

**Aus dem Universitätsklinikum Münster
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster
- Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Volker Arolt –**

Pathologische Trauer bei affektiver Störung

INAUGURAL - DISSERTATION

zur

Erlangung des doctor medicinae

der Medizinischen Fakultät

der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Vorgelegt von Horstmann, Julia

aus Lüdinghausen

2008

**Aus dem Universitätsklinikum Münster
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster
- Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Volker Arolt –**

Pathologische Trauer bei affektiver Störung

INAUGURAL - DISSERTATION

zur

Erlangung des doctor medicinae

der Medizinischen Fakultät

der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Vorgelegt von Horstmann, Julia

aus Lüdinghausen

2008

Dekan: Uni.-Prof. Dr. med. V. Arolt

1. Berichterstatter: Priv.-Doz. Dr. med. A. Kersting
2. Berichterstatter: Priv.-Doz. Dr. Th. Suslow

Tag der mündlichen Prüfung: 06.03.2008

Aus dem Universitätsklinikum Münster
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- Direktor: Univ.-Prof. Dr. Volker Arolt -
Referent: Priv.-Doz. Fr. Dr. med. A. Kersting
Koreferent: Priv.-Doz. Th. Suslow
ZUSAMMENFASSUNG
Pathologische Trauer bei affektiver Störung
Horstmann, Julia

Trauer führte in den letzten Jahrzehnten zu zahlreichen Forschungen. Es wurde bestätigt, dass Trauerprozesse zu psychischen Erkrankungen führen können. Jedoch sollte man nicht nur beim Vorliegen von Trauer nach einer depressiven Störung suchen, sondern auch beim Auftreten von Depressionen untersuchen, inwieweit ungelöste Trauer als eine Ursache der Erkrankung in Betracht gezogen werden kann.

In der vorliegenden Studie wurde als bisher einzige Querschnittsuntersuchung das Vorliegen pathologischer Trauer unter stationären Patienten mit einer depressiven Episode erforscht.

METHODIK: Mittels eines Interviews und mehrerer Fragebögen wurden innerhalb eines Jahres an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster Patienten mit einer Depression untersucht. Als Messinstrumente wurden das SKID für psychiatrische Diagnostik, die IES-R für posttraumatische Symptome, das ICG für komplizierte Trauer, der BDI und die MADRS für Depression, das STAI und die HAMA für Angst, das BSI für die psychische Belastung sowie der F-SOZU für soziale Unterstützung verwendet.

ERGEBNISSE: Jeder der Patienten aus der Untersuchungsgruppe wies einen Verlust auf, jedoch erfüllte keiner der 103 Patienten/-innen alle drei Kriterien des ICG, so dass das Bild einer komplizierten Trauer nicht auftrat. Betrachtete man die Erfüllung der einzelnen ICG-Kriterien in Bezug auf die übrigen verwendeten Messinstrumente, so wurden für den IES-R und den BSI deutlich signifikante Unterschiede gefunden. Bildete man aus dem Patientenkollektiv eine Gruppe „Kompliziert Trauernder“, die im ICG Werte in den oberen 20 % erreichten, konnten signifikante Korrelationen zu traumatischem Erleben, Schwere der Depression, psychischer Belastung und Angst als Eigenschaft verzeichnet werden. Geschlecht, Alter, Glaube, Schulabschluß oder soziale Unterstützung hatten keinen Einfluss auf die Präsenz einer „Komplizierten Trauer“.

Tag der mündlichen Prüfung: 06.03.2008

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung.....	1
1.1 Die Trauerreaktion	2
1.2 Symptome der normalen Trauerreaktion	3
1.3 Erklärungsmodelle der Trauer.....	4
1.3.1 Psychoanalytisches Modell nach Freud.....	5
1.3.2 Phasenmodell und Bindungstheorie nach Bowlby	6
1.3.2.1 Phasenmodell und Bindungstheorie nach Bowlby.....	6
1.3.2.2 Phasenmodell nach Horowitz.....	9
1.3.3 Zielorientierte Modelle	11
1.3.3.1 Die Modelle der Traueraufgaben nach Worden.....	11
1.3.4 Neue Ideen und Modelle der Trauerforschung.....	13
1.3.4.1 Continuing Bonds- Theorie von Klaas, Nickman und Silverman.....	14
1.4 Die pathologische Trauerreaktion	15
1.5 Risikofaktoren des normalen Trauerprozesses.....	19
1.6 Das Aufschaukelungsmodell nach Znoj.....	20
1.7 Symptome der pathologischen Trauer	21
1.8 Diagnostik: Pathologische Trauer	23
1.8.1 Das Inventory of Complicated Grief nach Prigerson + Jacobs	24
1.8.2 Complicated-Grief-Symptoms-Questions von Horowitz et al	25
1.9 Trauer und Affektive Störung	25
2. Fragestellung und Hypothesen	30
3. Methodik.....	31
3.1 Struktur und Rekrutierung.....	31
3.2 Messinstrumente	33
3.2.1 Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID)	33
3.2.2 Fremdeinschätzungsinstrumente	35
3.2.2.1 Montgomery-Asberg-Depression-Rating-Scale (MADRS).....	36
3.2.2.2 Hamilton-Anxiety-Scale (HAMA).....	36

3.2.2.3 Fragebogen zur komplizierten Trauer (ICG _{Interview}).....	37
3.2.3 Selbsteinschätzungsinstrumente	38
3.2.3.1 Impact of Event Skala -revidiert (IES-R).....	38
3.2.3.2 Fragebogen zur komplizierten Trauer (ICG _{Fragebogen}).....	38
3.2.3.3 Beck-Depression-Inventory (BDI-r).....	39
3.2.3.4 Brief-Symptom-Inventory (BSI).....	40
3.2.3.5 State-Trait-Anxiety-Inventory (STAI).....	41
3.2.3.6 Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SOZU)	41
3.2.4 Archivarbeit	42
4. Ergebnisse.....	42
4.1 Soziodemographische Daten.....	43
4.2 Psychiatrische Diagnosen.....	47
4.3 Verlusterlebnis	48
4.4 Fremdeinschätzungsinstrumente	52
4.4.1 Montgomery-Asberg-Depression-Rating-Scale (MADRS)	52
4.4.2 Hamilton-Anxiety-Scale (HAMA).....	54
4.4.3 Fragebogen zur komplizierten Trauer (ICG _{Fremd}).....	55
4.5 Selbsteinschätzungsinstrumente.....	57
4.5.1 Impact of Event Skala-revidiert (IES-R).....	57
4.5.2 Fragebogen zur komplizierten Trauer (ICG _{Selbst}).....	59
4.5.3 Beck-Depressions-Inventory (BDI-r).....	63
4.5.4 Brief-Symptom-Inventory (BSI)	65
4.5.5 State-Trait-Anxiety-Inventory (STAI)	67
4.5.6 Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SOZU).....	71
4.6 Zusammenhang zwischen MADR und BDI	74
4.7 Zusammenhang zwischen HAMA und STAI	76
4.8 Vergleich zwischen ICG _{Fremd} und ICG _{Selbst}	77
4.9 Zusammenhang zwischen ICG _{Fremd} und ICG _{Selbst} und den anderen Messinstrumenten.....	78
4.9.1 ICG und Depression	78
4.9.2 ICG und Angst.....	81
4.9.3 ICG und IES-R	83

4.9.4 ICG und BSI	84
4.9.5 ICG und F-SOZU	86
4.10 Vergleich zwischen „kompliziert Trauernder“ und „nicht kompliziert Trauernder“	87
4.11 Verlusterlebnis und psychische Belastung der Patienten	88
4.12 Verlusterlebnis und ICG _{Fremd} bzw. ICG _{Selbst}	93
4.13 Einfluss der soziodemographischen Variablen	95
5. Diskussion	96
5.1 Methodische Aspekte	97
5.2 Pathologische Trauer bei affektiver Störung	98
5.2.1 Betrachtung der Ergebnisse	98
5.2.2 Fazit	105
6. Literaturverzeichnis	107
7. Danksagung	117
8. Lebenslauf	118
9. Anhang	I
9.1 Abbildungsverzeichnis	I
9.2 Tabellenverzeichnis	IV
9.3 Abkürzungsverzeichnis	VII
9.4 Fragebögen	VIII
9.4.1 Impact of Event Skala-revidiert (IES-R)	VIII
9.4.2 Fragebogen zur komplizierten Trauer (ICG)	X
9.4.3 Beck-Depressions-Inventory (BDI-r)	XIII
9.4.4 Brief Symptom Inventory (BSI)	XVI
9.4.5 State-Trait-Anxiety-Inventory (STAI)	XXI
9.4.6 Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SOZU)	XXV

1. EINLEITUNG

Aber die Trauer

Die Trauer...
Gewiß,
du kannst nicht
akzeptieren,
daß sie
mehr ist als
NICHTS.

Für dich
ist sie nur
mehr,
insofern sie dir
Alles
ist.

Vielleicht
fällt es dir leichter,
dieses zu verstehen:

Die Welt ist jäh
kleiner geworden,
geschrumpft,
unwiederbringlich.
Dein Schmerz mißt
den Verlust
unbarmherzig genau;
dennoch
hast du
nicht ALLES verloren.

Deine Pflicht zur Trauer
enthält vor allem
auch das Recht
zur Freude über diesen
kostbaren Rest,
zur Freude
über ALLES,
das uns jenseits der Abschiede bleibt.
Heute,
vielleicht sogar
morgen.

Karl Wolff
aus „schattentage-lichtjahre“ (1993)

In Anlehnung an Wolffs Gedicht setzt sich das folgende Kapitel mit dem Thema Trauer auseinander.

Dabei wird zunächst auf die „normale“ Trauer mit ihren Symptomen und wichtigsten Erklärungsmodellen ihrer Entstehung eingegangen. Danach erfolgt die Darstellung der pathologischen Trauer: ihre Entstehung, Symptome, Diagnostik und ihr Bezug zur affektiven Störung. Diese Grundlage dient dem Verständnis der vorliegenden Studie.

1.1 DIE TRAUERREAKTION

Der Begriff „Trauer“ ist auf das aus dem 12.-15. Jahrhundert stammende, mittelhochdeutsche Wort „trure“ zurückzuführen und kann mit „seelischer Schmerz über einen Verlust oder ein Unglück“ übersetzt werden (Duden 2001, S. 861).

Eine allgemein anerkannte und die aktuellen Aussagen der Trauerforschung auffangende Definition von Trauer scheint nicht zu existieren. Freud definiert die Thematik folgendermaßen: „Trauer ist regelmäßig die Reaktion auf den Verlust einer geliebten Person oder eine an ihre Stelle gerückten Abstraktionen wie Vaterland, Freiheit, ein Ideal usw.“ (Freud 1915).

Bei dem Versuch Trauer als Vorgang des Verabschiedens von und Auseinandersetzens mit dem Verstorbenen und dem mit ihm eingegangenen Verhältnis zu beschreiben, wirkt die Definition von Kast passend. Sie sieht Trauer als “Emotion, durch die wir Abschied nehmen, Probleme der zerbrochenen Beziehung aufarbeiten und soviel als möglich von der Beziehung und von den Eigenheiten des Partners integrieren können, so daß wir mit neuem Selbst- und Weltverständnis weiterzuleben vermögen“ (Kast 1982, S. 7). Im Laufe seines Lebens begegnet jeder Mensch einmal oder mehrmals der Trauer nach Verlust einer emotional bedeutsamen Person.

Oft ist das Verlusterleben Thema in der Literatur gewesen. Ein berühmtes Beispiel ist die Sage von Orpheus und Eurydike, die von dem römischen Dichter Ovid (43 v. Chr.-17 n. Chr.) in den Metamorphosen so überliefert wird: „Bald nach der Vermählung der Nymphe Eurydike und des Sängers Orpheus geschieht das Unglück: Während der Gott Aristaios Eurydike „verfolgt“, tritt sie fliehend auf eine Schlange und stirbt durch deren Biß. Diese bildhafte Darstellung kann als eine Situation der Versuchung und Bestrafung gedeutet werden. Das Folgende klingt wie ein Traum, in dem die Unterwelt als Metapher für Unbewußtes verstanden werden kann: Orpheus gelangt in die Unterwelt und bewegt die Rachegöttinnen, Eurydike freizugeben. Auf dem Rückweg weicht er von der eingegangenen Verpflichtung ab, sich nicht umzusehen, und nun wird er bestraft und verliert Eurydike zum zweiten Mal. Das legt die Interpretation nahe: Er

erlebt den Verlust endgültig, nachdem er ihn zunächst nur traumhaft erlebt, also verleugnet hatte, da er ihn nicht wahrhaben mochte.“ (Tölle 2000, S. 13)

Es gibt zwei Ansätze nach Freud die Trauer zu überwinden: Die Verdrängung und die Verarbeitung. In Form von körperlicher Aktivität oder Ablenkung kann der Versuch unternommen werden Trauer zu verdrängen. Ebenfalls kann man versuchen, den Verlust zu ersetzen. Die Verarbeitung der Trauer wird dabei eher als traditioneller Ansatz verstanden: Der Trauernde muss Trauerarbeit leisten, um die Trauer zu bewältigen, indem er sie sich bewusst macht. Schon nach Sigmund Freud galt die Trauer als eine Loslösung des Hinterbliebenen von dem Verstorbenen: „nach deren Vollendung das Ich wieder frei und ungehemmt ist“ (Freud 1917). Er beschrieb Trauer als normale Reaktion, Melancholie als pathologische. Laut Freud weiß der Melancholische zwar, wen er verloren hat, aber im Gegensatz zum Trauernden nicht was, so dass „der Objektverlust dem Bewusstsein teilweise entzogen ist“ (Kast 1990, S. 81). Jacobson (Jacobson 1977) stimmt mit Freuds Aussage, dass depressive Verstimmungen grundsätzlich als pathologisch angesehen werden, nicht überein, und ist der Auffassung, dass depressive Stimmungszustände auch im Rahmen einer „normalen“ Stimmung auftreten können. In der Diskussion um die Normalität der Trauerreaktion sagt Worden aus, dass „das Wort in einem klinischen und einem statistischen Sinne“ (Worden 1987, S. 28) zu verstehen ist. „Klinisch“ ist jenes Trauerverhalten, das von einem Kliniker als normal bezeichnet wird. Die Häufigkeit mit der das Verhalten von verschiedenen Trauernden beobachtet wird, wird als „statistisch“ angesehen.

