen. Bei einer Stichprobe von 521 trauernden Personen, die das Würzburger Trauerinventar bearbeiteten, zeigt sich innerhalb der ersten zwei Jahre nach Verlust für akute emotionale und kognitive Beeinträchtigungen (BEEIN) sowie für das Empfinden der Nähe zur verstorbenen Person (NÄHE) ein umgekehrt u-förmiger Verlauf mit nachfolgend weiterer Abnahme. Frauen weisen in beiden Skalen höhere Werte auf als Männer. Deskriptiv zeigt sich für Persönlichkeitsentwicklung/Wachstum (WACHS) sowie Empathie für andere (EMPATH) nach einem anfänglichen Absinken eine kontinuierliche Intensitätszunahme über einen Zeitraum von zwei Jahren hinaus. Die Ergebnisse werden u.a. im Kontext des Konzepts der fortdauernden Bindungen diskutiert, und es werden Schlussfolgerungen für die klinische Praxis aufgezeigt.

Schlagwörter: Trauer—Trauerprozess—Würzburger Trauerinventar- fortdauernde Bindungen.

Abstract

The study explored whether adults show differences in various dimensions of grief depending on the time since loss. A sample of 521 bereaved Germans who filled in the Würzburg Grief Inventory showed for acute emotional and cognitive impairments (IMPAIR) and the sense of nearness to the deceased (NEAR) an inverted u-shaped development within the first 2 years after loss with a subsequent decline. Women have higher scores than men in both scales. As a tendency, personality development/growth (GROWTH) and empathy for others (EMPATH) after an initial decline both show a steady increase that exceeds the span of two years. Results are discussed, among others, with respect to the concept of continuous bonds and consequences for clinical practice are outlined.

Key words: Bereavement outcome—continuous bonds-grief-Würzburg Grief Inventory.

Trauern wird allgemein als komplexe ganzheitliche Reaktion eines Menschen auf den Verlust einer Bezugsperson, einer Sache oder einer Idee von großer subjektiver Bedeutung aufgefasst (Bonanno, 2001; Parkes & Prigerson, 2010). Wenngleich prinzipiell auch andere verlorene Objekte Gegenstand des Trauerns sein können, wird Trauer in Forschung und Praxis ganz überwiegend im Kontext des Verlusts einer Bezugsperson durch deren Tod gesehen.

Es besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass es sich bei der Trauer um ein mehrdimensionales Prozessgeschehen handelt (Center for the Advancement of Health, 2004; M. S. Stroebe, Hansson, Schut, & Stroebe, 2008). Objektive Merkmale des Todesfalls, die dieses Prozessgeschehen beeinflussen, sind u.a. die Lücke im Familiengefüge, das Verwandtschaftsverhältnis zum Verstorbenen und die Art des Todes (z.B. Krankheit, Unfall). Auf der intrapsychischen Ebene gibt es affektive und kognitive Reaktionen auf den Verlust sowie deren somatische Begleiterscheinungen (z.B. Herzrasen, Schlaflosigkeit). Die subjektiven Ausdrucksformen der Trauer bestehen im affektiven Bereich u.a. in Angst, gedrückter Stimmung, dem Gefühl der Einsamkeit, Empfindungslosigkeit, Schuldgefühlen, Sehnsucht, Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung und Wut, aber auch in Freude und Erleichterung. Im kognitiven Bereich herrschen gedankliche Beschäftigung mit der verstorbenen Person, die subjektive Gewissheit von deren Gegenwart, das Empfinden der Unwirklichkeit sowie Erinnerungs- und Konzentrationsstörungen vor. Die Unterscheidung von affektiven und kognitiven Reaktionen ist in gewissem Maß artifiziell, tatsächlich bestehen vielfältige Überschneidungen. Auf der Ebene des manifesten Verhaltens geht es u.a. um das Tragen bestimmter Kleidung, um die Art der Bestattung, um Grabpflege und Gedenkrituale.

Die Reaktion eines Menschen auf den Verlust einer bedeutenden Bezugsperson durch deren Tod lässt sich auch als Vorgang der Anpassung an eine neue innere und äußere

Lebenssituation, der hinsichtlich seiner Dauer variiert. Parkes und Prigerson (2010, p. 7) nennen Benommenheit, Herbeisehnen der verstorbenen Person, Desorganisation des Verhaltens in Verbindung mit Verzweiflung sowie Akzeptieren als die wesentlichen Stationen dieses Prozesses.

Erkenntnisse über den Verlauf des Trauerprozesses stammen aus Längsschnittstudien, bei denen zu mehreren Erhebungszeitpunkten psychometrische Verfahren über einen Zeitraum von bis zu vier Jahren eingesetzt wurden, sowie aus verschiedenen Phasenmodellen, die auf klinischen Beobachtungen gründen. Demnach gibt es deutliche Veränderungen im Erleben und Verhalten nach einem Verlust bei intra- und interindividuell großer Variabilität und mithin kein einheitliches, allgemein gültiges Bild des Trauerverlaufs. Die Zeit seit dem Todesfall ist ein starker Prädiktor für die Stärke der Trauersymptomatik (Feigelman, Jordan, & Gorman, 2008-09) bzw. für die Anpassung während der ersten zwei Jahre des Trauerns. Gut belegt ist die Abnahme krisenhafter psychischer und körperlicher Beeinträchtigungen wie Schockzustand, Benommenheit, depressive Stimmungslage, Angstzustände (Archer, 1999, pp. 97ff; Feigelman, et al., 2008-09; Volkan & Zintl, 2000; Wijngaards-de Meij et al., 2005). Daneben gibt es aber auch die Zunahme positiver Merkmale wie Frohsinn, Zuversicht und emotionaler Stabilität (Farberow, Gallagher-Thompson, Gilewski, & Thompson, 1992).