1.2 SYMPTOME DER NORMALEN TRAUERREAKTION

„Jeder trauert anders“ (Znoj 2005, S. 16). Die Symptome im Rahmen der normalen Trauerreaktion sind vielfältig und für jeden Trauernden individuell. Der Trauernde wird mit teilweise neuen Gefühlen und Lebenssituationen konfrontiert. Lindemann (Lindemann 1944) untersuchte 1942 in einer Längsschnittuntersuchung Überlebende eines Brandes in Boston und die Familienmitglieder der 491 Verstorbenen und verfasste daraufhin den Artikel „Symptomatologie und Handhabung von akuter Trauer“. Auf Grundlage von Lindemanns Ergebnissen stellte Bacqué 1994 eine Übersicht über Symptome normaler Trauer zusammen. Dabei teilt er diese in fünf große Kategorien ein (siehe Tab. 1.1):

Tab. 1.1: Symptome der normalen Trauerreaktion (aus Bacque 1994, S. 62-65)

Affektive Symptome	Depression
	Angst und Spannungen
	Schuldgefühle
	Anhedonie
	Einsamkeit
Verhaltensweisen	Unruhe und Anspannung
	Müdigkeit: Reduzierung des allgemeinen Aktivitätsgrads; Sprech- und Denkschwierigkeiten
	Tränen
Einstellungen zu sich selbst, zum Verstorbenen und zur Umgebung	Selbstvorwurf: Schuldgefühle; Gefühle von Versagen, von Unfähigkeit und Selbstverachtung; Verlust eines Lebensziels; Todes- und Selbstmordversuch
	Verlust des Realitätssinns: Gefühle, „nicht anwesend zu sein“, „die Dinge von außen zu betrachten“
	Misstrauen
	Zwischenmenschliche Probleme: Abbruch sozialer Kontakte
	Haltung dem Verstorbenen gegenüber: Suche; intensives Wehklagen; Imitation des Verstorbenen und Verfolgen seiner Interessen; Idealisierung des Toten, wobei positive und negative Gefühle wechseln; häufig sehr lebhaftes, beinahe halluzinatorische Vorstellungen
	Symptome physischer Identifikation: Gleichartigkeit der Feststellbaren Symptome mit denen des Verstorbenen in der letzten Krankheitsphase
	Veränderung der Medikamenteneinnahme: Erhöhter Konsum von Beruhigungsmitteln, Alkohol und Nikotin
	Krankheitsneigung: Erhöhte Anfälligkeit gegenüber einer mit Immunschwäche verbundenen Infektionskrankheit, aber auch gegenüber Krebs und Tuberkulose sowie gegenüber allen durch Stress bedingten Erkrankungen wie Herz- und Hautkrankheiten
Intellektuelle Veränderungen	Retardiertes Denken und Gedächtnisschwäche; Müdigkeit
Physiologische Veränderungen und körperliches Leiden	Appetitverlust; Gewichtsschwankungen
	Schlafstörungen: Meistens Schlaflosigkeit, Übermüdung; Störungen des biologischen Tag-Nacht-Zyklus; Energieverlust; Müdigkeit
	Körperliche Leiden: Kopfschmerzen; Halsschmerzen; Rückenschmerzen; Muskelkrämpfe; Übelkeit; Erbrechen; säuerlicher Mundgeschmack; trockener Mund; Verstopfung; Sodbrennen; Magenverstimmung; Blähungen; Sehstörungen; Schmerzen beim Harnlassen; Atemnot; Stöhnen; flaues Gefühl in der Magengegend; Muskelschwäche; Zuckungen, Zittern; Haarausfall

1.3 ERKLÄRUNGSMODELLE DER TRAUER

Viele Wissenschaftler/-innen unternehmen mit dem Entwurf ihrer Phasenmodelle den Versuch, chronologisch aufeinander folgende Phasen der Trauer zu beschreiben, indem sie den Trauerprozess in voneinander abgrenzbare Phasen zergliedern. Gleichzeitig

weisen sie in ihren Ausführungen darauf hin, dass eine eindeutige Abgrenzung der Phasen voneinander zum Teil schwer möglich ist und die Übergänge fließend verlaufen können. Diese Modelle sind empirisch nicht nachgewiesen und stellen eher eine generalisierte Idealisierung dar.

Es handelt sich bei ihnen um plausible Aussagen, die aus der praktischen Erfahrung mit Trauernden abgeleitet sind. „Ein einheitliches Bild „des“ Trauerprozesses, wie es Phasenmodelle entwerfen, ist nach heutigem Erkenntnisstand nicht mehr haltbar. Vielfalt oder, im Fachjargon: „Diversität“ heißt der Befund“ (Lammer 2004, S. 31).

Trauernde befinden sich zunächst meist in einer Art Schockzustand; sie wollen nicht wahrhaben, dass ein Mensch verstorben ist. Nach neueren Auffassungen ist die Schockphase ein Mythos (Lammer 2004, S. 101), vielmehr sind alle möglichen Trauerreaktionen zu beobachten. Im Anschluss erleben Trauernde Depressionen, Zukunftsangst, Hadern mit dem Schicksal, haben Schuld- und Verlassenheitsgefühle und körperliche Reaktionen wie z.B. Schlaf-, Konzentrations- und Appetitstörungen. Die Gedanken kreisen um den Verlust.

In einer weiteren Phase gelingt es den Trauernden, sich wieder besser zu konzentrieren und den Blick auf die Zukunft zu richten. Der Gedanke an den Verstorbenen verursacht nicht mehr so starke Verzweiflung bzw. sie können sich schneller wieder auf das Hier und Jetzt konzentrieren. Zum Schluss kommt es bei erfolgreicher Trauerbewältigung zu einem neuen seelischen Gleichgewicht. In der Literatur finden sich zahlreiche und unterschiedliche Einteilungen und Bezeichnungen, um den Trauerprozess zu erfassen. Die wichtigsten Modelle möchte ich im Folgenden vorstellen.

1.3.1 PSYCHOANALYTISCHES MODELL NACH FREUD

Sigmund Freud war einer der ersten, der sich systematisch der Trauer widmete. Trauer wird bei ihm nicht als eine einfache Reaktion verstanden, die von alleine abläuft. („Zeit heilt alle Wunden“). Freud war der Auffassung, dass Trauer „die vollste Abwendung von Gegenwart und Zukunft mit sich bringt“ (Freud 1917, S. 193-194). Dadurch hebt Freud hervor, dass die Trauer den Menschen in seiner Gesamtheit betrifft und ihn derart umfassend fordert, dass es ihm nicht möglich ist, etwas anderem als seiner Trauer Aufmerksamkeit zu schenken.

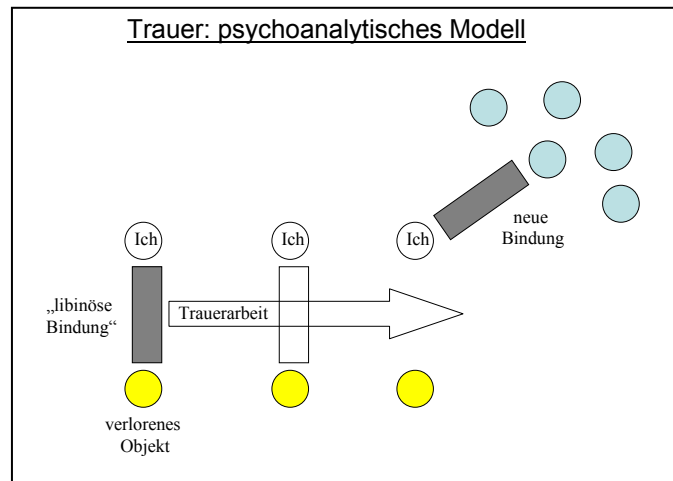


Abb. 1.1: Psychoanalytisches Modell der Trauer (Fabry 2004/2005)

Ins Zentrum seiner Ideen stellte er libidinöse Bindungen („energiereiche Bindungen“) zu Objekten (Bezugspersonen). Auch nach dem Verlust eines solchen Objekts (z.B. durch den Tod) existieren jedoch noch immer viele Erinnerungen oder intensive Gefühle, die mit diesem Objekt verbunden sind und die die Libido binden, so dass diese nicht mehr für die Entstehung neuer Bindungen verfügbar ist. Die Aufgabe der Trauerarbeit liegt somit darin, diese libinösen Bindungen nach und nach abzubauen, um letztendlich neue Bindungen eingehen zu können (Fabry 2004/2005). Freud postulierte drei Phasen des innerpsychischen Vorgangs - der Trauerarbeit: das Realisieren und Akzeptieren des Verlustes und das Bewältigen der mit dem Verlust verbundene Umstände, das eigentliche Trauern als Prozess des Ablösens der emotionalen Bindung und das Wiederaufnehmen des emotionalen Lebens und Wendung zu neuen Bindungen.

1.3.2 PHASENMODELLE

1.3.2.1 PHASENMODELL UND BINDUNGSTHEORIE NACH BOWLBY

Bowlby hat den Trauerprozess in vier Phasen eingeteilt, und stützt sich dabei hauptsächlich auf die von Parkes durchgeführten Untersuchungen an solchen Menschen, deren Ehepartner verstorben sind, sowie auf die Ergebnisse der Harvard-Untersuchung (Bowlby 1983, S. 115). Seine selbst formulierte verhaltenspsychologische Bindungstheorie nimmt dabei einen großen Einfluss auf sein Modell, so dass zuerst auf seine Bindungstheorie eingegangen werden soll.

Bindungstheorie nach Bowlby:

Der Psychiater und Psychoanalytiker **John Bowlby** formulierte in den 50er Jahren (Bowlby 1958, S. 415-456) erstmals seine bis heute einflussreiche **Bindungstheorie**.

„Diese besagt, dass der Säugling im Laufe des ersten Lebensjahres auf der Grundlage eines biologisch angelegten Verhaltenssystems eine starke emotionale Bindung zu einer Hauptbezugsperson entwickelt, die er bei Schmerz oder Gefahr aufsucht. Das Bindungsverhalten drückt sich insbesondere im Suchen der Bindungsperson, Weinen, Nachlaufen, Festklammern an der Bindungsperson aus und wird durch Trennung von der Bindungsperson sowie durch äußere oder innere Bedrohung und Gefahr aktiviert“ (Brisch 2004). Einzelne Bindungserfahrungen werden als Gesamtbild in dem „inneren Arbeitsmodell“ zusammengefasst. Demnach wird von Bowlby das Bindungsverhalten „als jede Form von Verhalten aufgefasst, die darauf hinausläuft, daß eine Person zu einer anderen unterschiedenen und vorgezogenen Person Nähe erlangt oder aufrechterhält“ (Bowlby 1983, S. 57). Ebenso wie Kinder suchen Erwachsenen in Situationen, die als beängstigend erlebt werden die Nähe zu anderen Personen auf, von denen sie sich Hilfe und Unterstützung erwarten. „Werden diese Bedürfnisse befriedigt, so wird das Bindungssystem beruhigt, und es kann als Ergänzung zum Bindungssystem das System der Erkundung aktiviert werden“ (Brisch 1999).

Auf das Bindungsverhalten haben die früher gemachten Bindungserfahrungen lebenslang einen entscheidenden Einfluss. Sie beeinflussen nicht nur die Art und Weise der Beziehungsgestaltung von Bindungen (Gefühl des Vertrauens, der Sicherheit etc.), sondern auch, wie eine Person mit Verlusten umgeht.

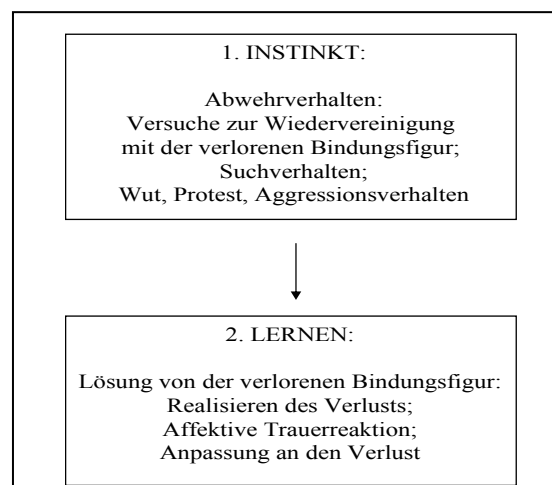


Abb. 1.2: Lösen einer affektiven Bindung nach John Bowlby (Lemmer 2004, S. 61)

Im Folgenden soll nun auf die von Bowlby entwickelten Phasen eingegangen werden:

1. Betäubungs- oder Schockphase

Es ist die Phase der Nichtakzeptanz und Betroffenheit. Sie setzt direkt nach der Mitteilung des Todes ein. Die Verdrängung ist häufig zu beobachten. Man versucht normal weiterzuleben, denn der Verlust ist „nicht wahr“. Man ist angespannt und fürchtet die Wahrheit der Mitteilung. Es kann zu intensiven Gefühlsausbrüchen oder Panikanfällen kommen. Auch Wutanfälle können z. T. auftreten. Diese Phase dauert normalerweise Stunden, Tage bis circa eine Woche.

2. Reaktionsphase - Such- und Sehnsuchtsstadium

Es beginnt das Stadium des „Wiedererlangenwollens“ des Verlorenen. Der Trauernde geht auf die Suche nach dem Toten. Phasenweise wird „die Realität des Verlusts“ (Bowlby 1983, S. 115) begriffen. Überall nimmt er angebliche Zeichen des Verstorbenen wahr. Er hört ihn sprechen oder sieht ihn plötzlich vor sich. Es treten lebhaftere Träume auf. Starke emotionale Reaktionen, wie Schluchzen, Tränenausbrüche und Gram sind Zeichen für tiefe innerliche Bewegtheit. Man ist ruhelos, trostlos, kann kaum noch schlafen und denkt unentwegt an den Toten. „Ein weiteres häufiges Kennzeichen der zweiten Phase der Trauer ist Zorn“ (Bowlby 1983, S. 116). Dieser Zorn kann sich gegen andere Menschen richten oder auch gegen sich selbst. Man macht sich und anderen Vorwürfe, weil sie den Verlust nicht verhindert haben. „Solange die Wut anhält, (...), ist der Verlust noch nicht als dauerhaft akzeptiert, und es besteht noch Hoffnung“ (Bowlby 1983, S. 122) darauf, dass der Verlust doch nicht endgültig, sondern eine Wiederkehr der verlorenen Person noch möglich ist. Dies erklärt, dass die Trauernden besonders den Menschen gegenüber Zorn empfinden, die in dieser frühen Phase bereits versuchen, sie davon zu überzeugen, jegliche Illusion der Wiedervereinigung aufzugeben und den Verlust als unwiederbringlich zu akzeptieren. Angst und Depression sind häufig zu beobachten. Man isoliert sich gegenüber der Gesellschaft. Das Stadium kann sich über Wochen, Monate bis circa ein Jahr hinziehen.

3. Bearbeitungs- oder Desorganisationsphase

Nun startet schon das Stadium der beginnenden Akzeptanz. Man bearbeitet nun, bewusst oder unbewusst, das Trauma des Verlustes. Die Endgültigkeit wird erkannt und

verarbeitet. Depression und Apathie sind häufige Begleiter dieser Phase. Man sieht kaum einen Sinn in der Zukunft ohne den Verlorenen. Doch ebbt die Suche nach dem Toten zusehends ab. Die Erinnerungen an den Verstorbenen verursachen nicht mehr so intensive Schmerzen, wie zu Beginn. Man fühlt sich einsam und allein gelassen. Diese ganze Phase kann nicht selten mehrere Jahre dauern.

4. Neuorganisationsphase – Reorganisationsstadium

Jetzt endlich bricht der Trauernde endgültig die Bande zu dem Verlust. Er beginnt, sich selbst neu zu definieren. So war er vor dem Verlust ein Teil einer Partnerschaft, doch nun ist er ein einzelnes Individuum, ohne Gegenstück. Nun kann man neue Rollen übernehmen und ein neues Selbstbewusstsein aufbauen. Ein neues, verändertes gesellschaftliches Leben kann in Angriff genommen werden. Dennoch fühlt man sich weiter einsam. Es ist aber auch möglich, wieder eine neue Beziehung einzugehen. Auf der Basis der bearbeiteten Erfahrungen ist ein neues Stadium der persönlichen Reife erreicht. Diese Phase entspricht dem Ende des Trauerprozesses und ist der Trauerlösung gleichzusetzen.

Es ist in der Realität selten der genaue Ablauf der vier Phasen in dieser Reihenfolge zu beobachten. Viel eher kommt es dazu, dass der Einzelne oft zwischen den Phasen wechselt und die verschiedenen Stadien auch in unterschiedlichem Maße durchlebt. Das ist individuell unterschiedlich. Vorübergehend kann ein Individuum in seinen Reaktionen auch zwischen zwei Phasen schwanken (Bowlby 1983, S. 114).

1.3.2.2 PHASENMODELL NACH HOROWITZ

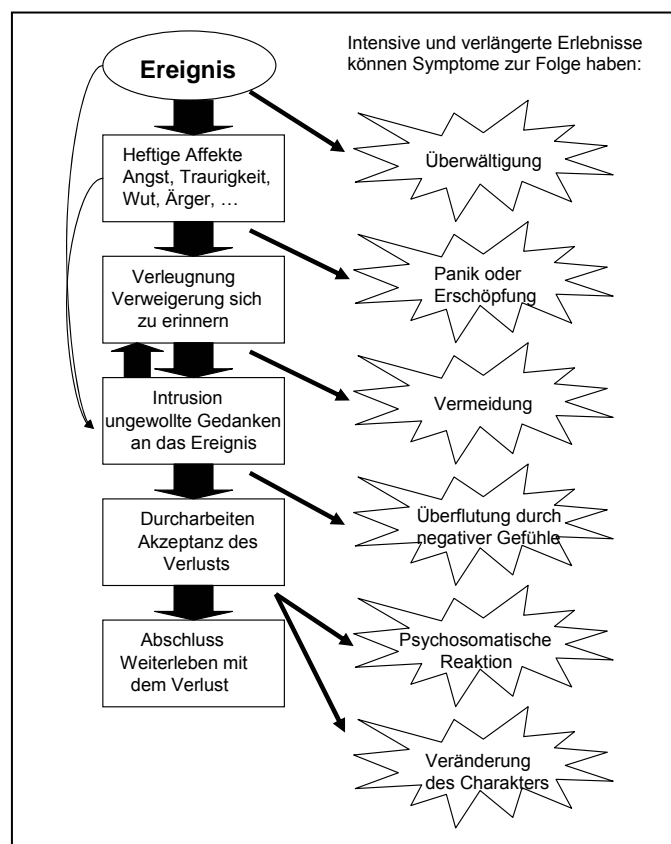
Besonders Horowitz (1992) beschäftigt sich seit Jahrzehnten intensiv mit Verlusten, den darauf folgenden Reaktionen, die Diagnostik pathologischer Verlaufformen und dem therapeutischen Umgang mit ihnen. Er „(...) beschrieb die verschiedenen Qualitäten pathologischer und normaler Trauer anschaulich in seinem Phasenmodell der Trauerreaktion (...)“ (Kersting, 2001).