Eine neuere prospektive Studie an einer Stichprobe von N = 205 verwitweten Personen über drei Jahre vor und zwei Jahre nach Eintritt des Verlusts ergab fünf Trauerverläufe (Bonanno, Boerner, & Wortman, 2008): Gewöhnliche Trauer bzw. Erholung; stabile schwache Beeinträchtigung bzw. ausgeprägte Resilienz; Depression, gefolgt von Erholung; chronisches Trauern; chronische Depression. Insgesamt zeigte sich bei mehr als der Hälfte der Probandinnen und Probanden schwache Depression im Verlauf des zweijährigen Trauerprozesses.

Von besonderem Interesse für Forschung und Praxis sind differentielle Veränderungen während des Trauerprozesses. So lassen Benommenheit, Niedergeschlagenheit und Angst vergleichsweise rasch nach, Unruhe, Suchen nach und gedankliche Beschäftigung mit dem Verstorbenen sowie Schuldgefühle nehmen hingegen langsamer ab (Archer, 1999, pp. 97ff; W. Stroebe & Stroebe, 2005). Unterschiede im Verlauf des Trauerns ergeben sich auch in Abhängigkeit von einer bereits vorher bestehenden Symptomatik (z.B. Depression; Bonanno, et al., 2008) sowie von moderierenden Faktoren. Rubins (1992) Two-Track Model of Bereavement postuliert die Abnahme von Funktionsbeeinträchtigungen bei Bestehenbleiben von Gedanken und Gefühlen, die mit der Bindung an die verstorbene Person zu tun haben. Das Zwei-Prozess-Modell der Bewältigung der Trauer von M. Stroebe und Schut (1999) sieht die Oszillation von Verlustorientierung und Erholungsorientierung vor, wobei erstere allmählich ab- und letztere zunimmt. In beiden Modellen gibt es eine Komponente, für die Intensitätsminderung anzunehmen ist (Funktionsbeeinträchtigungen bzw. Verlustorientierung) und eine später einsetzende Komponente, für die man Intensitätszunahme erwarten würde (Bindung an die verstorbene Person bzw. Erholungsorientierung).

Die meisten trauernden Menschen erreichen im Laufe der Zeit, üblicherweise nach ein bis zwei Jahren, die Wiederherstellung von Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit, wenngleich sie in bestimmten Hinsichten verändert bleiben. In einer kleineren Zahl der Fälle kommt es zu komplizierter (auch: abnormer, pathologischer, problematischer) Trauer, deren Charakteristikum in der klinisch bedeutsamen Abweichung hinsichtlich Intensität und Dauer allgemeiner und spezifischer Symptome von der jeweiligen kulturellen Norm der trauernden Person besteht und zu einer nachhaltigen Beeinträchtigung im sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen führt (Middleton, Raphael, Martinek, & Misso, 1993;

Znoj, 2004). Trauern ist daher grundsätzlich mit dem Risiko einer somatischen, psychischen oder sozialen Anpassungsstörung verbunden (Becker & Bengel, 2009).

Trauer weist nicht ausschließlich beeinträchtigende Merkmale auf, die mittel- und langfristig an Intensität abnehmen. Vielmehr gibt es Belege für einen Zugewinn an positiven Erlebensebenen als Resultat eines kritischen Lebensereignisses im Allgemeinen wie auch des Trauerns im Besonderen. Persönliches Wachstum nach einem Verlust kann u.a. in einer größeren Wertschätzung des eigenen Lebens, in verbesserter Empathiefähigkeit sowie in einem Zuwachs an innerer Stärke und Selbstvertrauen zum Ausdruck kommen (Davies, 2008; Volkan & Zintl, 2000, S. 45f.) – Merkmale, die auch mit dem Würzburger Trauerinventar (WüTi) erfasst werden.

Die Dauer des Trauerns entspricht der Zeitspanne, die seit dem Eintritt des Verlusts vergangen ist. In diesem Zeitraum verändern sich die Trauerreaktionen in ihrer Intensität (quantitativer Aspekt) und hinsichtlich ihrer Art (qualitativer Aspekt). Es kann zu einer Zu- oder Abnahme mehr oder weniger starker Trauersymptome kommen, die unmittelbar nach dem Todesfall aufgetreten sind, jedoch auch zu einem Fluktuieren bei nahezu unveränderter Intensität. Es können aber auch neue Symptome erst nach einem längeren Zeitraum erscheinen. Es ist daher von vornherein mit dem differentiellen Auftreten bzw. Verschwinden von Trauermerkmalen zu rechnen: manche Symptome sind von Anfang an vorhanden, andere treten erst später auf.

Der Trauerprozess wird durch eine Reihe von Merkmalen moderiert, insbesondere durch das Geschlecht des oder der Hinterbliebenen, sein oder ihr Alter sowie durch seine oder ihre Religionszugehörigkeit und Gläubigkeit. Was *Geschlechterunterschiede* im Trauerverhalten betrifft, sind die Art der verlorenen Person (Kind, Ehepartner) sowie kurzfristige versus langfristige Anpassung an den Verlust von Bedeutung. Darüber hinaus können trauerunspezifische Geschlechterunterschiede eine Rolle spielen. So äußern Frauen

generell stärkere Angst, Depression und andere unlustbetonte Gefühle als Männer (Matud, 2004), und sie finden leichter soziale Unterstützung als diese.

Für den Verlust des eigenen Kindes zeigt die Befundlage recht klar, dass Mütter psychisch und körperlich stärkere Trauerreaktionen zeigen als Väter (Archer, 1999, p. 205; Wijngaards-de Meij, et al., 2005). Dieser Unterschied ist besonders ausgeprägt, wenn ein Kleinkind verstorben war, gilt tendenziell aber auch für den Verlust eines älteren Kindes. In ähnlicher Weise eindeutig ist das Bild mit Blick auf den Verlust des Ehepartners. Männer trauern intensiver um ihre verstorbenen Ehefrauen als die Frauen um ihre verstorbenen Ehemänner (W. Stroebe & Schut, 2001; W. Stroebe & Stroebe, 1987, p. 184; 2005). Man kann dies als Ausdruck einer schlechteren Anpassungsfähigkeit der Männer an den Verlust ihrer Ehefrau auffassen.

Bezüglich des *Alters des hinterbliebenen Ehepartners* zeigen die vorliegenden Befunde mit großer Übereinstimmung, dass ältere Witwen und Witwer schwächere Beeinträchtigungen wie Grübeln, Angst, depressive Stimmungslage, gesundheitliche Beschwerden und allgemein eine bessere Anpassung an den Verlust aufweisen als jüngere Verwitwete (Archer, 1999; W. Stroebe & Schut, 2001; W. Stroebe & Stroebe, 1987, pp. 185-187; 2005).

In der englischsprachigen Fachliteratur wird häufig der Begriff "religion" gebraucht, ohne die Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft (Konfession) von Gläubigkeit bzw. Religiosität zu unterscheiden. Auch weitergehende Differenzierungen wie diejenige zwischen intrinsischer und extrinsischer Religiosität (z.B. der Erbauung durch das Ritual des Gottesdienstes; das Gefühl des Aufgehobenseins in der Gemeinschaft Gleichgesinnter) fehlen meist. Seit Kurzem spielt auch das Konzept der Spiritualität eine Rolle. Vor diesem Hintergrund und dem Umstand, dass in vielen Untersuchungen keine Kontrollgruppe vorgesehen war, kann nicht überraschen, dass die Befundlage zur Rolle religiöser

Überzeugungen bei der Bewältigung von Verlusten gemischt ist. Als Tendenz deutet sich an, dass Religiosität die Anpassung an den Verlust des Ehegatten fördert (W. Stroebe & Schut, 2001).

Die vorliegende Untersuchung geht der Frage nach, ob sich bei Erwachsenen Unterschiede in der Ausprägung verschiedener Dimensionen des Trauerns in Abhängigkeit von der Dauer des Trauerprozesses nachweisen lassen. Aufgrund der oben referierten Befunde lässt sich die Erwartung formulieren, dass bei wachsender Distanz zum Eintritt des Verlusts (Trauerzeit) eine Abnahme emotionaler und kognitiver Beeinträchtigungen sowie von Schuldgefühlen bei Zunahme positiver Komponenten wie persönlichem Wachstum und Empathie für andere erfolgt. Dabei werden als Co-Variablen bzw. moderierende Faktoren das Geschlecht und das Alter der trauernden Person sowie ihre Konfession und ihre Religiosität berücksichtigt. Mit dieser Fragestellung will die Studie die Datenbasis und Befundlage auf Personen aus dem deutschsprachigen Raum erweitern und darüber hinaus einen Beitrag zur Validierung des Würzburger Trauerinventars leisten.

Methode

Erhebungsinstrument

Zur Datenerhebung wurde das Würzburger Trauerinventar (WüTi; Wittkowski, 2013) verwendet. Es handelt sich um einen Fragebogen mit 24 Items, die sich aufgrund exploratorischer Faktorenanalysen folgenden Skalen zuordnen lassen: Akute emotionale und kognitive Beeinträchtigungen (BEEIN, 8 Items, $\alpha = .93$); Allgemeine Persönlichkeitsentwicklung/Wachstum (WACHS, 4 Items, $\alpha = .90$); Schuldgefühle/Selbstvorwürfe (SCHULD, 4 Items, $\alpha = .85$); Zunahme von Sensibilität/Empathie für andere (EMPATH, 4 Items, $\alpha = .79$); Nähe zur verstorbenen Person (NÄHE, 4 Items, $\alpha = .68$). Das Testheft enthält in der Kopfzeile den Satzstamm "Ich habe einen Verlust erfahren, weil er/sie nicht mehr lebt. Innerhalb der letzten 14 Tage ..." Dieser Satzstamm wird durch die Items ergänzt (z.B. "... habe ich mit ihm/ihr geredet"). Zur Beantwortung steht die vierstufige Skala "trifft gar nicht - etwas - überwiegend - weitestgehend zu" zur Verfügung. In der Fußzeile einer jeden Seite des Testhefts wird die Probandin oder der Proband gefragt: "Beziehen sich Ihre Angaben auf die vergangenen 14 Tage?" Die Interkorrelationen der Subtests bestätigen die Konstruktvalidität des Verfahrens. Ferner zeigen Korrelationen der Subtests mit der Allgemeinen Depressionsskala (ADS-K; Hautzinger & Bailer, 1993) seine differentielle Validität (Wittkowski, 2013). Das WüTi bildet Trauern als eigenständiges Merkmal ab.

Stichprobe

Die Stichprobe besteht aus $N = 521$ trauernden Personen (124 Männer, 390 Frauen, 7 ohne Angabe des Geschlechts) im Alter von 16 bis 89 Jahren ($M = 45.4$; $SD = 14.1$), die zwischen August 2008 und Oktober 2010 eine Online- ($n = 394$) oder Papierversion ($n = 127$) des WüTi bearbeiteten. Die Anzahl der Probanden unter 18 Jahren beträgt 4, diejenige der Probanden über 80 Jahren beträgt 7.

Tabelle 1

Tabelle 1 zeigt die Verteilung der Merkmale „Schulabschluss“ und „Konfession“ in der Gesamtstichprobe sowie in den Teilstichproben der Männer und Frauen. Bei den Männern und in der Gesamtstichprobe sind Personen mit Hochschulreife überrepräsentiert. Die beiden hier erfassten christlichen Konfessionen sind in der Gesamtstichprobe annähernd gleich verteilt. Personen mit anderer Religionszugehörigkeit als derjenigen zur römisch-katholischen oder zur evangelischen Kirche sind sehr gering vertreten (2.9%). Die Beteiligung an einer Trauergruppe bejahten 166 Probanden (31.9%), 350 verneinten sie, 5 Probanden machten dazu keine Angabe. Ähnliche Zahlen ergaben sich für die Teilnahme an Psychotherapie: 161 Probanden (30.9%) bejahten sie, 355 verneinten sie, 5 machten hierzu keine Angabe.