Im Rahmen der Trauer als natürliche Reaktion auf einen Verlust setzt sich der Trauernde intensiv mit dem verlorenen Objekt auseinander, wobei typischerweise verschiedene Phasen durchlaufen werden. Dieser Prozess ist verbunden mit

Trennungsschmerz, Verleugnung des Geschehenen, häufiger innerer Beschäftigung mit dem Verlorenen, womit nicht nur eine Person, sondern auch die eigenen Lebensumstände und -wünsche, von denen sich der Betreffende verabschieden muss, gemeint sind, und intensiver Sehnsucht: im Laufe dieses Prozesses erreicht der Trauernde schließlich eine Phase emotionaler und kognitiver Akzeptanz des Verlusts und innerer Lösung vom verlorenen Objekt. Der Verlauf beinhaltet dabei eine phasische Tendenz zwischen Verleugnung und Intrusion; zu dieser Auffassung kam Horowitz aufgrund seiner empirischen Befunde. Zu beachten sind bei dem Ablauf der Phasen jedoch individuelle und situative Variationen.

Die pathologische Trauerreaktion unterscheidet sich von der normalen Trauerreaktion dahingehend, dass dieser Prozess von intensiveren Symptomen begleitet wird, länger anhält und nicht zu einer inneren Lösung vom verlorenen Objekt führt. Somit kann es zu signifikanten Beeinträchtigungen in der Lebensführung kommen, die auch eine zukünftige Lebensgestaltung erschweren oder verhindern können

Abb. 1.3: Phasenmodell der Trauerreaktion nach Horowitz (Horowitz, 1992, S.41)



Bei der Betrachtung von Phasenmodellen ist gleichzeitig zu bedenken, dass ein Modell immer nur einen Teil der gesamten Wirklichkeit wiedergibt. Indem die unterschiedlichsten Erfahrungen, wie eben beschrieben, auf die Gemeinsamkeiten reduziert werden, finden bestimmte, nur von einzelnen Personen wahrgenommene Gefühle in dem Modell keinerlei Berücksichtigung. Die gleichförmigen Komponenten der Trauer werden hervorgehoben und die individuellen Aspekte vernachlässigt (Paul 2001, S. 24). „So können die `Phasen des Trauerns´ nur als Annäherung an das begriffen werden, was Menschen in einem Trauerprozess erleben“ (Paul 2001, S. 25).

1.3.3 ZIELORIENTIERTE MODELLE

In den 80er und 90er Jahren tauchten zielorientierte Modell für Trauerphasen auf. Vertreter dieser Orientierung, wie zum Beispiel Jülicher (2000) und Worden (1987) sind der Überzeugung, dass Trauernde innerhalb des Trauerprozesses bestimmte Ziele zu erreichen haben, damit die Trauerarbeit vorangetrieben werden kann. Diese Modelle werden auch als aufgabenorientiert bezeichnet. Dieser Begriff geht auf die von Worden formulierten Aufgaben zurück, deren Bewältigung als zu erreichendes Ziel gewertet werden. Die Modelle nach Worden (1982/1987) sollen hier vorgestellt werden.

1.3.3.1 DIE MODELLE DER TRAUERAUFGABEN NACH WORDEN (1982/1987)

In unterschiedlichen Untersuchungen setzte sich der amerikanische Psychologe Worden in den sechziger und siebziger Jahren mit den Themen lebensbedrohende Krankheit, Tod und Trauer auseinander. Durch seine psychotherapeutische Praxis kam Worden im Umgang mit seinen Patienten die Vermutung, dass unbewältigte Verlusterlebnisse oder ein komplizierter Trauerprozess Ursache für psychische Erkrankungen sein können (Worden 1987).

Er modifizierte die nach Spiegel (1973) formulierten acht Aufgaben der Trauerarbeit und entwickelte sein Modell des Trauerprozesses, das sich aus vier Phasen zusammensetzt.

Aufgabe I: Den Verlust als Realität akzeptieren

Direkt nach dem Tod eines emotional bedeutsamen Menschen kommt es zur Leugnung

des Verlustes, seiner Bedeutung oder seiner Endgültigkeit. Die Realisierung und Akzeptanz des Todes stellt die erste Traueraufgabe dar (Worden 1987, S. 19-21).

Aufgabe II: Den Trauerschmerz erfahren

„Sowohl die tatsächlich physischen Schmerzen, (...), als auch das emotionale und verhaltensspezifische Leid“ (Worden 1987, S. 21) werden als Trauerschmerz angesehen. Die zweite Traueraufgabe besteht darin, sich dem Trauerschmerz zu stellen und ihn zu durchleben, damit er nicht zu einem späteren Zeitpunkt erneut auftritt. Die Bewältigung wird heutzutage durch die gesellschaftliche Einstellung, die den Tod und die Trauer als störend empfindet, oftmals erschwert (Worden 1987, S. 21-22).

Aufgabe III: Sich anpassen an seine Umwelt, in der der Verstorbene fehlt

Die dritte Aufgabe erfordert erst einmal eine Reflexion darüber, welche Rollen der Verstorbene zu Lebzeiten eingenommen hat. „In der Regel wird der hinterbliebenen Person erst nach dem Verlust richtig bewusst, worin die verschiedenen Rollen des Verstorbenen zu seinen Lebzeiten bestanden haben“ (Worden 1987, S. 24). Daraufhin ist es die Aufgabe des Trauernden, die durch den Verlust freigesetzten Rollen zum Teil selbst zu übernehmen. Die Anpassung an diese neuen Anforderungen der Umwelt ermöglicht dem Trauernden den Erwerb neuer Fähigkeiten. „So kann ein Hinterbliebener dem Verlust Aspekte abgewinnen, die ihn weiterbringen“ (Worden 1987, S. 24). Das Gelingen der Aufgabenbewältigung führt zur Entwicklung neuer Perspektiven.

Aufgabe IV: Emotionale Energie abziehen und in eine andere Beziehung investieren

Als letzte Aufgabe sieht Worden die emotionale Loslösung von dem Verstorbenen und das Erlangen der Fähigkeit, wieder neue Beziehungen einzugehen. Erschwerend ist dabei die Angst der Trauernden sich von dem Verstorbenen abzuwenden und ihn damit „vollkommen“, d. h. auch gedanklich zu verlieren. Die Trauernden müssen aber erkennen, dass es möglich ist, neue Beziehungen einzugehen, ohne gleichzeitig die Erinnerung an den Verstorbenen zu verlieren (Worden 1987, S. 24-25).

1991 modifizierte Worden sein ursprüngliches Modell: Die erste und dritte Aufgabe übernahm er unverändert; die anderen Beiden formulierte er neu. Die zweite Aufgabe

nannte er ab diesem Zeitpunkt „Den Trauerschmerz erfahren und durcharbeiten“, so dass er nun auch neben der Schmerzerfahrung, dessen aktive Bearbeitung hervorhob. Die vierte Aufgabe bezeichnet er als „Dem Verstorbenen emotional einen neuen Platz zuweisen und das eigene Leben wieder aufnehmen“ (Aulbert/Smeding 1997, S. 868). Damit übernahm er das Verständnis, dass eine Resttrauer im Sinne einer veränderten Beziehung zum Verstorbenen, auch nach abgelaufener Trauerarbeit bestehen bleibt und sich der Trauernde nicht völlig vom Verstorbenen lösen muss. Die Resttrauer erlaubt den Trauernden auch nach erfolgreichem Bewältigen der Traueraufgaben das Empfinden von Trauerschmerz bei der Erinnerung an den Verstorbenen (Aulbert/Smeding 1997, 867). Zudem hat diese Anerkennung der Resttrauer zur Folge, dass stetig wiederkehrende Gefühle der Trauer „damit als normaler Trauerprozess gewertet werden und (...) durchaus nicht als unbewältigte Trauerarbeit oder als ein unbeendeter, nicht abgeschlossener Trauerprozess und somit als pathologisch eingestuft werden“ (Aulbert/ Smeding 1997, S. 867).

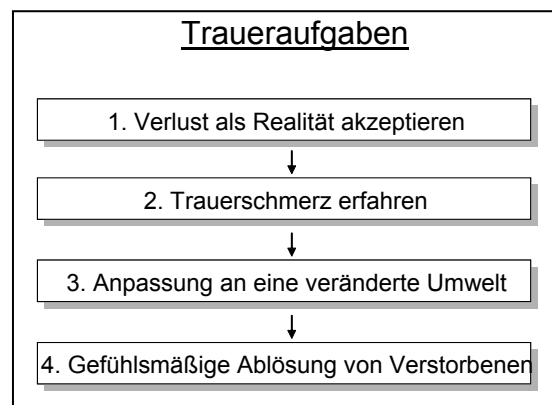


Abb. 1.4: Traueraufgaben (Worden 1999)

Diese gezeigten Neuformulierungen Wordens sind trotz ihrer Bedeutsamkeit nicht in die zweite Auflage der deutschen Übersetzung, die 1999 erschien, übernommen worden. In den Aufzeichnungen von Aulbert und Smeding (1997) geht die Modifizierung jedoch hervor.

1.3.4 NEUE IDEEN UND MODELLE DER TRAUERFORSCHUNG

Einen Einblick in die aktuelle, internationale Trauerforschung ermöglicht unter anderem die Sterbebegleiterin Paul (2001) in ihrem Buch „Neue Wege in der Trauer- und

Sterbebegleitung. Hintergründe und Erfahrungsberichte für die Praxis“, auf dessen Grundlage die Idee der „Fortgesetzten Bindungen“ von Klass, Nickmann und Silverman als Weiterentwicklung der oben aufgeführten linearen Phasenmodelle vorgestellt werden soll.

1.3.4.1 CONTINUING BONDS-THEORIE VON KLASS, NICKMANN + SILVERMAN

1996 stellten Klass, Nickmann und Silverman gemeinsam in ihrem Buch „Continuing Bonds“ ihre neue Idee vor (Paul 2001, S. 182). Auswertungen von Forschungsinterviews mit Kindern, die einen Elternteil verloren hatten, Untersuchungen mit jungen Frauen, die als Kinder den Verlust der Eltern erlebten und Untersuchungen mit trauernden Eltern ergaben, „dass sowohl trauernde Kinder als auch trauernde Erwachsene darum kämpfen, eine Verbindung zu der oder dem Verstorbenen aufrechtzuerhalten“ (Klass u.a. 2001, S. 184). Diese Ergebnisse ließen sich für die Wissenschaftler nicht überzeugend in die bis dahin bekannten Trauermodelle einordnen. Die Vorstellung über die Loslösung von der Beziehung mit dem Verstorbenen wurde von ihnen verworfen, vielmehr waren sie der Auffassung, dass die Trauernden eine Veränderung der Beziehung zwar akzeptieren, aber gleichzeitig eine Verbindung zu der verlorenen Person teilweise lebenslang fortsetzen, indem sie sich weiterhin innerlich mit dem Verstorbenen auseinandersetzen. Den Trauernden verschafft es Erleichterung aus der Vergangenheit hinaus in die Zukunft zu blicken (Klaas u.a. 2001, S. 186). „Es ist als normal anzusehen, dass Trauernde eine Präsenz und Verbindung mit den Verstorbenen aufrecht erhalten und dass diese Präsenz nicht statisch ist“ (Klass u.a. 2001, S. 188).

Da sich fortwährend der Entwicklungsstand und die Lebenssituation des Trauernden verändert, muss sich folglich auch die Beziehung zum Verstorbenen weiterentwickeln bzw. anpassen, so dass Klass eine nicht-statische Beziehungsform deklariert. Die Wissenschaftler sprechen von „einem Anpassungs- und Wandlungsprozess in der Beziehung nach dem Tod und der Konstruktion und Rekonstruktion neuer Verbindungen“ (Klass u.a. 2001, S. 188-189).

Auch Neimeyer (2001) ist der Auffassung der „Continuing Bonds“: Die Aufgabe der Trauer ist der Aufbau einer neuen Bedeutung des Verlustes. Diese als „Meaning

Reconstruction“ bezeichnete Aufgabe verlangt vom Trauernden den Verlust der „repräsentativen Person“ in seine Lebenswelt zu integrieren.

1.4 DIE PATHOLOGISCHE TRAUERREAKTION

In aktuellen Lehrbüchern (Tölle 1996 oder Huber 2005) wird die abnorme oder krankhafte Trauerreaktion als Abweichung nach Ausmaß, Dauer und Symptomatik vom Durchschnitt einer normalen Trauerreaktion definiert. Aus der aktuellen Trauerliteratur ergibt sich jedoch keine einheitliche Bezeichnung für die Beschreibung solcher Trauerreaktionen, die sich von der normalen Trauer abheben.

Es gibt zahlreiche Auseinandersetzungen mit dem Phänomen der pathologischen Trauer. Schon Freud (1917) sah die Melancholie mit ihrer Ambivalenz und den Schuldgefühlen dem Verstorbenen gegenüber als pathologische Variante der normalen Trauer an. Lindemann brachte 1944 grundlegende Erkenntnisse zur Beschreibung der Trauerreaktion. Er unterschied die normale Trauerreaktion von verzögerten und verzerrten Trauerreaktionen; gesteigertes Maß an Aktivität, sozialer Rückzug, Übernahme von Symptomen des Verstorbenen sowie psychosomatische Erkrankungen charakterisieren das Bild einer verzerrten Trauerreaktion.

Betrachtet man Worden, so zitiert dieser eine Definition pathologischer Trauer nach Horowitz: „(...) Intensivierung der Trauer in einem solchen Grade, daß die Person davon überwältigt wird, sich auf mangelhaft angepasstes Verhalten verlegt oder endlos im Zustand der Trauer verharrt, ohne dem Abschluss des Trauerprozesses auch nur einen Schritt näher zu kommen“ (Worden 1987, S. 75). Aus dieser Aussage entwickelt er vier Formen pathologischer Trauerreaktionen:

- Chronische Trauerreaktionen

„Eine chronische Trauerreaktion hält übermäßig lange an und kommt nie zu einem befriedigenden Abschluß“ (Worden 1987, S. 76). Verbleiben des Trauernden bei der Lösung einer Aufgabe.

- Verzögerte Trauerreaktionen

Nicht ausgedrückter Trauerschmerz nach früheren Verlusten wird bei einem neuen Verlusterlebnis zusätzlich erlebt. Diese verzögerte Trauerreaktion zeichnet sich durch

ihre immense Intensität der Gefühle aus, so dass sie den Trauernden selbst häufig als übertrieben erscheint (Worden 1987, S. 76-77).

- Übertriebene Trauerreaktionen

Reaktionen auf einen Verlust, den der Trauernde einem bestimmten Verlusterlebnis zuordnen kann, werden als beängstigend empfunden. Der Trauernde kann sich ein Weiterleben ohne den Verstorbenen nicht vorstellen. Diese übertriebene Angst geht über die im Rahmen normaler Trauerreaktionen auftretenden Angstgefühle hinaus bis hin zu der Entwicklung einer Phobie (Worden 1987, S. 77-78).

- Larvierte Trauerreaktionen

„Menschen mit larvierten Trauerreaktionen bemerken bei sich Symptome und Verhaltensweisen, die sie in Schwierigkeiten bringen, doch sie sehen oder erkennen nicht, daß diese mit dem Verlust zusammenhängen“ (Worden 1987, S. 78). Die meist physischen Beschwerden ähneln dabei häufig den Erkrankungen, an denen die Verstorbenen zum Schluss ihres Lebens litten.