Der größte Anteil der Befragten trauert um den Verlust eines Kindes (39.9%), an zweiter Stelle steht der Verlust der Ehepartner (17.3%), dicht gefolgt vom Verlust eines Bruders oder einer Schwester (15.7%). Alle anderen Verlustarten sind mit deutlich geringerer Häufigkeit vertreten. Als Todesursache wird am häufigsten Krankheit angegeben (50.8%), zweithäufigste Todesursache sind Unfälle (25.4%) und Suizid (8.1%), weitere Todesursachen wurden nur selten (<7%) genannt. Das Alter der verlorenen Person schwankt zwischen 1 und 96 Jahren ($M = 38.5$; $SD = 25.6$).

Datenaufbereitung

Zur Analyse des Einflusses der Dauer der Trauer wurde die kontinuierliche Variable „Zeit seit Verlust in Monaten“ nachträglich kategorisiert in Akutphase (bei Angabe von weniger als 1 Monat seit Verlust, $n = 12$), 1 bis 6 Monate seit Verlust ($n = 90$), 7-12 Monate

($n = 90$), 13-24 Monate ($n = 52$), 25-36 Monate ($n = 78$), 3-10 Jahre ($n = 143$) und mehr als 10 Jahre ($n = 29$). Ebenso wurde die kontinuierliche Variable „Alter der trauernden Person“ nachträglich kategorisiert in 20-39 Jahre, 40-59 Jahre und 60-80 Jahre.

Ergebnisse

Es zeigen sich deskriptiv deutliche Unterschiede in den Werten der Skalen BEEIN, SCHULD und NÄHE in Abhängigkeit von der Dauer der Trauer (siehe Abbildung 1), die einem umgekehrt u-förmigen Verlauf¹ entsprechen: Personen, bei denen der Verlust weniger als 6 Monate zurück liegt, geben auf diesen Skalen Werte um ca. 8.5 an. Personen in der zweiten Hälfte des ersten Trauerjahres nennen deutlich höhere Werte, während die Angaben bei Personen, deren Verlust mehr als 2 Jahre zurück liegt, deutlich niedriger ausfallen.

Abbildung 1

Ein gegenläufiges Muster im Sinne eines u-förmigen Verlaufs findet sich für die Skalen WACHS und EMPATH. Um einen visuellen Eindruck der Zeitverläufe zu bekommen, sind die Mittelwerte beispielhaft für die Skalen BEEIN und WACHS in Abbildung 2 nochmals mit korrekter Skalierung der Zeitachse, jedoch ohne Fehlerbalken, dargestellt.

Abbildung 2

¹ Im Folgenden verwenden wir häufig die Formulierung "Verlauf" bzw. "Verläufe", wohl wissend, dass es sich angesichts der querschnittlich erhobenen Daten eigentlich um Unterschiede handelt.

Um diese rein deskriptiven Beobachtungen statistisch abzusichern, wurde zunächst eine multivariate Varianzanalyse mit dem Faktor Dauer der Trauer (7 Stufen: 0, 1-6 Mo, 7-12 Mo, 13-24 Mo, 25-36 Mo, 3-10 Jahre, > 10 Jahre; zwischen Probanden) berechnet, auf die univariate Varianzanalysen sowie Post-Hoc-Vergleiche nach Scheffé folgten. Multivariat zeigt sich ein signifikanter Effekt der Trauerdauer auf die Skalenwerte (Pillai-Spur = .107, $F(30, 2320) = 1.70$, $p = .01$, $\eta^2 = .02$). Betrachtet man die Skalen in einzelnen Analysen, wird der Einfluss der Trauerdauer jedoch nur bei BEEIN ($F(6, 464) = 2.56$, $p = .02$, $\eta^2 = .03$) und NÄHE ($F(6, 464) = 4.60$, $p < .0005$, $\eta^2 = .06$) signifikant, nicht aber bei den Skalen WACHS, EMPATH und SCHULD (alle p-Werte > .05). Paarweise Vergleiche der unterschiedlichen Stufen von vergangener Zeit nach Verlust durch Post-Hoc-Tests nach Scheffé ergeben nur bei der Skala NÄHE signifikante Differenzen zwischen den Zeitstufen 7-12 Monaten ($M = 9.56$) und 3-10 ($M = 7.84$, $F(6, 465) = 2.64$, $p = .016$) sowie mehr als 10 Jahren ($M = 6.66$, $F(6, 465) = 3.81$, $p = .001$), also zwischen dem höchsten und den beiden niedrigsten Mittelwerten.

Um zu prüfen, ob diese Zusammenhänge durch die Co-Variablen Geschlecht, Alter der trauernden Person und Konfession der trauernden Person modifiziert werden, wurde eine multivariate Varianzanalyse mit Dauer der Trauer und den vorgenannten Variablen nach einem unvollständigen sequentiellen Modell berechnet, d.h. in das Datenmodell wurden zunächst der Haupteffekt für Dauer der Trauer, dann die Haupteffekte für die Co-Variablen, und am Ende die Zweifachinteraktionen zwischen Trauerdauer und den Co-Variablen eingefügt. Moderieren die Co-Variablen die Verläufe über die Trauerdauer, sollten die Zweifachinteraktionen signifikant werden. Für diese Analyse wurde die Gruppe von 10 Personen ausgeschlossen, die als Konfession „sonstige“ angegeben hatten, da sich sonst leere Zellen im Design ergeben hätten. Multivariat werden nur die Haupteffekte für Dauer der Trauer (Pillai-Spur = .123, $F(30, 1965) = 1.65$, $p = .014$, $\eta_p^2 = .025$) und das Geschlecht

(Pillai-Spur = .061, $F(5,389) = 5.07$, $p < .0005$, $\eta_p^2 = .061$) signifikant, nicht jedoch die Haupteffekte für Alter der trauernden Person (Pillai-Spur = .032, $F(10,780) = 1.26$, $p = .249$) und der Konfession (Pillai-Spur = .041, $F(10,780) = 1.62$, $p = .096$), ebenso wenig wie die Zweifachinteraktionen (alle p -Werte $> .05$). In den univariaten Nachanalysen findet sich der signifikante Haupteffekt für die Dauer des Trauerns bei den Skalen BEEIN ($F(6, 393) = 2.20$, $p = .042$, $\eta_p^2 = .033$) und NÄHE ($F(6, 393) = 4.13$, $p < .0005$, $\eta_p^2 = .059$): Die Skalenwerte steigen nach der Akutphase an, sinken aber mit zunehmender Dauer auf Werte unterhalb des Niveaus in der Akutphase der Trauer (vgl. z.B. die Darstellung für Beeinträchtigung in Abbildung 2).