Bei der pathologischen Trauer handelt es sich nach Worden „um eine kontinuierliche Beziehung zwischen normalen und abnormen Trauerreaktionen, zwischen dem Komplizierten und dem Unkomplizierten“ (...) und daß Pathologisches mehr mit der Intensität einer Reaktion oder der Dauer einer Reaktion zu tun hat als mit dem bloßen Vorhandensein oder Fehlen eines spezifischen Verhaltens“ (Worden 1987, S. 76).

„Die notwendige Unterscheidung zwischen normaler und pathologischer Trauerreaktion wirft (...) erhebliche Probleme auf: Die Übergänge zwischen normaler und psychopathologischer Trauer sind fließend“ (Aulbert/Smeding 1997, S. 868-869). Auf Grund der sehr individuellen Ausprägung des Trauerprozesses ist die Differenzierung in Form von klaren Kriterien wie Dauer oder Intensität zwischen normaler und komplizierter Trauer erschwert. Insbesondere die *Dauer des Trauerprozesses* ist individuell und schwer festlegbar. Bisherige empirische Befunde zum Verlauf der Trauerreaktion zeigen, dass die Dauer der Trauerverarbeitung nicht unbedingt als einziges Kriterium einer komplizierten Trauer herangezogen werden kann. Das früher übliche "Trauerjahr" erscheint sogar häufig zu kurz. Auch pflegt der Schmerz nicht am Anfang, sondern Monate nach dem Verlust am ausgeprägtesten zu sein. Auch die

Aussage eines untersuchten Patienten stützt diese Auffassung: „Der Tod ist mir erst viel später bewusst geworden.“

Frühere Forscher (Lindemann 1944; Engel 1961) hielten den normalen Trauerprozess bereits nach einigen Wochen bzw. wenigen Monaten für abgeschlossen.

Zisook und Schuchter (1986) zeigten in ihrer Studie, dass die Belastung bei den meisten Menschen, die ihren Partner verloren hatten, auch noch nach Jahren sehr hoch einzuschätzen war. Jede sechste Person beschäftigte sich 4 Jahre nach dem Verlust ständig mit der verstorbenen Person, auch wenn sie den Verlust akzeptiert hatte.

Zu einer anderen Auffassung kamen Bonnano und Kaltmann (2001). Sie beobachteten, dass eine Gruppe von Personen, die zu Anfang eine geringer ausgeprägte Trauerreaktion zeigte, nicht wie vermutet auf längere Sicht größere Schwierigkeiten hatte, sondern wie die Mehrzahl der Personen nach ca. ein bis zwei Jahren nur noch gering ausgeprägte Trauer empfand. Im Gegensatz dazu zeigten ca. 15 % der Personen, bei denen zuerst einen normalen Verlauf beobachtet wurde, nach Jahren eine chronische Entwicklung des Trauerprozesses.

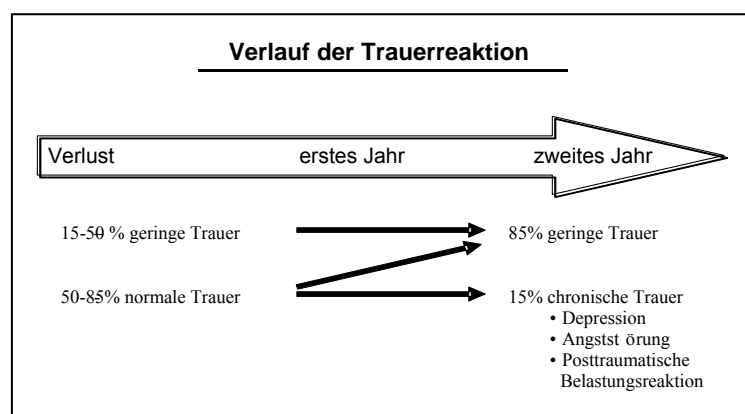


Abb. 1.5: Schema zum Verlauf der Trauerreaktion (Bonnano & Kaltmann 2001)

„Entgegen bisherigen Einschätzungen ist gerade die Eingangs- bzw. Auslösephase der Trauer besonders bedeutend und bleibt auch in der Rückschau wesentlich: 76 % von in Deutschland und 92 % von in USA interviewten Trauernden gaben an, den Tiefpunkt ihrer Krise bzw. die heftigsten und schlimmsten Trauerreaktionen (...) schon perimortal erlebt zu haben, d.h. in den ersten Stunden und Minuten unmittelbar vor und nach dem Tod (...) und in den ersten Tagen vor und bis zur Bestattung“ (Lammer 2004, S. 34, bezogen auf Bojanovsky (1983) und Havard-Studie (1983)). Auch die aktuelle

Trauerforschung mit der Auffassung einer fortbestehenden Resttrauer erschwert die zeitliche Festlegung des Trauerprozesses. Daraus schließt sich, „daß die zeitlichen Vorstellungen als Kriterium für krankhafte und normale Trauer relativiert werden müssen“ (Aulbert/Smeding 1997, S. 869).

Die Problematik der Definition „pathologischer Trauer“ wird auch in der aktuellen diagnostischen Psychiatrie nicht eindeutig gelöst.

„Normale Trauerreaktionen“, die kulturspezifisch sind und meist nicht länger als 6 Monate dauern, werden überhaupt nicht in ICD-10, Kap. V klassifiziert (Huber 2004, S. 456). Chronische Trauer wird in den beiden großen Klassifikationssystemen der Psychiatrie (DSM IV bzw. ICD-10, Kapitel F) nicht als eigenständiges Krankheitsbild erfasst. Mit der Überlegung pathologische Trauer als separate Kategorie mentaler Störungen aufzustellen oder in vorbestehende Klassifikationen wie in das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ einzuordnen beschäftigten sich Forscher der Universität Utrecht (Stroebe et al. 2000) und Lichtenthal mit Kollegen (Lichtenthal et al. 2004).

„Die ICD-10 kodiert Trauerreaktionen unter Faktoren die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen (Z 63.4 „Verschwinden oder Tod eines Familienangehörigen“). Verlängerte und intensiviertere Trauerreaktionen werden als „Anpassungsstörung“ (F 43.28) gewertet“ (Kersting 2001, 2003). Allen „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F 43) soll gemeinsam sein, dass ein belastendes Lebensereignis oder eine besondere ungünstige Lebensveränderung erfolgreiche Mechanismen der Bewältigung und Anpassung verhindern und so zu einer Störung der sozialen Leistungsfähigkeit führen (Huber 2004, S. 456).

Trauer wird im DSM-IV in die Kategorie „weitere klinisch relevante Probleme eingeordnet (V 62.82).

Über die Prävalenz für pathologische Trauer besteht keine einheitliche Vorstellung. Schätzungen verschiedener Forscher reichen von 20 % bis hin zu 40 % (Horowitz et al. 1997/ Rando 1993). Konkrete epidemiologische Daten liegen noch nicht vor.

Aufgrund einer fehlenden - einheitlich geltenden - Definition ist es einfacher Risikofaktoren zu betrachten, um komplizierende Bedingungen zu erkennen, die den normalen Trauerverlauf gefährden (Aulbert/Smeding 1997, S. 869).

1.5 RISIKOFAKTOREN DES NORMALEN TRAUERPROZESSES

Auf der Grundlage von Littlewoods Arbeit aus den 90er Jahren, die sich mit den Ergebnissen verschiedener Forschungen, unter anderem Parkes (1983) und Rando (1993), beschäftigte, erarbeitete Goldbrunner (1996) eine systematische Übersicht über die Risikofaktoren normaler Trauer (siehe Tab. 1.2).

Tab. 1.2: Risikofaktoren für einen normalen Trauerprozess (Goldbrunner 1996, S. 37)

1. Die Beziehung zwischen dem Trauernden und dem Verstorbenen
<ul style="list-style-type: none"> - hochgradig ambivalente Beziehungen - narzisstische Beziehungen, in welchen der Verstorbene eine Erweiterung des Selbst repräsentierte - Beziehungen mit hoher Abhängigkeit
2. Begleitumstände des Todes
<ul style="list-style-type: none"> - wenn der Verlust nicht gesichert ist und der Trauernde nicht sicher sein kann, ob die Person lebt oder tot ist - Katastrophen, in welchen mehrere Tote zu betrauern sind - Todesfälle, in welchen der Körper des Verstorbenen nicht auffindbar ist - unerwartete Todesfälle - Todesfälle durch Suizid, Mord oder Selbstvernachlässigung
3. Die Lebensgeschichte des Trauernden
<ul style="list-style-type: none"> - Personen, die in der Vergangenheit bereits komplizierte Trauerreaktionen zeigten - Personen, die mehrere Todesfälle in einer kurzen Zeitspanne erleben mussten
4. Die Persönlichkeit des Trauernden
<ul style="list-style-type: none"> - Personen, die auftretende Gefühle der Hilflosigkeit vermeiden - Personen, die sich selbst für „stark“ halten und sich nicht gehen lassen
5. Soziale Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> - der Verlust kann im sozialen Umfeld nicht besprochen werden, und eine Verschwörung des Schweigens umgibt den Tod oder auch die Beziehung, die als beschämend angesehen wird - der Verlust wird sozial negiert – der Trauernde verhält sich so, als wenn der Verlust nicht stattgefunden hätte - das Fehlen unterstützender Netzwerke - das Vorhandensein eines sozialen Netzwerkes, das Trauer beeinträchtigt

Bezüglich der Beurteilung des Trauerverhaltens eines Menschen bemerkte schon Worden, dass man „etwas über seinen sozialen, ethischen und religiösen Hintergrund wissen“ muss (Worden 1987, S. 43). Der Umgang mit Tod und Trauer ist stets abhängig von der jeweils bestehenden Zeit und Kultur, also auch von den gesellschaftlich

akzeptierten Normen und Werten: „Die Einstellung zum Tod entsteht aus der dynamischen und sich verändernden Wechselwirkung zwischen Individuum und Umwelt und ist mit dem individuellen und kollektiven Bild von Mensch, Natur und Gesellschaft verbunden“ (Mischke 1996). So können zum Beispiel kulturelle Normen über die Dauer eines Trauerprozesses eine Äußerung des Trauernden über den Tod und somit seine Auseinandersetzung verhindern.

Weitere Faktoren, die als beeinträchtigend für den Verlauf des Trauerprozesses gelten, sind die soziale Isolierung und Einsamkeit, dysfunktionale Gedanken, d.h. alle Gedanken, die neben der Trauer Emotionen wie Schuld, Ärger, Angst oder Scham hervorrufen, Rumination im Sinne einer ständigen gedanklichen Beschäftigung mit dem Verstorbenen oder den mit ihm verknüpften Gedanken und inhibitorische Prozesse wie Verdrängung, Verleugnung und Vermeidung (Znoj 2004, S. 35). Liegen diese den normalen Trauerverlauf gefährdenden Faktoren vor, bedeutet das nicht in jedem Fall, dass ein pathologischer Verlauf folgen wird. Es handelt sich noch um normale Trauer; jedoch wird der Trauernde mit erschwerten Bedingungen konfrontiert. Die Risikofaktoren, die zu schwerer Trauer in der Allgemeinbevölkerung führen, scheinen dabei auch bei Patienten mit vorbestehender psychiatrischer Erkrankung zu gelten (Macias et al. 2004).

In Kenntnis der gerade vorgestellten Risikofaktoren, lässt sich das Aufschaukelungsmodell als Entstehungsmodell der komplizierten Trauer einordnen.

1.6 DAS AUFSCHAUKELUNGSMODELL NACH ZNOJ

Nach Znoj (2004) ist „die komplizierte Trauer das Produkt eines Aufschaukelungsprozesses (positive Feedback-Schleufe) der natürlichen Trauerreaktion“ (Znoj 2004, S. 39). Die folgende Abbildung stellt schematisch das Modell vor:

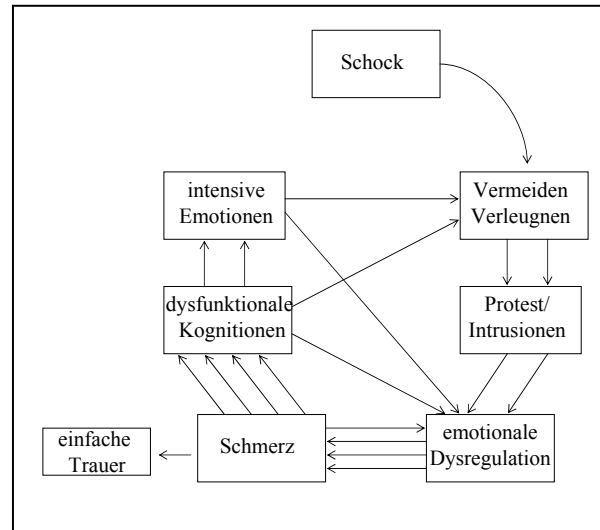


Abb. 1.6: Das Aufschaukelungsmodell der komplizierten Trauer (Znoj 2004)

Zu Anfang steht der Schock durch die Nachricht des Todes; danach kommt es zum Verleugnen des Verlustes oder zu der Vorstellung, die verstorbene Person gesehen oder gehört zu haben, wobei gerade Träume eine bedeutende Rolle spielen. Der weitere Verlauf wird dann erst durch den emotionalen Aufschrei, die emotionale Dysregulation und schließlich den klaren Schmerz bestimmt, der als Trauer zum Ausdruck kommt. „Diesen idealisierten Verlauf bezeichnet man allgemein als Trauerreaktion“ (Znoj 2004, S. 38).

Über weitere Stufen erfolgt die Komplizierung der Trauer oder das Aufschaukeln der Trauerreaktion.

Dysfunktionale Kognitionen in Form von Selbstvorwürfen und dadurch ausgelöste intensive Gefühle wie Ärger oder Schuld verstärken die Verleugnung der Realität. Trotz dieser Verleugnung, kommt es auf Dauer immer wieder zu einem intrusiven und für den Trauernden schockierenden Realisieren des Verlustes, das unkontrollierte emotionale Reaktionen auslöst und somit das emotionale Gleichgewicht stört. Fortlaufend verstärkt sich dieser Reaktionskreis durch positive Rückkopplungen - in der Abbildung dargestellt durch die Pfeile -, so dass das neue emotionale Schema funktional autonom wird.

1.7 SYMPTOME DER PATHOLOGISCHEN TRAUER

Symptome einer pathologischen Trauerreaktion ähneln oft denen der normalen Trauer. Man sollte aber immer bedenken, dass Trauerreaktionen vielfältig und unterschiedlich

verlaufen können. Man findet statt des normalen Trauerns um den Verlorenen: Versteinerung und Abkapselung, Passivität und Interessenlosigkeit, zum Teil Verbitterung und Aggressionshaltung der Umwelt gegenüber. Auch funktionelle vegetative Störungen, die z. T. an die Krankheit des Verstorbenen anknüpfen (Identifikationstendenz) gehen mit der krankhaften Trauerreaktion einher. In Tabelle 1.3 sind zur Übersicht die normale und komplizierte Trauerreaktion aufgeführt. Znojs Darstellung ist vergleichbar mit dem Phasenmodell von Horowitz (siehe Kapitel 1.3.2.2.).

Tab. 1.3: Schematischer Vergleich zwischen einer einfachen und komplizierten Trauerreaktion (Znoj, H., 2004, S.12)

	Einfache Trauerreaktion	Komplizierte Trauerreaktion
Verlauf	Allmähliche Anpassung an die neue Realität, vergleichsweise abnehmende Intensität der gefühlten Trauer. Anpassung an neue Wirklichkeit ohne die verstorbene Person gelingt.	Starke, impulsive emotionale Reaktionen wie Wut, Schuldgefühle und Angst. Manchmal verzögerte Trauerreaktion. Keine kontinuierliche Abnahme der Trauerintensität. Die Trauer wird oft nicht als Traurigkeit erlebt. Anpassung an neue Wirklichkeit gelingt nicht.
Symptomatik	Trauerreaktion mit Rückzug und häufigem Weinen. Der Ausdruck der Trauerreaktion ist stark von kulturellen Normen geprägt.	Selbstschädigendes Verhalten, Panikattacken, depressive Reizbarkeit, anhaltende und häufige Intrusionen, Gefühl innerer 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

Die physischen und psychischen Auswirkungen durch krankhafte Trauerreaktion konnten in einigen Studien belegt werden. Rozenzweig und Kollegen betrachteten Depression, Angst und Substanzmissbrauch als zusätzliche Komplizierung der Trauer (Rozenzweig et al. 1997). Eine Analyse von Prigerson (Prigerson et al. 1995) benannte sieben Symptome, die komplizierte Trauer ausmachen: Suche nach dem Verstorbenen, Sehnsucht, dauerhafte gedankliche Beschäftigung mit dem Verlust, Weinen, Unglauben, Versteinerung und mangelnde Akzeptanz des Todes.

Besonders das erhöhte Risiko an einer depressiven Störung zu erkranken wurde in verschiedenen Untersuchungen (Bruc et al. 1990, Clayton 1990, Zisook et al. 1993) aufgezeigt.

1.8 DIAGNOSTIK: PATHOLOGISCHE TRAUER

Die Unterscheidung zwischen normaler und pathologischer Trauer ist nicht klar formuliert. Gerade für Psychotherapeuten und Ärzte erschwert es die Diagnosefindung. Forscher von der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Münster analysierten 47 Messinstrumente, mit denen Trauer erfasst wird (Kersting 2003).

Die Messinstrumente der letzten zwanzig Jahre reichten von Zisook mit dem Texas-Inventory of Grief (Zisook et al. 1982) bis Ho mit der Grief-Reaction Assessment-Form (Ho et al. 2002). „Die meisten Messinstrumente wurden entwickelt, um normale, angemessene Trauerreaktionen hinsichtlich ihrer Intensität quantifizieren zu können“, berichten die Forscher (Deutsches Ärzteblatt, Juli 2004).

Die Entwicklung zahlreicher Instrumente erfolgte eher auf der Grundlage klinischer Erfahrungen oder in der Literatur beschriebener Trauerphänomene als theoriegeleitet.

Nur zwei Messinstrumente, zum einen das ICG und auf der anderen das CGSQ, differenzieren zwischen normalen und pathologischen Trauerverläufen, wobei kritisch zu diskutieren ist, „ob die mit dem ICG (Inventory of complicated grief) und dem CGSQ (Complicated grief symptoms questions) erfassten Merkmale tatsächlich das gesamte Spektrum pathologischer Trauer abbilden oder nicht eher eine Sonderform pathologischer Trauer mit besonderer Nähe zu traumatischem Erleben erfassen“ (Kersting 2003). Aktuell zeigten Forstmeier und Maercker (2007) bei einem Vergleich zwischen den beiden Diagnostiksystemen, dass die Kriterien nach Horowitz weiter gesteckt und weniger streng sind als die Kriterien nach Prigerson et al., so dass diese eine international standardisierte Diagnostiksystem für komplizierte Trauer fordern.

Insgesamt sind im deutschsprachigen Raum lediglich diese beiden Messinstrumente, ein Fragebogen zur Erfassung von Trauer nach einem Abort, das CGM als Fragebogenversion (Complicated Grief Modul, Langner et al. 2005), eine nicht validierte CGM-Interviewversion von Maercker et al. (URL: http://www.psychologie.uni-trier.de/maercker/trauma_ptsd/koml-trauer.html, Stand: 04.10.2005) und ein nicht validierter Fragebogen zur Komplizierten Trauer nach Rosner (2003) (URL: http://www.psychologie.uni-trier.de/maercker/trauma_ptsd/kompl-trauer/traumat-trauer_fb.pdf, Stand: 4.10.2005) vorhanden.

Maercker erstellte eine deutsche Fassung des CGSQ und Rosner eine deutsche Fassung des ICG, die in dieser Studie sowohl als Messinstrument im Interview, als auch im Fragebogen verwendet wurde. Für Details wird wir auf das Kapitel 3 verwiesen. Nun sollen die beiden validierten Messinstrumente kurz vorgestellt werden.

1.8.1 DAS INVENTORY OF COMPLICATED GRIEF NACH PRIGERSON + JACOBS

1995 entwickelten Prigerson und Jacobs das Messinstrument ICG (Inventory of Complicated Grief, 1995), dass die Differenzierung zwischen normaler und komplizierter Trauer ermöglicht. Die diagnostischen Kriterien sind der Abbildung 1.7 zu entnehmen.

Fragebogen zur komplizierten Trauer nach Prigerson und Jacobs (1999)
<p>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 vorkommen:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>B-Kriterium Als Reaktion auf den Verlust sind mindestens vier der folgenden acht Symptome klar und andauernd feststellbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 sie gestorben - ein zerbrochenes Lebensgefühl und Lebensperspektive (kein Gefühl der Sicherheit, Vertrauen oder Kontrolle) - Übernahme von Verhaltensweisen oder Symptomen der verstorbenen Person oder Verhalten, das mit der verstorbenen Person eng verbunden ist - Exzessive Reizbarkeit, Ärgerreaktionen, Bitterkeit oder Ärger gegenüber der verstorbenen Person. <p>C-Kriterium Die genannten Störungen oder Symptome dauern während mindestens zweier Monate an.</p> <p>D-Kriterium Die Störung verursacht klinisch relevante Einbußen psychischen Funktionierens in sozialen Bereichen, im Beruf oder in anderen wichtigen Lebensbereichen.</p>

Abb. 1.7: Diagnostikkriterien für Komplizierte Trauer nach Prigerson und Jacobs (Znoj 2004, S. 14)

Auch Prigerson und Jacobs (2001) konnten den Nachweis einer hohen Sensitivität und Spezifität (beide 0.93) erbringen.

1.8.2 COMPLICATED-GRIEF-SYMP TOMS-QUESTIONS VON HOROWITZ ET AL.

Das Complicated-Grief-Symptoms-Questions von Horowitz et al. (1997) hält sich an die Struktur des „Diagnostic and Statistical Manuals of Mental Disorders“ (DSM). Im Vergleich zu Prigerson und Jacobs zählt neben der intrusiven auch die vermeidende Symptomatik zu den diagnostischen Kriterien. Die Diagnostikkriterien für komplizierte Trauer sind in Abbildung 1.8 dargestellt.

Komplizierte Trauer nach 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 Fantasien, 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.

Abb. 1.8: Diagnostikkriterien für Komplizierte Trauer nach Horowitz et al. (Znoj 2004, S. 13)

„Für die Kriterien ergab sich durchschnittlich für das erste halbe Jahr nach dem Verlust eine Sensitivität von 0.80 und eine Spezifität von 0.85. Nach 14 Monaten wuchs die Sensitivität auf 1.0; die Spezifität erzielte einen leicht tieferen Wert von 0.71“ (Znoj 2004, 13).

1.9 TRAUER UND AFFEKTIVE STÖRUNG

Eine Affektive Störung wird folgendermaßen definiert: „Als affektive Erkrankungen (Affektive Störung; ICD-10; F3) wird eine Gruppe von Erkrankungen bezeichnet, bei der die Störung der Gestimmtheit (Affektivität) gemeinsam mit Störungen des Antriebs und der Psychomotorik als charakteristisch angesehen wird. Grundsätzlich lassen sich

im Verlauf von affektiven Erkrankungen zwei Syndrome unterscheiden, die als einander entgegengesetzte Pole aufgefasst werden: das depressive Syndrom und das manische Syndrom“ (Arolt 2003). Bezug genommen wird in dieser Studie allerdings nur auf den Pol „Depression“ und dessen Beziehung zu Trauer.

Trauerprozesse können Auswirkungen haben auf die physische und psychische Gesundheit des Menschen; das zeigten zahlreiche Studien (Bruc et al. 1990, Clayton 1990, Jacobs et al. 1990, Zisook et al. 1993, Prigerson et al. 1997, Prigerson et al. 1999, Cox et al. 2002), die ein erhöhtes Risiko eine depressive Störung (Day 1989, Finley-Jones et al. 1981) und Angsterkrankung (Jacobs 1990) zu entwickeln, nachweisen konnten.

In einer Längsschnittstudie führten Zisook et al. (1991) auf, dass lang andauernde Trauer mit erhöhten depressiven Symptomen einhergeht. Sie untersuchten 350 Witwen und Witwer, und fanden heraus, dass 24 % der Hinterbliebenen zwei Monate nach dem Tod ihres Partners Symptome einer Major Depression aufwiesen. Nach 7 Monaten konnten die Kriterien noch bei 23 %, und nach 13 Monaten bei 16 % der Untersuchten festgestellt werden. In dieser Untersuchung litten auch nach 2 Jahren noch 18 % aller untersuchten Personen an einer klinisch relevanten Depression.

Hensley (2006) berichtet von ähnlichen Ergebnissen. Bei den Trauernden fanden sich einen Monat nach dem Verlust 40 %, die die Kriterien für eine Major Depression erfüllten. Nach einem Jahr waren 15 % der Trauernden depressiv und nach 2 Jahren waren es nur noch 7 %.

Auch Byrne und Raphael (1999) zeigten, dass eine depressive Symptomatik gehäuft bei älteren Witwern nach einem Verlust auftritt. Diese spiegelten aber Erscheinungsformen der Trauer nicht so klar wieder wie Angstsymptome. Nicht nur bei älteren Menschen konnte dieses erhöhte Risiko festgestellt werden. Auch Erwachsene, die in ihrer Kindheit ein Elternteil durch den Tod verloren haben, wiesen eine erhöhte Anfälligkeit auf (Brown et al. 1977). Die Diagnose komplizierter Trauer sollte aber auch bei jungen Erwachsenen nicht unterschätzt werden (Piper et al. 2001). Gerade Trauernde mit einer vorbestehenden psychiatrischen Erkrankung sind besonders gefährdet eine Depression oder depressions-assoziierte physische Symptome zu entwickeln (Surtees et al. 1999/Mazure et al. 2000). Untersuchungen von Barry und weiteren Forschern (Barry et al. 2003) zeigten, dass die Wahrnehmung der Trauernden bezüglich der Umstände des

Todes und deren Vorbereitung auf den Tod als Risikofaktoren für das Auftreten späterer psychiatrischer Störungen zu verstehen ist. 122 Personen wurden vier und neun Monate nach einem Verlust interviewt. Dabei konnten die Forscher eine Assoziation zwischen den Trauernden, die den Tod als sehr gewaltsam wahrnahmen, und majoren Depressionen zum Zeitpunkt der ersten Befragung beobachten. Das Gefühl der fehlenden Vorbereitung auf den Tod war bei dem ersten Interview assoziiert mit komplizierter Trauer, bei dem zweiten Interview neben der komplizierten Trauer auch mit MDD (Major depression disorder).

Laut Jacobs (1993) Studienergebnissen entwickelten ungefähr 20 % der Verlustgezeichneten klinische Komplikationen. Dabei kann Trauer laut verschiedener Studien (Ogrodniczuk et al. 2003, Boelen et al. 2003, Prigerson et al. 1995) diagnostisch von den anderen Symptomgruppen, besonders Depression (Horowitz et al. 1997, Prigerson 1995, Prigerson 1999) und Angststörungen (Prigerson et al. 1996) abgegrenzt werden. „Während eine komplizierte Trauerreaktion schon eine Depression sein kann, ist eine nicht-komplizierte Trauerreaktion noch keine Depression“ (Kameros 2004, S. 67).

Horowitz und Mitarbeiter gelangten zu dem Ergebnis, dass 21 % der Personen, bei denen eine komplizierte Trauer diagnostiziert wurde, gleichzeitig auch eine Major Depression aufwiesen. 79 % aller kompliziert Trauernden erfüllten dabei die diagnostischen Kriterien einer Lebenszeitprävalenz von MDD. Das Risiko für eine komplizierte Trauerreaktion ist somit bei Personen mit depressiver Veranlagung erhöht. Werte zur Komorbidität variieren je nach Studie zwischen 14 % (Zisook 1994) und 94 % (Kim und Jacobs 1991). Die Prävalenz konnte bis jetzt durch die fehlende einheitliche Klassifikation nicht zufriedenstellend bestimmt werden. Krankhaftes Verhalten wird dabei oftmals von den Patienten auch nicht mit Trauer in Verbindung gebracht (Piper et al. 2001).

Im ICD-10 wird Depression folgendermaßen definiert: Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden, leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und

Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von sogenannten "somatischen" Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen (ICD-10, Online: URL: <http://www.btonline.de/gesetzte/icd10/fr-icd.html>, Stand 6.03.2006).

Die Definition von Volkan beschreibt Depression im Zusammenhang mit dem Trauerprozess als eine vom abgründig Trauernden „nicht zum Ausdruck gebrachte und nach innen gekehrte Wut“ (Volkan 2000). Ein „abgründig Trauernder“ ist dabei ein von Volkan geprägter Begriff, der auf eine ungelöste Trauer zurückzuführen ist. Patienten, die im Rahmen dieser Studie interviewt wurden, äußerten folgendes: „Ich will nichts mehr spüren.“, „Ich fühle mich innen hohl.“, „Mein Innerstes gleicht einem leeren Raum.“, „Der Unterschied zwischen einem Toten und einem Depressiven ist, dass der Depressive weiß, dass er tot ist.“

„Trauer ähnelt Depression“ (Znoj 2005, S. 16). Beide können über die gleichen Auslöser verursacht werden und ähnliche Symptome ausdrücken. Depression unterscheidet sich aber von der Trauer „in Intensität, Extensität und durch Qualität des subjektiven Befindens“ (Kameros 2004, S. 67). „Der Trauernde empfindet seinen Zustand und seine Erlebnisweise als im Rahmen der Normalität liegend“ (Kameros 2004 aus Jaspers 1913, 1973). Ein wesentlicher Unterschied liegt in der Trauerarbeit: „Bei der Trauer werden Ereignisse aufgearbeitet und durchlebt“ (Meyendorf et al 2000, S. 18ff.). Die depressive Symptomatik im Trauervorgang nimmt gewöhnlich ab und der Einfluss auf den Selbstwert gestaltet sich bei den Trauernden nicht so negativ wie bei Depressions-Kranken. Positive Affekte sind bei depressiven Menschen eher nicht vorhanden, der Antrieb fehlt gänzlich; es kommt zur Verlangsamung des Denkens (Znoj 2005, S. 16). So ist der Betroffene bei einer Depression oft nicht in der Lage seine Gefühle konstruktiv aufzuarbeiten. Auch psychobiologische Parallelen zwischen Depression und Trauer im Alter bestehen auf der Ebene neuroimmuner Regulation und Schlafabweichungen (Rozenzweig et al. 1997).

Schleifer et al. (1983) fanden eine beeinträchtigte zellvermittelte Immunität bei Trauernden, in Form von einer Lymphozytenproliferation nach mitogener Stimulation. Zusätzlich beobachteten Irwin und Pike (1993), dass die Aktivität natürlicher Killerzellen mit der Schwere der Depression bei depressiven Frauen vergleichbar ist. Ein postulierter Mechanismus für diese neuroendokrinen Veränderungen ist eine große Anzahl von zirkulierenden Glucocortikoiden, die die Produktion von Zytokinen wie Interleukin 1 und 2, Tumornekrose-Faktor und Interferonen hemmen. Majore Depression genauso wie hohe Stufen von nichtspezifischem Stress sind ebenso bekannt für eine Produktion einer großen Anzahl von zirkulierenden Kortikosteroiden und für eine Antwort auf Dexamethason Stimulation. Als lymphoides Gewebe verfügt es über eine extensive Beta-adrenerge Innervation, so dass als weiterer möglicher Mechanismus für Stress, der die zellvermittelte Immunität vermindert, Überaktivität des sympathischen Nervensystems angesehen werden kann. Schlafprobleme, initiale und terminale Insomnien eingeschlossen, mehrmaliges Aufwachen und Hypersomnie, sind klassische Symptome der Depression. Schlaf-EEGs von depressiven Personen zeigen Abweichungen in Form von verspätetem Schlafbeginn, verkürzter REM-Phasen-Latenz, d.h. der Zeit zwischen Einschlafen und erster REM-Phase, eine zunehmende erste REM-Phasen-Dauer und abnormen Delta-Schlafes (Kaplan et al. 1994).

Eine schlechte Schlafqualität konnte auch bei kompliziert Trauernden festgestellt werden, wobei sich diese noch bei zusätzlicher Depression, nicht jedoch bei gleichzeitiger posttraumatischer Störung, weiter verschlechterte (Germain et al. 2005).