Ebenso wird der Haupteffekt für Geschlecht nur bei diesen beiden Skalen signifikant (BEEIN: $F(1, 393) = 16.623$, $p < .0005$, $\eta_p^2 = .036$, NÄHE: $F(1, 393) = 12.24$, $p = .001$, $\eta_p^2 = .030$): Frauen nennen höhere Werte als Männer. Zusätzlich findet sich ein signifikanter Haupteffekt der Co-Variablen Konfession, aber nur für die Skala SCHULD ($F(2, 393) = 5.18$, $p = .006$, $\eta_p^2 = .026$): Konfessionslose Trauernde nennen höhere Schuldwerte als Angehörige der beiden großen christlichen Konfessionen (die vierte, sehr kleine Gruppe von Angehörigen sonstiger Religionen wurde wie erwähnt für diese Analyse nicht berücksichtigt). Zweifachinteraktionen wurden auch in den univariaten Nachanalysen nicht signifikant. Dennoch zeigt sich in den Interaktionsdiagrammen ein auffälliges Muster für Personen, die das Instrument unmittelbar nach einem Verlust bearbeiteten ($n = 12$): Hier weichen die Mittelwerte für unterschiedliche Alterskategorien, Geschlechter und Konfessionen bei fast allen Skalen stark voneinander ab.

Diskussion

Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen die eingangs formulierte Erwartung für einige der erfassten Merkmale, führen zugleich aber auch zu einer Differenzierung und Präzisierung. Innerhalb des ersten Jahres nach Eintritt des Verlusts nehmen sowohl emotionale und kognitive Beeinträchtigungen als auch das Empfinden der Nähe zur verstorbenen Person stark zu und in der Folgezeit allmählich ab; nach drei und mehr Jahren ist der Unterschied zum ersten Jahr statistisch signifikant. Dabei weisen Frauen in beiden Merkmalen höhere Werte auf als Männer.

Dieser umgekehrt u-förmige Verlauf emotionaler und kognitiver Beeinträchtigungen innerhalb der ersten zwei Jahre nach dem Verlust und ihr allmähliches Abklingen in der Folgezeit stehen in Einklang mit der umfangreichen Befundlage in der Literatur (siehe die Belege in der Einleitung). In Verbindung mit dem ähnlichen Verlauf, den das Empfinden der Nähe zur verstorbenen Person zeigt, lässt sich zumindest für die ersten drei Jahre des Trauerprozesses eine Übereinstimmung mit Rubins (1992) Two-Track Model of Bereavement einerseits und mit dem gewöhnlichen bzw. „normalen“ Verlauf des Trauerns im Sinne von Bonanno et al. (2008) andererseits feststellen.

Das Merkmal "Nähe zur verstorbenen Person" hat inhaltliche Affinität zum Konzept der fortdauernden Bindungen (Klass, Silverman, & Nickman, 1996). Die WüTi-Items "... habe ich das Gefühl gehabt, dass er/sie in meiner Nähe ist", "... habe ich gehandelt, als ob er/sie noch da wäre", "... habe ich mit ihm/ihr geredet" und "... ist es vorgekommen, dass ich seine/ihre Stimme gehört habe" illustrieren dies. Im Gegensatz zur traditionellen psychoanalytischen Auffassung erfolgt im Trauerprozess keine innere Ablösung vom Verstorbenen, sondern das Fortbestehen einer inneren Beziehung stellt einen wichtigen Bestandteil des (gelingenden) Trauerns dar. Indem die vorliegenden Befunde zwar eine temporäre Zunahme, dann jedoch eine Abnahme des Gefühls der Nähe und weiterhin ihr

Fortbestehen auf niedrigerem Niveau zeigen, stützen sie das Konzept der fortdauernden Bindungen an die verstorbene Person. Fortdauernde Bindungen können die Anpassung an einen Verlust erleichtern, je nach ihrer Qualität und anderen Umständen können sie diese aber auch erschweren (N.P. Field, 2006a; N.P. Field, Gal-Oz, & Bonanno, 2003). Ein bindungstheoretisches Rahmenkonzept für die Unterscheidung zwischen adaptiven und nicht-adaptiven Ausdrucksformen fortdauernder Bindungen findet sich bei Field, Gao und Paderna (2005) sowie bei Field (2006b).

Aus methodischem Blickwinkel ist beachtenswert, dass das eingesetzte Erhebungsverfahren diese Verläufe erwartungs- und konzeptkonform abgebildet hat. Wenngleich auf querschnittlichen Daten beruhend, können die vorliegenden Befunde zum Einfluss der Trauerdauer auf die Merkmale "Emotionale und kognitive Beeinträchtigung" und "Nähe zur verstorbenen Person" als vorläufiger Beleg für die Konstruktvalidität des Würzburger Trauerinventars angesehen werden.

Auf der deskriptiven Ebene zeigen sich gleichfalls erwartungskonforme Verläufe hinsichtlich persönlichen Wachstums und Empathie für andere, die beide zunächst abfallen, gegen Ende des zweiten Trauerjahres aber wieder ihr ursprüngliches Niveau erreichen und in der Folgezeit leicht aber stetig an Intensität gewinnen. Dies lässt sich in den weiteren Kontext der "Erholung" nach einem Verlust einordnen (siehe Tedeschi & Calhoun, 2008). Die beobachteten Unterschiede sind gering, so dass sie nicht signifikant werden. Dies könnte seine Ursache auch in dem querschnittlichen Untersuchungsplan haben. Die schwachen, aber immerhin vorhandenen Effekte unterstreichen die Notwendigkeit von Längsschnittstudien zur weiteren Absicherung. Der statistisch bedeutsame Unterschied in der Ausprägung der Nähe zur verstorbenen Person bei einem Abstand von mehr als 10 Jahren nach Eintritt des Verlusts legt nahe, den Untersuchungszeitraum dabei weit zu bemessen.

Die Erwartung einer Abnahme von Schuldgefühlen im Laufe des Trauerprozesses wird durch die vorliegenden Ergebnisse nicht bestätigt. Deskriptiv erfolgt nach einem Anstieg innerhalb der zweiten Hälfte des ersten Trauerjahres in der Folgezeit zwar eine Abnahme, diese ist jedoch über eine längere Zeitspanne plateauartig auf einem hohen Niveau wie unmittelbar nach dem Verlust, so dass Unterschiede auch als zufällige Schwankungen interpretiert werden können. Interessant ist, dass Trauernde ohne konfessionelle Bindung signifikant stärker ausgeprägte Schuldgefühle haben als Katholiken und Protestanten. Man kann dies als Ausdruck geringerer Möglichkeiten zur Entlastung durch eine höhere Instanz aufseiten der Konfessionslosen interpretieren, wenn man diese Index-Variable auch als Indikator für Gläubigkeit ansieht. Während der gläubige Mensch im Tod einer Bezugsperson den Willen Gottes erkennt, ist der Agnostiker auf sich selbst verwiesen.

Interaktionsdiagramme der Zweifach-Interaktionen zeigen unmittelbar nach dem Verlust (< 1 Monat) deutliche Unterschiede zwischen Personen verschiedenen Alters, Geschlechts und der Konfession auf praktisch allen Skalen. Diese Unterschiede verlieren sich bei Personen, für die der Trauerfall mehr als einen Monat zurückliegt. Diese Beobachtung ist wegen der geringen Anzahl der Probanden in der Initialphase allerdings nicht verlässlich. Es wäre aber lohnenswert, in späteren Untersuchungen diese Gruppe von Personen in der Initialphase der Trauer genauer zu betrachten.

Wie nahezu alle empirischen Untersuchungen in der Psychologie unterliegt auch die vorliegende Studie gewissen Einschränkungen. Ihre wichtigste Schwäche ist der querschnittliche Untersuchungsansatz. Anhand der a posteriori gebildeten Variablen "Zeit seit Verlust" wird eine längsschnittliche Erhebung lediglich simuliert. Die Darstellung der Ergebnisse als "Verläufe" ist daher eine Interpretation, die sich nicht unmittelbar aus dem Untersuchungsplan ergibt. Demzufolge ist die Gültigkeit der vorliegenden Ergebnisse als

vorläufig anzusehen und eine Bestätigung durch Längsschnittstudien erforderlich. Eine weitere Einschränkung kann man in der niedrigen Internen Konsistenz der Skala NÄHE sehen. Mit einem α von .68 für die Gesamtstichprobe ($\alpha = .67$ für die Frauen; $\alpha = .70$ für die Männer) liegt sie auf der Grenze für die akzeptable Reliabilität eines Messinstruments bzw. geringfügig darunter (Kline, 1998).

Da mit dem WueTi ein Instrument eingesetzt wird, das den Trauerprozess multidimensional erfasst, wurden die Hypothesen mit einer multivariaten Varianzanalyse geprüft, auf die zur genaueren Aufschlüsselung gefundener Effekte univariate Analysen der einzelnen abhängigen Variablen folgten. Obwohl dadurch mehrere Tests zur selben Hypothese durchgeführt werden, haben wir uns entschieden, das Alpha-Niveau bei den univariaten Analysen nicht zu adjustieren, da der signifikante multivariate Test das Vorhandensein des postulierten Effekts belegt, und die nachrangigen Analysen lediglich der näheren Beschreibung dienen – vergleichbar zu paarweisen Mittelwertsvergleichen bei der Beschreibung von Interaktionseffekten, die üblicherweise ebenfalls ohne Adjustierung des Alpha-Niveaus durchgeführt werden.

Schließlich ist bei der Bewertung der Ergebnisse zu beachten, dass sie auf einer Selbstselektionsstichprobe beruhen. Die befragten Probanden sind in ihrer Gesamtheit nicht repräsentativ für die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland. Dies zeigt sich besonders deutlich an der Ungleichverteilung der Geschlechter. Da in der vorliegenden Untersuchung keine Aussagen über Merkmalsverteilungen in der Grundgesamtheit angestrebt bzw. gemacht werden, fällt die eingeschränkte Repräsentativität der Stichprobe allerdings nicht sonderlich ins Gewicht.

Resümee und Schlussfolgerungen

Befunde zum Erleben und Verhalten deutschsprachiger Trauernder sind spärlich. Mit der vorliegenden Studie wird die internationale Befundlage in vielfacher Hinsicht bestätigt. Darüber hinaus bietet sie einen ersten Beleg für die Validität des eingesetzten Erhebungsverfahrens. Für die Zukunft ergibt sich die Notwendigkeit, die vorliegenden Befunde durch Längsschnittstudien zu untermauern, die einen langen Zeitraum erfassen.

Aus den vorliegenden Ergebnissen lassen sich auch Schlussfolgerungen für die Gesundheitspsychologie und den klinischen Praktiker ableiten. Bei der Diagnose eines komplizierten Trauerverlaufs sollte man einen Zeitraum von zwei Jahren in Betracht ziehen; die Vorstellung, verlustbedingte Beeinträchtigungen würden regelhaft nach etwa sechs Monaten abklingen, ist nach unseren Ergebnissen irrig, und auch die Spanne von 12 Monaten, welche das DSM-5 (Falkai & Wittchen, 2015, S. 1080) vorsieht, erscheint in deren Licht zu kurz. Die in Vorbereitung befindliche 11. Version der Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen (ICD-11) macht zu dem Zeitpunkt, ab wann eine Anhaltende Komplexe Trauerreaktion ("prolonged grief disorder") diagnostiziert werden kann, keine Angaben (Maercker et al., 2013). Aus unserer Sicht scheint es gerade das zweite Jahr nach dem Verlust zu sein, in dem sich entscheidet, ob Trauersymptome abnehmen oder auf hohem Niveau bestehen bleiben. Neben dem diagnostischen Gespräch kann das WüTi zur objektiven Quantifizierung verschiedener Aspekte des Verlusterlebens eingesetzt werden.