Symptome einer Major Depression im Vergleich zu denen der Trauer			
Merkmale von Trauer:	Verleugnung Traurigkeit Zorn	Zweifel Verzweiflung Sehnsucht	Schock Schuld Demütigung
Indikatoren einer Major Depression (Persistenz über 2 Monate nach Verlust)			
Sprachlosigkeit Wenig Pflege und Sorge um sich selbst Suizidale Absichten Ausgeprägte funktionelle Beeinträchtigung Persistierendes Gefühl von Schuld und Unangemessenheit		Psychomotorische Retardierung Apathie Psychotische Symptome Gewichtsverlust	

Abb. 1.9: Symptome einer Major Depression im Vergleich zu denen der Trauer (Lantz 2003, S. 29)

2. FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN

Znojs empfiehlt Klinikern: „Sicher sollte in jedem Fall abgeklärt werden, ob in der Trauer eine depressive Störung vorliegt. Umgekehrt sollte beim Vorliegen einer ausgeprägten depressiven Symptomatik auf Verlustereignisse Bezug genommen werden“ (Znoj 2004, S. 20).

Zu der gleichen Schlussfolgerung kommen Piper et al. (2001). In deren Studie wurde zum einen die Prävalenz von signifikanten Verlusten durch den Tod und zum anderen komplizierte Trauer unter ambulanten Patienten zweier psychiatrischer Polikliniken in einem Zeitraum von einem Jahr untersucht. 729 Patienten wurden diesbezüglich interviewt und die 235 Patienten, die solche Verluste erlebt hatten, in drei Gruppen (geringe Störung, moderate komplizierte Trauer und schwere komplizierte Trauer) klassifiziert. Unterschiede zwischen Verlust-spezifischen und nicht-Verlust-spezifischen Variablen innerhalb der drei Gruppen wurden dabei beobachtet und schließlich auch bestätigt. Patienten mit schwerer komplizierter Trauer erreichten höhere Werte, als Patienten der anderen beiden Gruppen, wobei die Patienten mit moderater Trauer wiederum höhere Werte erzielten als die Patienten mit geringer Störung.

Mehr als die Hälfte der interviewten Patienten wiesen einen oder mehrere signifikante Verluste auf. Jeder dritte Patient erfüllte die Kriterien entweder einer moderaten oder schweren komplizierten Trauer. Zwei weitere Studien von Zisook (1985 und 1990) untersuchten Verluste bei psychiatrisch ambulanten Patienten. In beiden Studien berichteten über 40 % von Erfahrungen mit dem Tod eines engen Verwandten oder Partners und über 20 % erzählten von ungelöster Trauer.

Bisher gibt es jedoch noch keine Studie zum Vorliegen pathologischer Trauer bei Depressionen, so dass dies die Aufgabe dieser Studie darstellt. Dabei wurden im Gegensatz zu Pipers Studie Patienten, die stationär in eine deutsche psychiatrische Klinik aufgenommen worden waren, untersucht.

Folgende Hypothesen wurden somit für die Studie aufgestellt:

- 1. Hypothese:** Es wird erwartet, dass unter den Patienten, bei denen die Diagnose einer affektiven Störung gestellt worden ist, ein Teil der Patienten *pathologische Trauerwerte* aufweist.

2002 konnten unter anderem Gilbar und Ben-Zur (Gilbar 2002) zeigen, dass das Alter als ein auf die Trauer einflussnehmender Faktor zu bewerten ist.

- 2. Hypothese:** Dabei wird vermutet, dass die Diagnose „pathologische Trauer“ eher bei Patienten *höheren Lebensalters* vorhanden ist.

Chen und seine Kollegen (1999) führten eine Longitudinalstudie mit 150 Witwen und Witwern durch, womit sie aufzeigen konnten, dass Witwen höhere Mittelwerte auf dem ICG sowie häufiger Depressionen und Angstsymptome aufwiesen. Sie schlossen hieraus, dass Witwen ein größeres Risiko haben, signifikante psychiatrische Symptome innerhalb der ersten zwei Jahre nach dem Verlust zu entwickeln.

Des Weiteren berichten Stroebe und Kollegen (2003), dass im Vergleich zu Witwern mehr Witwen therapeutische Unterstützung benötigen und Gilbar und sein Kollege (2002) zeigten in einer Studie mit 69 Witwen und Witwern, dass das weibliche Geschlecht eine Variabel in Bezug auf Leiden und Trauer darstellt.

- 3. Hypothese:** Es wird aufgrund von Forschungsberichten erwartet, dass pathologische Trauer im Hinblick auf die Geschlechterverteilung, überwiegend auf Seite der Frauen zu finden ist.

3. METHODIK

Nachdem nun die Hypothesen der Studie aufgestellt wurden, soll nun der Ablauf der Untersuchung vorgestellt werden. Im Anschluss daran erfolgt die Darstellung der verwendeten Messinstrumente.

3.1 STRUKTUR UND REKRUTIERUNG

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Querschnittsstudie. Die Studie wurde an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster im Zeitraum vom 1. Juni 2004 bis zum 31. Mai 2005 durchgeführt. Patienten, die aufgrund einer affektiven Störung stationär in die Klinik aufgenommen worden waren, wurden mittels Interview und Fragebogen über

das Vorliegen von komplizierter Trauer nach Verlust einer nahe stehenden Person befragt.

Der Ablauf der Studie sah folgendermaßen aus: Zunächst wurde zum einen von einem wissenschaftlichen Mitarbeiter der Klinik, der ein SKID Ratertraining absolviert hatte, das strukturierte klinische Interview für DSM-IV (SKID, siehe 3.2.1) bei den Patienten angewandt. Ergab das SKID die Diagnose einer Major Depression oder einer depressiven Episode im Rahmen einer Bipolar-Störung, wurden diese Patienten für die Studie rekrutiert. Zum anderen wurden auch alle diejenigen Patienten in die Studie aufgenommen, die bei ihrer Aufnahme bei dem Beck-Depression-Inventory (BDI, siehe 3.2.3.2) einen cut-off-Wert von über 18 aufwiesen. Der BDI wurde dabei im Rahmen einer Basisdokumentation durchgeführt, die bei allen Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme und der Entlassung durch den behandelnden Arzt vorgenommen wird.

Nach Absprache mit den behandelnden Ärzten wurden die rekrutierten Patienten schließlich ca. 3 Wochen nach ihrer Aufnahme in der Klinik aufgesucht. Nachdem sie über die Studie informiert worden waren und sich zur Teilnahme bereit erklärt hatten, fand das Interview, das ungefähr eine Stunde dauerte, statt. Mit diesem wurde aus fremder Sicht die Intensität der Depression, Verluste und die damit noch verbundene Trauer erfasst. Im Gespräch wählte der Patient den Verstorbenen aus, der ihm emotional am nächsten gestanden hatte. Diese festgelegte Person bildete das Zentrum der Untersuchung; nicht nur für das Interview, sondern auch für den anschließenden Fragebogen. Unmittelbar nach dem Interview erhielten die Patienten die Fragebögen, den sie innerhalb einer Woche ausfüllen sollten.

Insgesamt kamen 126 Patienten als Kandidaten für die Aufnahme in die Studie in Betracht. 23 Patienten konnten jedoch für die Studie nicht gewonnen werden. Fünf Patienten standen einer Befragung generell ablehnend gegenüber und 18 Patienten waren schon entlassen worden, bevor eine Befragung stattfinden konnte. Schließlich konnten 103 Patienten für diese Studie rekrutiert werden. Bezüglich der Einschlusskriterien verfügten 53 Patienten über eine SKID-Diagnose und gleichzeitig über einen erhöhten cut-off-Wert (≥ 18), 10 Patienten wiesen einen cut-off-Wert ≥ 18 auf und 40 Patienten konnten nur über eine SKID-Diagnose in die Studie aufgenommen werden. Für eine weitere Beschreibung der Studienteilnehmer wird auf Kapitel 4.1 verwiesen.

3.2 MESSINSTRUMENTE

Für den Ablauf der Studie wurden verschiedenste Messinstrumente verwendet, die mit ihren Anwendungsbereichen in Tabelle 3.1 im Überblick aufgeführt sind.

Tab. 3.1: Messinstrumente der Studie im Überblick

Fremdbeurteilung	Selbstbeurteilung	Diagnostische Erfassung von ...
SKID		psychischen Störungen nach DSM-IV (Voraussetzung zur Rekrutierung der Studienteilnehmer)
BDI bei Aufnahme		Depression (Voraussetzung zur Rekrutierung der Studienteilnehmer)
MADRS	BDI	Depression
HAMA	STAI	Angst
ICG <i>fremd</i>	ICG <i>selbst</i>	Komplizierter Trauer
	IES-R	posttraumatischer Belastungsreaktion
	BSI	subjektiver Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome
	F-SOZU	Sozialer Unterstützung

Als Voraussetzung für die Aufnahme eines Patienten in die Studie galt die Diagnose des SKID (Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV) oder ein erhöhter cut-off-Wert (= klinisch relevante Depression) beim Beck-Depression-Inventory (BDI) im Rahmen der Basisdokumentation. War einer der Bedingungen erfüllt, erfolgte das Interview mit folgenden Instrumenten: die MADRS (Montgomery-Asberg- Depression-Rating-Scale), die HAMA (Hamilton-Anxiety-Scale) und der Fragebogen zur komplizierten Trauer nach Prigerson, dt. Übersetzung von Rosner.

Im Anschluss an das Gespräch wurden die Patienten gebeten einen Fragebogen auszufüllen, der die IES-R (Impact of Event Skala-revidierte Version), den Fragebogen zur komplizierten Trauer nach Prigerson (dt. Übersetzung von Rosner), den BDI (Beck-Depression-Inventory), den BSI (Brief-Symptom-Inventory), das STAI (State-Trait-Anxiety-Inventory) und den F-SOZU (Fragebogen zur sozialen Unterstützung) enthielt. Im Folgenden soll nun näher auf diese Messinstrumente eingegangen werden.

3.2.1 STRUKTURIERTES KLINISCHES INTERVIEW FÜR DSM-IV (SKID)

Das SKID ist ein strukturiertes Interviewverfahren zur Diagnostik psychischer Störungen nach DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV, dt. Bearbeitung, Saß 1996). Das SKID liegt in zwei getrennten Fassungen vor: SKID-I für psychische Störungen (Achse I-Störungen des DSM-IV) und

SKID-II für Persönlichkeitsstörungen (Achse II-Störungen des DSM-IV). Das SKID-I beginnt mit der Erhebung allgemeiner Informationen über den Patienten. Mittels eines kurzen Explorationsleitfadens wird dann ein Überblick über derzeitige und frühere Beschwerden bzw. Symptome des Patienten gewonnen. Anschließend wird das strukturierte Interview durchgeführt. Dabei durchläuft der Interviewer die Sektionen A bis J, die jeweils Fragen zu verschiedenen Störungen enthalten. Nach eindeutig formulierten diagnostischen Kriterien werden folgende Sektionen bzw. Störungen erfasst:

Sektion A – Affektive Syndrome

Sektion B – Psychotische Symptome

Sektion C - Differentialdiagnose psychotischer Störungen

Sektion D – Differentialdiagnose affektiver Störungen

Sektion E – Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen

Sektion F – Angststörungen

Sektion G – Somatoforme Störungen

Sektion H – Essstörung

Sektion I – Anpassungsstörungen

Sektion J – Optionale Störungen

Anhand der Antworten auf die Fragen überprüft der Interviewer, ob ein diagnostisches Kriterium erfüllt ist; je nach Antwort findet er einen Verweis zu den nächsten Fragen. Die Gesamtbewertung des Interviewers wird kodiert; es gibt vier Möglichkeiten der Kodierung: 0 = unsicher/zu wenig Informationen, 1 = nein/nicht vorhanden, 2 = vorhanden, aber nicht kriteriumsmäßig, 3 = sicher vorhanden und kriteriumsmäßig. Der Interviewer gelangt schließlich nach dem Ausschlussverfahren zu einer Diagnose nach DSM-IV.

Die Anwendung des SKID setzt klinisch-psychiatrische Erfahrungen und die Kenntnis des Klassifikationsmanuals voraus, so dass ein wissenschaftlicher Mitarbeiter die SKID-Interviews durchführte und die Diagnosen an die Studie weiterleitete. Die Diagnose einer Depression, sei es als Major Depression oder als depressive Episode einer Bipolar-Erkrankung, war Voraussetzung für die Aufnahme des Patienten in die Studie und somit für die Durchführung des Interviews.

Tab. 3.2: Diagnostische Kriterien einer Depressiven Episode nach DSM-IV (Saß 1996, S. 387/388)

Kriterien für eine Episode einer Major Depression	
A.	Mindestens fünf der folgenden Symptome bestehen während derselben Zwei-Wochen-Periode und stellen eine Änderung gegenüber der vorher bestehenden Leistungsfähigkeit dar; mindestens eines der Symptome ist entweder (1) Depressive Verstimmung oder (2) Verlust an Interesse oder Freude. Beachte: Auszuschließen sind Symptome, die eindeutig durch einen Medizinischen Krankheitsfaktor, stimmungsinkongruenten Wahn oder Halluzinationen bedingt sind.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Depressive Verstimmung an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages, vom Betroffenen selbst berichtet (z. B. fühlt sich traurig oder leer) oder von anderen beobachtet (z.B. erscheint den Tränen nahe). (Beachte: kann bei Kindern und Jugendlichen auch reizbare Verstimmung sein). 2. Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten, an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages (entweder nach subjektivem Ermessen oder von anderen beobachtet) 3. Deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät; oder Gewichtszunahme (mehr als 5% des Körpergewichts in einem Monat); oder verminderter oder gesteigerter Appetit an fast allen Tagen. Beachte: Bei Kindern ist das Ausbleiben der zu erwartenden Gewichtszunahme zu berücksichtigen. 4. Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf an fast allen Tagen. 5. Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung an fast allen Tagen (durch andere beobachtbar, nicht nur das subjektive Gefühl von Rastlosigkeit oder Verlangsamung). 6. Müdigkeit oder Energieverlust an fast allen Tagen. 7. Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle (die auch wahnhaftes Ausmaß annehmen können) an fast allen Tagen (nicht nur Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle wegen des Krankseins). 8. Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit an fast allen Tagen (entweder nach subjektivem Ermessen oder von anderen beobachtet). 9. Wiederkehrende Gedanken an den Tod (nicht nur Angst vor dem Sterben), wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch oder genaue Planung eines Suizids.
B.	Die Symptome erfüllen nicht die Kriterien einer Gemischten Episode.
C.	Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
D.	Die Symptome gehen nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z. B. Hypothyreose) zurück.
E.	Die Symptome können nicht besser durch Einfache Trauer erklärt werden, d. h. nach dem Verlust einer geliebten Person dauern die Symptome länger als zwei Monate an oder sie sind durch deutliche Funktionsbeeinträchtigungen, krankhafte Wertlosigkeitsvorstellungen, Suizidgedanken, psychotische Symptome oder psychomotorische Verlangsamung charakterisiert.

3.2.2 FREMDEINSCHÄTZUNGSINSTRUMENTE

Das Interview startete zunächst mit der Erhebung sozialer Daten: Name, Geburtsdatum, Geburtsort, Staatsangehörigkeit, Religionszugehörigkeit, Familienstand, Partnerschaft, Schwangerschaften bzw. Anzahl der Kinder, Schulabschluss, Ausbildung, Erwerbstätigkeit, Haupteinnahmequelle, Wohn- und Lebenssituation. Danach wurden kritische Lebensereignisse (Verlust des Hauses, Scheidung,...) und Verluste mit ihren Begleitumständen erfragt, denen der Patient im Laufe seines Lebens ausgesetzt war. Diagnose und bislang erfolgte Behandlungen sollten vom Patienten benannt werden.

Im Anschluss an das Interview bearbeitete der Untersuchende drei Fragebögen zur Fremdbeurteilung: die MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, Asberg 1978), die HAMA (Hamilton Anxiety Scale, Hamilton 1976) und der Fragebogen zur komplizierten Trauer (Rosner 2003, dt. Version des ICG von Prigerson 1995a).

3.2.2.1 MONTGOMERY-ASBERG-DEPRESSION-RATING-SCALE (MADRS)

Die MADR-Skala ist ein Fremdbeurteilungsinstrument zur psychometrischen Beurteilung depressiver Symptome, die 1978 von Asberg und Montgomery (*Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, Asberg 1978*) erstellt, und von Neumann und Schulte 1988 ins Deutsche übersetzt wurde.