Literaturverzeichnis

- Archer, J. (1999). *The nature of grief. The evolution and psychology of reactions to loss*. London: Routledge.
- Becker, K., & Bengel, J. (2009). Belastungs- und Anpassungsstörungen. In J. Bengel & M. Jerusalem (Eds.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (pp. 416--426). Göttingen: Hogrefe.
- Bonanno, G. A. (2001). Grief and emotion: A social-functional perspective. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research. Consequences, coping, and care* (pp. 493-515). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bonanno, G. A., Boerner, K., & Wortman, C. B. (2008). Trajectories in grieving. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice. Advances in theory and intervention* (pp. 287-307). Washington, DC: American Psychological Association.
- Center for the Advancement of Health. (2004). Report on bereavement and grief research. *Death Studies*, 28, 491-575.
- Davies, C. G. (2008). Redefining goals and redefining self: A closer look at posttraumatic growth following loss. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice. Advances in theory and intervention* (pp. 309-325). Washington, DC: American Psychological Association.
- Falkai, P., & Wittchen, H.-U. (Eds.). (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.

- Farberow, N. L., Gallagher-Thompson, D., Gilewski, M., & Thompson, L. (1992). Changes in grief and mental health of bereaved spouses of older suicides. *Journal of Gerontology, 47*, 357-366.
- Feigelman, W., Jordan, J. R., & Gorman, B. S. (2008-09). How they died, time since loss, and bereavement outcome. *Omega: Journal of Death and Dying, 58*, 251-273.
- Field, N. P. (2006a). Continuing bonds in adaptation to bereavement: Introduction. *Death Studies, 30*, 700-714.
- Field, N. P. (2006b). Unresolved grief and continuing bonds: An attachment perspective. *Death Studies, 30*, 739-756.
- Field, N. P., Gal-Oz, E., & Bonanno, G. A. (2003). Continuing bonds and adjustment at 5 years after the death of a spouse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 110-117.
- Field, N. P., Gao, B., & Paderna, L. (2005). Continuing bonds in bereavement: An attachment theory based perspective. *Death Studies, 29*, 1-23.
- Hautzinger, M., & Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressionskala*. Göttingen: Hogrefe.
- Klass, D., Silverman, P. R., & Nickman, S. L. (Eds.). (1996). *Continuing bonds. New understandings of grief*. Philadelphia, PA: Taylor & Francis.
- Kline, P. (1998). *The new psychometrics: Science, Psychology, and psychometrics*. London: Routledge.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., van Ommeren, M., . . . Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *The Lancet, 381*(9878), 1683-1685.
- Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences, 37*, 1401-1415.

- Middleton, W., Raphael, B., Martinek, N., & Misso, V. (1993). Pathological grief reactions. In M. S. Stroebe, W. Stroebe & R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement. Theory, research, and intervention* (pp. 44-61). New York: Cambridge University Press.
- Parkes, C. M., & Prigerson, H. (2010). *Bereavement. Studies of grief in adult life*. (4th ed.). London: Penguin Books.
- Rubin, S. (1992). Adult child loss and the Two-track Model of Bereavement. *Omega: Journal of Death and Dying*, 24, 183-202.
- Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Schut, H., & Stroebe, W. (2008). Bereavement research: Contemporary perspectives. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, H. Schut & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice. Advances in theory and intervention* (pp. 3-25). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, M. S., & Schut, H. (1999). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23, 197-224.
- Stroebe, W., & Schut, H. (2001). Risk factors in bereavement outcome: A methodological and empirical review. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research. Consequences, coping, and care* (pp. 349-371). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stroebe, W., & Stroebe, M. S. (1987). *Bereavement and health. The psychological and physical consequences of partner loss*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stroebe, W., & Stroebe, M. S. (2005). Verwitwung: Psychosoziale und gesundheitliche Aspekte. In R. Schwarzer (Ed.), *Enzyklopädie der Psychologie. Themenbereich C, Serie X, Band I Gesundheitspsychologie* (pp. 261-281). Göttingen: Hogrefe.
- Tedeschi, R. C., & Calhoun, L. G. (2008). Beyond the concept of recovery: Growth and the experience of loss. *Death Studies*, 32, 27-39.

Volkan, V. D., & Zintl, E. (2000). *Wege der Trauer. Leben mit Tod und Verlust*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Wijngaards-de Meij, L., Stroebe, M. S., Schut, H., Stroebe, W., van den Bout, J., van der Heijden, O., & Dijkstra, I. (2005). Couples at risk following the death of their child: Predictors of grief versus depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 617-623.

Wittkowski, J. (2013). *Würzburger Trauerinventar (WüTi). Mehrdimensionale Erfassung des Verlusterlebens*. Göttingen: Hogrefe.

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

Tabelle 1

Sozio-demografische Merkmale der Stichprobe

		Frauen		Männer		Gesamt	
		f	%	f	%	f	%
Schulabschluss	Hauptschule	74	19.0	22	17.7	96	18.4
	Realschule	154	39.5	31	25.0	187	35.9
	Abitur	160	41.0	71	57.3	236	45.3
	nicht klassifizierbar	2	0.5			2	0.4
	Summe	390	100	124	100	521	100
Konfession	römisch- katholisch	130	33.3	49	39.5	180	34.5
	evangelisch	147	37.7	39	31.5	189	36.3
	sonstige	10	2.6	5	4.0	15	2.9
	ohne	102	26.2	31	25.0	136	26.1
	nicht klassifizierbar	1	0.2			1	0.2
	Summe	390	100.0	124	100.0	521	100