Sie besteht aus 10 Items, die vom Rater auf einer Skala von 0-6 beurteilt werden. Die Items repräsentieren folgende Symptome der Depression: 1. Sichtbare Traurigkeit, 2. Mitgeteilte Traurigkeit, 3. Innere Anspannung, 4. Reduzierter Schlaf, 5. Reduzierter Appetit, 6. Konzentrationsschwierigkeiten, 7. Antriebsmangel, 8. Gefühl der Gefühllosigkeit, 9. Pessimistische Gedanken und 10. Suizidgedanken. Nach dem Gesamtpunktwert der Depressivität kann man die Patienten verschiedenen klinischen Schweregradkategorien zuordnen, welche in 4 Abstufungen von „geheilt“ bis „schwer depressiv“ reichen.

3.2.2.2 HAMILTON ANGST SKALA (HAMA)

Dieses Messinstrument dient der auf Grund eines Interviews erstellten Fremdbeurteilung des Schweregrads der Angst bei Patienten. Es ist entstanden aus der Notwendigkeit Ausgangs- und Endzustand sowie die Veränderungsverläufe bei Angstpatienten im Rahmen der Entwicklung und Erprobung von Anxiolytika zu erfassen. Es findet auch Anwendung bei anderen psychischen Störungen, bei denen das Phänomen Angst begleitend auftritt, wie in dieser Studie bei Depressionen (Collegium Internationale Psychiatricae Scalarum 1996).

Der Zeitraum der Beurteilung der Angstsymptomatik bezieht sich auf die Woche vor dem Interview. Sowohl psychische als auch somatische Aspekte der Angst werden in den 14 Items berücksichtigt. Eingeschätzt wird jedes Item auf einer fünfstufigen Skala von 0 = *nicht vorhanden* bis 4 = *sehr stark*. Durch Addierung der somatischen bzw. der psychischen Items ergeben sich zwei getrennte Skalen: „Somatische Angst“ und

„Psychische Angst“. Aus beiden kann ein Gesamtwert errechnet werden, der als globales Schweremaß der Angst interpretiert werden kann.

3.2.2.3 FRAGEBOGEN ZUR KOMPLIZIERTEN TRAUER

(ICG^{Interview}/dt. Version des ICG)

Das von Prigerson und Jacobs konzipierte Messinstrument ICG (Inventory of Complicated Grief, 1995a) ermöglicht die Differenzierung zwischen normaler und komplizierter Trauer. „Das ICG basiert auf Befunden zu einem trauerspezifischen Symptomkomplex aus Beschäftigung mit dem Verstorbenen, Suche nach dem Verstorbenen, Sehnsucht, Ungläubigkeit, Weinen, Betäubt sein sowie den Tod nicht akzeptieren können, der sich nach Prigerson von ängstlichen und depressiven Symptomen abgrenzen lässt und darüber hinaus geeignet ist, spätere Funktionsbeeinträchtigungen vorherzusagen“ (Kersting 2003). Nachweisen konnten Prigerson und Jacobs (2001) in einer ersten Überprüfung für die Diagnostikkriterien insgesamt eine hohe Sensitivität und Spezifität.

Da es zurzeit noch keine validierte deutschsprachige Fassung des ICG gibt, wurde die 2003 erscheinende deutsche Kurzversion nach Rosner verwendet. Ihre Fassung teilt ein in drei Kriterien: Kriterium A: Trennungsschmerz, Kriterium B: Traumatische Belastung, Kriterium C: Beeinträchtigungsstärke. Kriterium A wird eingeteilt in Kriterium A1 und A2. A1 ist erfüllt, wenn ein Verlust einer Bezugsperson vorliegt. Kriterium A2 umfasst 4 Fragen zu Ungewollter Beschäftigung mit dem Verstorbenen, Sehnsucht, intensiver Verbindung und Einsamkeit. Kriterium B beschäftigt sich mit 11 Symptomen: Vermeidung, Zukunftsperspektive, Emotionale Taubheit, Benommenheit, Ungläubigkeit, Bedeutungslosigkeit, Lebensvorstellung, Verlust des Selbst, Veränderung der Weltansicht, Somatische Beschwerden, Ärger. Kriterium C erfragt die Lebensbeeinträchtigung durch die Trauer. Die Fragen beziehen sich immer auf den Zeitraum der letzten zwei Monate und bieten fünf Antwortmöglichkeiten („ja“, „unterschwellig“, „nein“, „verweigert die Antwort“, „weiß es nicht“). Das jeweilige Kriterium ist erst erfüllt, wenn eine bestimmte Anzahl an Symptomen erreicht wird. Treffen alle Kriterien zu, lässt dies die Interpretation einer komplizierten Trauer zu. Diese Version sieht ursprünglich vor, dass das Nichterfüllen eines Kriteriums zum

sofortigen Abbruch des Interviews führt. In dieser Studie wurden dem Patienten jedoch alle Fragen gestellt.

3.2.3 SELBSTEINSCHÄTZUNGSINSTRUMENTE

Nach dem Interview wurden die Patienten gebeten folgende Fragebögen innerhalb einer Woche auszufüllen: die IES-R (Impact of Event Skala - revidierte Version, Maercker 1998), den Fragebogen zur komplizierten Trauer (Rosner 2003 dt. Version des ICG von Prigerson 1995a), den BDI (Beck-Depression-Inventory, Hautzinger 1992), den BSI (Brief-Symptom-Inventory, Franke 2000), das STAI (State-Trait-Anxiety-Inventory, Laux 1981), sowie den F-SOZU (Fragebogen zur sozialen Unterstützung, Fydrich 1987).

3.2.3.1 IMPACT OF EVENT SKALA-REVIDIERTE VERSION (IES-R)

Die IES-R ist ein Selbstbeurteilungsmaß zur Erfassung posttraumatischer Belastungsreaktionen. Die englische Erstversion (Horowitz, Wilner & Alvarez 1979) und ihre deutsche Übersetzung (Ferring & Filipp 1991, 1994) umfassten zwei Subskalen für die Bereiche der Intrusionen und der Vermeidungssymptome. Die Revision von Weiss und Marmar (1995/1996) erweitert das Instrument auf drei Subskalen „Intrusion“, „Vermeidung“ und „Übererregung“. Diese erfassen verschiedene Formen individueller Reaktionen bzw. Symptome auf extrem belastende Ereignisse. Insgesamt besteht die IES-R aus 22 Items: 7 Items zu Symptomen der Intrusion, 8 zur Vermeidung und 7 zur Übererregung. Das Instrument umfasst den Zeitraum der letzten sieben Tage. Probanden können zu jedem Item auf einer nicht äquidistanten Häufigkeitsskala zwischen den Punkten 0 („überhaupt nicht“), 1 („selten“), 3 („manchmal“), und 5 („oft“) wählen. Eine Regressionsgleichung erlaubt, aus den drei Subskalen das Vorliegen einer „Posttraumatischen Belastungsstörungs“-Diagnose abzuschätzen. (Maercker & Schützwohl 1998, S. 130-141)

3.2.3.2 FRAGEBOGEN ZUR KOMPLIZIERTEN TRAUER (ICG*Fragebogen*)

In der Studie wurde auch für unseren Fragebogen die deutschsprachige Version nach Rosner aus dem Jahr 2003 verwendet, um die Selbstbeurteilung des Patienten mit der Fremdbeurteilung vergleichen zu können. Zur detaillierten Beschreibung wird auf

3.2.2.3 verwiesen. Neben der strengen Auswertung, dass die Diagnose einer komplizierten Trauer erst mit Erfüllung aller drei Kriterien gestellt werden kann, wurde zusätzlich die Auswertung nach Prigerson (1995a) durch Summierung der einzelnen Antworten zu einem Gesamtwert vorgenommen. Für die Probanden bestanden die Antwortmöglichkeiten mit den einzelnen Punktwerten von „fast nie (weniger als einmal im Monat) = 0“, „selten (einmal im Monat) = 1“, „manchmal (wöchentlich) = 2“, „oft (täglich) = 3“ und „immer (mehrmals am Tag) = 4“. Daraufhin werden die Patienten dieser Studie mit Werten in den oberen 20 % als „Fälle“ bezeichnet, wie es schon Prigerson (1999a) in ihrer Studie über den Einfluss traumatischer Trauer auf Suizidgedanken bei jungen Erwachsenen getan hat. Prigerson nimmt damit selbst Bezug auf frühere Studienergebnisse (Prigerson 1995a), die zeigen konnten, dass Patienten im ICG mit Werten in der oberen zwanzigsten Perzentile eine verminderte Lebensqualität aufweisen. Auch Jacobs (1993) konnte schon eine Schätzung der Prävalenzrate von 20 % für „Komplikationen einer Trauer“ festsetzen. Somit werden in dieser Studie „20,6“ (20 %), also 20 von 103 Patienten als „Fall“ bezeichnet.

3.2.3.3 BECK-DEPRESSIONS-INVENTORY (BDI-r)

Als Selbstbeurteilungsinstrument erfasst das BDI die Schwere depressiver Symptomatik. Ursprünglich von Beck et al. (1961) liegt die aktuelle deutsche Fassung des BDI seit 1992 (Hautzinger et al. 1992) vor. Sie besteht aus 21 Gruppen, welche typische depressive Symptome beschreiben: Traurige Stimmung, Pessimismus, Versagen, Unzufriedenheit, Schuldgefühle, Gefühl der Bestrafung, Selbsthass, Selbstanklagen, Suizidimpulse, Weinen, Reizbarkeit, Interesse an anderen Menschen, Entschlussunfähigkeit, Körperbild, Arbeitsunfähigkeit, Schlafstörungen, Ermüdbarkeit, Appetitverlust, Gewichtsverlust, Hypochondrie und Libidoverlust. Jede der 21 Gruppen enthält Aussagen, die in aufsteigender Schwere und zunehmender Beeinträchtigung, von 0 = *nicht vorhanden*, über 1 = *leichte Ausprägung*, 2 = *mäßige Ausprägung* bis 3 = *starke Ausprägung* gestaffelt sind. Patienten sollten aus jeder Gruppe die Aussage auswählen, die ihre gegenwärtige Lage, d.h. bezogen auf die letzte Woche, am besten beschreibt. Wählt der Patient zwei Items, wird das Item mit der höheren Punktzahl gewertet.

Errechnet werden die Summenwerte des BDI-r zur Abschätzung der Depressivität zum Testzeitpunkt. Als unauffällig gelten Werte unter 11 Punkten. Werte zwischen 11 und 17 Punkten können zu einer milden bis mäßigen Ausprägung depressiver Symptome zugeordnet werden. (Hautzinger et al. 1992). Ein Gesamtwert von 18 und größer wird als klinisch relevant angesehen, da er mehr als zwei Standardabweichungen über dem Mittelwert einer gesunden Kontrollgruppe ($N = 86$; $MW = 6,45$; $SD = 5,2$), eine Standardabweichung über dem Mittelwert einer psychosomatischen Patientengruppe ($N = 812$; $MW = 11,4$; $SD = 7,6$) und minus eine halbe Standardabweichung unter dem Mittelwert einer depressiven Patientengruppe ($N = 815$; $MW = 23,7$; $SD = 9,8$) liegt (Hautzinger et al. 1995). Verschiedene Studien (Svanborg et al. 2003, Viinamäki et al. 2004) konnten zeigen, dass ein BDI mit einem höheren cut-off-Wert eine hohe Übereinstimmung mit aktuellen Major depressiven Episoden aufweist. So wurde für die Studie als Einschlusskriterium zur Rekrutierung der Studienteilnehmer ein BDI-cut-off-Wert von 18 und darüber gewählt.

Für die revidierte deutschsprachige Version wird über alle Stichproben hinweg eine interne Konsistenz von Cronbachs $\alpha = .88$ angegeben. Damit liegt eine insgesamt gute bis zufriedenstellende Reliabilität vor (Hautzinger et al. 1995).

3.2.3.4 BRIEF-SYMPTOM-INVENTORY (BSI)

Das BSI (Franke 2000) ist eine Kurzversion des SCL-90-R, das von Derogatis (1974) publiziert und Anfang der 90er – Jahre (Franke 1992) als deutschsprachige Version bzw. 1995 als deutsches Manual veröffentlicht wurde.

Es ist ein Instrument zur Erfassung subjektiver Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome innerhalb eines Zeitraumes von 7 Tagen. Die 53 Items werden mittels einer vorgegebenen fünfstufigen Likert-Skala von 0 = überhaupt nicht bis 4 = sehr stark beantwortet. Neun Skalen informieren über die Belastung in syndromalen Bereichen:

(1) Somatisierung, (2) Zwanghaftigkeit, (3) Unsicherheit im Sozialkontakt, (4) Depressivität, (5) Ängstlichkeit, (6) Aggressivität/Feindseligkeit, (7) Phobische Angst, (8) Paranoides Denken, (9) Psychotizismus. Drei globale Indizes lassen Rückschlüsse über das Antwortverhalten zu. Der Global Severity Index (GSI) misst die psychische Belastung bei allen Items, der Positive Symptom Distress Index (PSDI) gibt

Auskunft über die Intensität der Antworten und der Positive Symptom Total (PST) misst die Anzahl der Symptome, bei denen ein Leidensdruck vorliegt. Wenn der T-Wert des GSI oder wenn die T-Werte bei mindestens zwei Skalen, die mittels Normtabelle für Erwachsenen festgelegt werden, größer oder gleich 63 sind, gilt der Proband nach der Falldefinition von Derogatis (1992) als psychisch auffällig belastet.

3.2.3.5 STATE-TRAIT-ANXIETY-INVENTORY (STAI)

Das hier verwendete State-Trait-Angstinventar (STAI, Laux et al. 1981) ist die deutsche Fassung des State-Trait-Anxiety Inventory von Spielberger et al. (1970). Das STAI ist ein Selbstbeschreibungsverfahren, das sich für die Grundlagenforschung, die Persönlichkeitsdiagnostik und die klinische Diagnostik der Angstneigung sowie für die Verlaufskontrolle von Angstzuständen bei therapeutischen Interventionen und pharmakologische Behandlungen eignet. Das STAI besteht aus zwei unabhängigen Skalen mit jeweils 20 Feststellungen. Eine Skala erfasst Angst als Zustand (State-Angst), die andere Skala Angst als Eigenschaft (Trait-Angst). Die State-Angst stellt dabei Angst als einen vorübergehenden emotionalen Zustand dar, dessen Veränderung im Laufe der Zeit durch mehrmalige Anwendung der Skala dokumentiert werden kann. Die Trait-Angst ist ein relativ anhaltendes Persönlichkeitsmerkmal, also eine individuelle Neigung zu Ängstlichkeit im Allgemeinen. Eine vierstufige Intensitätsskala von 1 („überhaupt nicht“) bis 4 („sehr“) und eine vierstufige Häufigkeitsskala von 1 („fast nie“) bis 4 („fast immer“) dienen den Beurteilungen der Feststellungen. Für jede Skala wird ein Summenwert gebildet, der mindestens 20, höchstens 80 beträgt. Normwerte, die für verschiedene Altersklassen und klinische Gruppen vorliegen, werden zum Vergleich herangezogen (Laux 1981).

3.2.3.6 FRAGEBOGEN ZUR SOZIALEN UNTERSTÜTZUNG (F-SOZU)

Der F-SOZU ist ein Selbstbeurteilungsverfahren, mit dem drei Bereiche subjektiv wahrgenommener bzw. antizipierter Unterstützung aus dem sozialen Umfeld erfasst werden: Praktische Unterstützung, emotionale Unterstützung und soziale Integration. Die Kurzform des Fragebogens zur Sozialen Unterstützung von Fydrich et al. (1987) umfasst 22 Items und wird in vier Hauptskalen unterteilt: 8 Items zur emotionalen Unterstützung, 4 Items zur praktischen Unterstützung, 6 Items zur sozialen Integration

und 2 Items zur sozialen Belastung. Die Probanden geben zu den einzelnen Items ihr Ausmaß an Zustimmung auf einer 5-stufigen Skala von „trifft nicht zu“ bis „trifft genau zu“ an. Die ersten drei Skalen lassen sich zu einem Gesamtwert „Wahrgenommene soziale Unterstützung“ zusammenfassen. Bei der Auswertung wird für jede Skala ein Mittelwert berechnet, d.h. es wird ein Quotient aus dem Skalensummenwert und der entsprechenden Anzahl von Items gebildet. Der so für einen Probanden errechnete Mittelwert kann somit Werte zwischen 1 und 5 annehmen. Um die Skala „Wahrgenommene soziale Unterstützung“ (WASU) zu erhalten, wird der Mittelwert aus den drei Hauptskalen zur sozialen Unterstützung gebildet. Damit besitzt auch diese Skala ein Minimum von 1 und ein Maximum von 5.