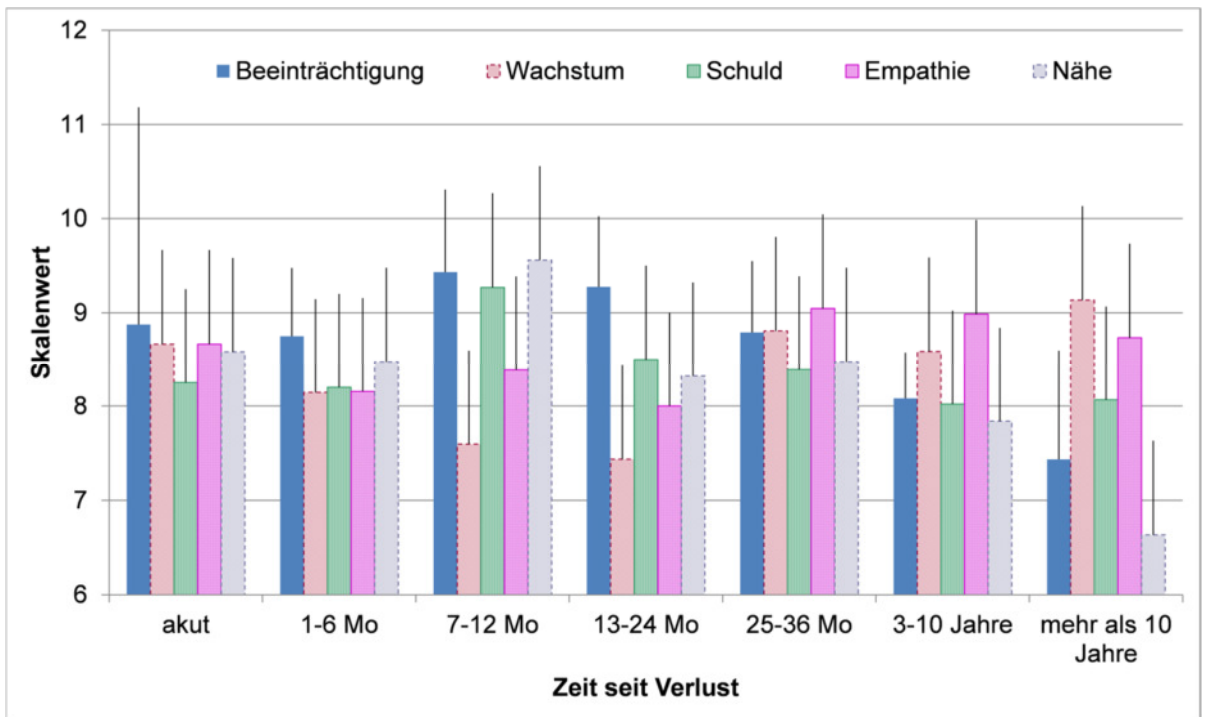


Abbildung 1: Mittlere Skalenwerte von Befragungsteilnehmern mit unterschiedlicher Trauerdauer. Die Fehlerbalken zeigen 95%-Konfidenzintervalle. Der Minimalwert pro Skala beträgt 4.0, der Maximalwert 16.0. Die Abstände auf der x-Achse sind nicht proportional zu den Zeitabständen.

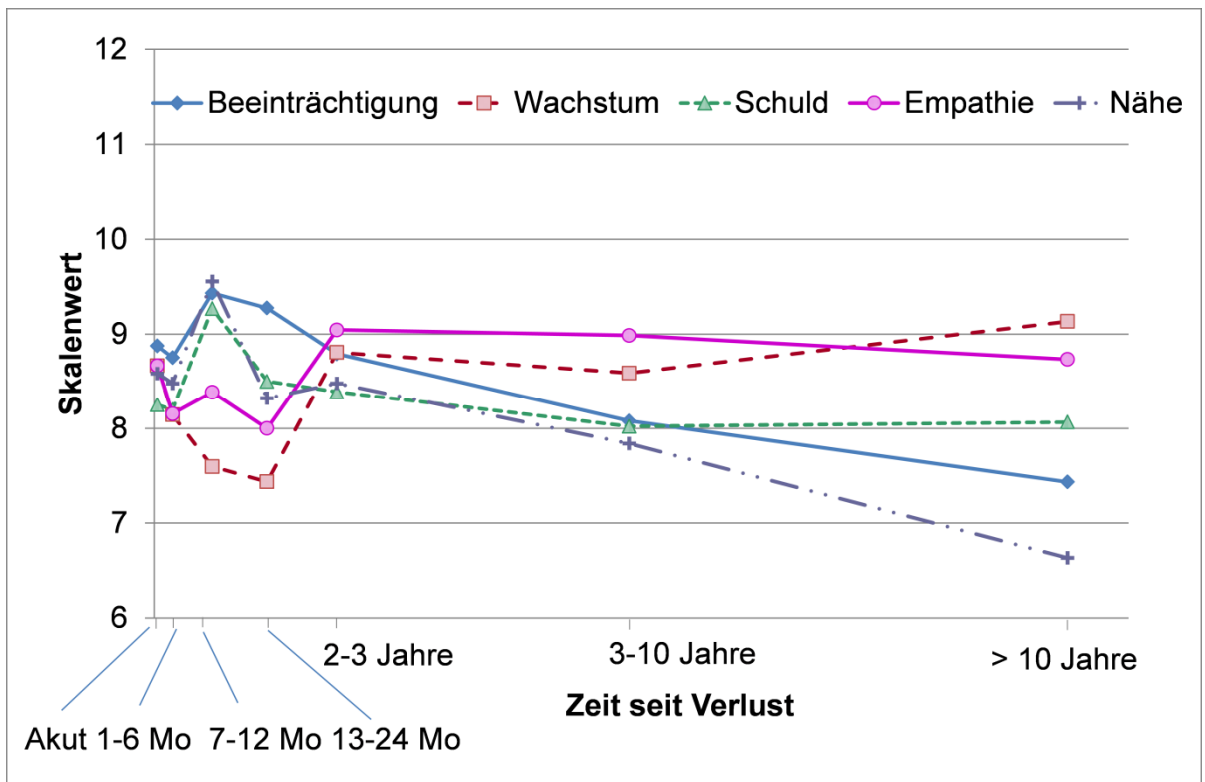


Abbildung 2: Mittlere Skalenwerte bei unterschiedlicher Trauerdauer, bei korrekter Skalierung der Zeitachse. Fehlerbalken werden aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht eingetragen.