ARCHIVARBEIT

Nachdem die Fragebögen von den Patienten wieder abgeholt worden waren, wurden aus der Patientenakte neben Identifikationsfakten (Name, Geburtsdatum und Aufnahmedatum) Informationen zu psychiatrischen Diagnosen, zur letzten Medikation, den letzten drei stationären Aufenthalten - soweit diese von den Patienten nicht aufgezeigt wurden - und zur psychiatrischen Familienanamnese entnommen.

4. ERGEBNISSE

Die Ausprägung und Verteilung der Forschungs- und Kontrollvariablen innerhalb der Stichprobe werden dargelegt. Anschließend werden die einzelnen Variablen miteinander in Beziehung gesetzt, und ihr Zusammenhang wird mit Hilfe von statistischen Analyseverfahren (Signifikanztests) interferenzstatistisch analysiert. Dabei wird die Hypothese dieser Untersuchung überprüft.

Die Dokumentierung und Auswertung der erhobenen Daten wird mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS und EXCEL vorgenommen.

Zunächst werden die Kontrollvariablen der Untersuchung beschrieben, das bedeutet die soziodemographischen Variablen und die verlustspezifischen Variablen. Im Anschluss werden die Parameter der Fremd- und Selbsteinschätzung dargestellt; darunter gehören

die posttraumatische Belastung, Depressivität, Angst, komplizierte Trauer und die soziale Belastung der 103 Depressionspatienten.

4.1 SOZIODEMOGRAPHISCHE MERKMALE

Als *soziodemographische Variablen* werden Geschlecht, Alter, Familienstand, Kinder, Wohnsituation, Ausbildung, Beruf und Religion in die Untersuchung einbezogen. Sie dienen primär als *Kontrollvariablen*: Zum einen kann mit Hilfe dieser Merkmale überprüft werden, ob die vorliegende Untersuchung als repräsentativ für das Kollektiv der Studienteilnehmer betrachtet werden kann (vgl. auch Diskussion Kap. 5). Zum anderen werden sie als mögliche Störvariablen berücksichtigt, wobei ihr Einfluss auf die Forschungsvariablen bestimmt wird.

ALTER UND GESCHLECHT: Die Stichprobe besteht aus 42 Männern (40,8 %) und 61 Frauen (59,2 %). Das *Durchschnittsalter* beträgt 47,2 Jahre ($sd=14,8$). Die Spannweite ist verhältnismäßig groß: Der jüngste Mann ist zum Erhebungszeitpunkt 25 Jahre alt, die jüngste Frau hingegen 19 Jahre. Die ältesten Teilnehmer sind 77 bzw. 81 Jahre alt.

Klassifiziert man die 103 psychiatrischen Patienten in sechs *verschiedene Altersgruppen*, die je zehn Lebensjahre umfassen, so ergibt sich eine annähernd gleichmäßige Verteilung der Patienten auf die Alterskategorien bis 70 Jahre (Abb. 4.1).

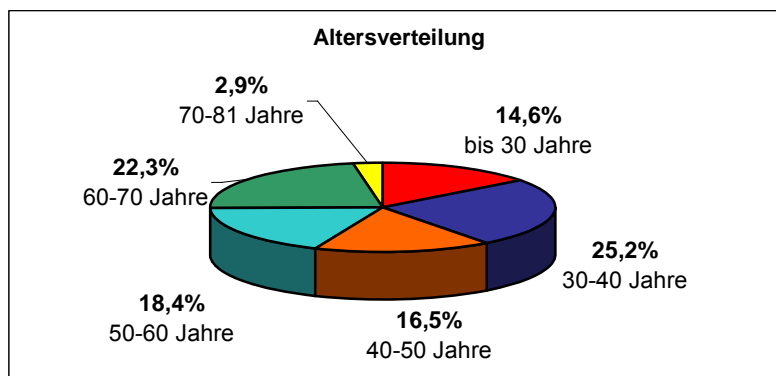


Abb. 4.1: Altersverteilung der Studiengruppe (n= 103)

FAMILIENSTAND UND KINDER: In einer festen Beziehung befinden sich 71 Patienten (68,9 % von 103 Patienten); demgegenüber sind 12 Männer und 20 Frauen (insgesamt 31,1 % der Gesamtstichprobe) ohne festen Partner. Ein relativ hoher Anteil der Patienten (53 von 103 Patienten; 51,4 %) ist zum Zeitpunkt der Befragung

verheiratet oder geschieden bzw. verwitwet (19 Patienten; 18,5 %). Einunddreißig Patienten (30,1 %) sind zum Erhebungszeitpunkt ledig.

Fast die Hälfte des Kollektivs hat ein oder zwei Kinder (51 Patienten; 49,5 %), 39 Patienten (37,9 %) haben keine Kinder.

WOHNSITUATION: Ebenso wurde untersucht, in welchem Umfeld die Patienten leben. Den größten Anteil (40 %) nimmt die Wohnsituation ein, in der die Personen nur mit ihrem Partner oder Partnerin zusammenleben, da sie entweder keine Kinder haben oder diese schon ausgezogen sind. Ein Drittel der Untersuchten (19 %) lebt in der klassischen Konstellation, die den Partner und die gemeinsamen Kinder miteinschließt; alleine leben 32 % der Gesamtstichprobe. Die restlichen 9 % leben entweder noch bei ihren Eltern, sind alleinerziehend oder leben in einer Wohngemeinschaft.

SCHUL- UND BERUFSAUSBILDUNG: 98 % (101 Patienten) des Patientenkollektivs hat zum Zeitpunkt der Befragung eine abgeschlossene Schulausbildung. Auffallend ist, dass der größte Teil der Befragten (45 von 103 Patienten; 43,7 %) das Abitur absolvierte. 23 Patienten (insgesamt 22,3 %) verfügen über einen Realschulabschluss, die Hauptschule schlossen 16 Patienten ab (15,5 %) und ebenso viele besitzen einen Volksschulabschluss (15,5 %). Eine Patientin hat einen Sonderschulabschluss (1 %), eine besitzt keinen Schulabschluss (1 %) und eine Patientin (1 %) befindet sich noch in ihrer schulischen Ausbildung.

Im Vergleich zu dem hohen Schulbildungsgrad zeigt sich, dass nur 25 Patienten (24,3 %) den höchsten Ausbildungsabschluss absolvierten. Davon waren 14 Männer und 11 Frauen. Der überwiegende Anteil schloss eine Lehre ab. 10,7 % der Untersuchten verfügen über keine Berufsausbildung: Von diesen 11 Personen sind 2 Personen Männer und bei 9 Personen handelt es sich um Frauen, wobei 8 von ihnen über 50 Jahre alt sind. 8 Patienten (7,8 %) befinden sich zum Erhebungszeitpunkt noch in ihrer beruflichen Ausbildung.

DERZEITIGE BERUFLICHE SITUATION: Trotz des mittleren Durchschnittsalters von 47,2 Jahren sind bereits 41 Patienten (39,8 %) zum Untersuchungszeitpunkt *nicht mehr erwerbstätig*. Zum einen ist dies wahrscheinlich durch das Alter der Patienten zu

erklären, auf der anderen Seite sind aufgrund der psychischen Erkrankung viele nicht mehr in der Lage zu arbeiten. Acht Patientinnen sind Hausfrauen (7,8 % der Gesamtstichprobe), weitere acht befinden sich zurzeit noch in der Ausbildung. Als arbeitslos gemeldet sind neun der Untersuchten (8,7 %). Die restlichen Befragten sind erwerbstätig (35,9 % des Patientenkollektivs).

RELIGION UND GLAUBENSSTÄRKE: Als weitere Aspekte wurden *Religionszugehörigkeit* und *Glaubensstärke* in Augenschein genommen. Die Hälfte des Patientenkollektivs (55 der 103 Patienten; 53,4 %) ist katholisch, 27,2 % der Patienten ist evangelisch; der Rest verteilt sich auf die übrigen Religionen. Die meisten Studienteilnehmer (84,5 %) empfinden ihren Glauben von „ein wenig“ bis „sehr stark“. Dabei stuft der überwiegende Teil der Untersuchten (45 Patienten; 43,7 %) seinen Glauben eher gering ein. Ihren Glauben spüren 16 Patienten (15,5 %) gar nicht.

FAMILIENANAMNESE: 47,6 % der Untersuchungsgruppe weist eine positive Familienanamnese für psychiatrische Erkrankungen auf.

Die personelle Verteilung der positiven Familienanamnese stellt sich folgendermaßen dar: 47,9 % der verwandten Personen, die ebenfalls an einer psychiatrischen Erkrankung leiden, sind die Eltern der befragten Patienten. Die Geschwister nehmen einen Anteil von 28,8 % ein. Mit 16,5 % wurden Geschwister der Eltern und mit 2,7 % die Großeltern benannt. Die Erkrankung an der die Familienmitglieder leiden macht zu 66,2 % die Diagnose Depression aus. Danach folgen Alkoholismus (10,4 %), Bipolarstörungen (6,5 %) und sonstige psychiatrische Erkrankungen.

4.2 PSYCHIATRISCHE DIAGNOSEN

Zu den psychiatrischen Diagnosen gehören die Aufnahmediagnose nach ICD-10, die SKID-Diagnose und ein BDI-Cut-off-Wert von 18 oder höher als Voraussetzung zur Teilnahme an der Studie.

AUFNAHMEDIAGNOSE

Unter den Aufnahmediagnosen gab es zu 71,8 % die Diagnose einer Depression, 24,3 % machten die Diagnose Bipolarstörung aus. Die restlichen 3,9 % verteilen sich auf die Diagnosen Anpassungsstörung und Dysthymie und auf sonstige Diagnosen.

38 der 103 Patienten erhielten mindestens eine zweite Aufnahmediagnose, die sich wie folgt aufteilt: Alkohol spielt als Zweitdiagnose mit 25 % in der Studiengruppe eine große Rolle. 18 % werden zusätzlich als dysthym eingeschätzt. Danach folgen spezifische Persönlichkeitsstörungen (13 %), Essstörungen (10 %) und Demenz (8 %). Angst wird als Zusatzdiagnose, die häufig mit Depression im Zusammenhang steht, im ICD-10 bei diesen Patienten nicht häufig (5 %) vergeben. Ebenso wurden die Diagnosen Entwicklungsstörung (5 %), Tablettenintoxikation (5 %), dissoziative Störung (5 %), Zwangsstörung (3 %) und psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol gestellt.

SKID-DIAGNOSE

Bedingung zur Teilnahme an der Studie war unter anderem die SKID-Diagnose einer Depression oder einer depressiven Phase im Rahmen einer Bipolar-Störung. 10 Patienten fehlten die SKID-Diagnose, erfüllten aber den BDI-cut-off. Für die übrigen Patienten gestaltet sich die SKID-Diagnose folgendermaßen:

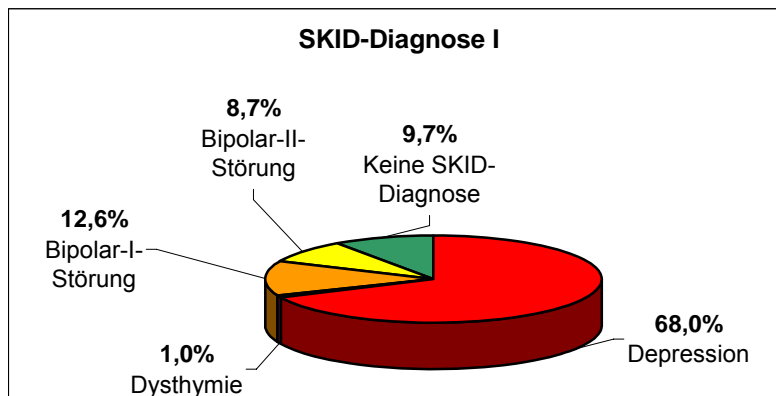


Abb. 4.2: SKID-Diagnosen der Studiengruppe (n=103)

70 Patienten erhielten die Diagnose einer Depression, 22 Patienten die Diagnose einer Bipolar-Störung. Betrachtet man die Depressionsdiagnosen genauer, stellt man fest, dass zum Zeitpunkt der SKID-Befragung über 50 % eine mittelschwere oder schwere Form der Depression gestellt bekommen haben.

56 Patienten erhielten mindestens eine weitere SKID-Diagnose. Auf welche weiteren Bereiche sich diese Diagnosen verteilen ist in Abbildung 4.3 dargestellt:

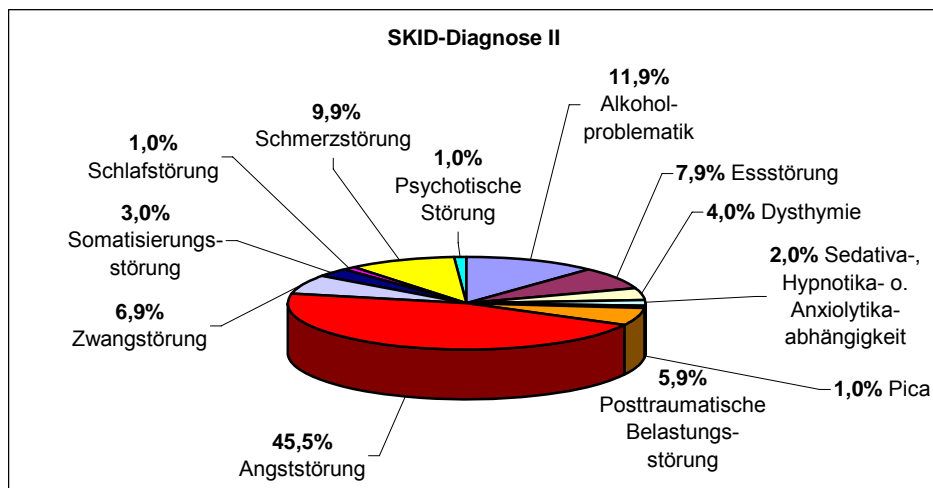


Abb. 4.3: Weitere SKID-Diagnosen der Studiengruppe (n=56)

Den größten Anteil der Nebendiagnose macht die Angststörung aus (bei 46 der 103 Patienten; 45,5 %), und liegt somit wesentlich höher als bei der Diagnosestellung nach ICD-10. Danach folgen Probleme mit Alkohol (12 Patienten; 11,9 %) und Schmerzstörungen (10 Patienten; 9,9 %).

BDI-AUFNAHME-CUT-OFF

Als Voraussetzung für die Rekrutierung der Studienteilnehmer galt neben der SKID-Diagnose, auch ein BDI-cut-off-Wert von 18 oder darüber. Betrachtet man die BDI-Werte der Basisdokumentation aller 103 Studienteilnehmer, haben 77 Patienten einen BDI-Cut-off-Wert erhalten. Der Mittelwert beträgt 26,4. Die Werte liegen zwischen 2 und 52 Punkten.

Nun werden die Werte in drei Kategorien klassifiziert: „klinisch unauffällig“, Werte unter 11, „milde Ausprägung einer Depression“, Werte zwischen 11 und 17 Punkten, und „klinisch relevante Depression“ mit Werten ab 18. Die Ergebnisse dieser Kategorisierung sehen wie folgt aus: 63 Patienten (61,2 %) kann eine klinisch relevante Depression zugeordnet werden. Eine klinisch milde depressive Symptomatik ist bei 9,7 % zu finden, 3,9 % sind klinisch unauffällig bezüglich einer depressiven Symptomatik; 25,2 % der 103 Studienteilnehmer erhielten keinen BDI-cut-off-Wert.

4.3 VERLUSTERLEBNIS

Im Interview wurden die Patienten nach der Erfahrung eines Verlustes gefragt. Alle untersuchten Patienten wiesen mindestens einen Verlust auf. Zentrum der Untersuchung

ist der Verstorbene, der dem Patienten zu Lebzeiten am nächsten gestanden hat. Danach wurden dem Patienten Fragen zu den Daten des Todes wie zum Beispiel Beziehung zum Verstorbenen oder dessen Alter und zu dem Einfluss des Todes auf das Leben des Patienten gestellt.

BEZIEHUNG ZUM VERSTORBENEN

Zunächst wird die Beziehung des Patienten zum Verstorbenen untersucht. Tabelle 4.2 gibt darüber Aufschluss.

Tab. 4.2: Beziehung des Patienten zum Verstorbenen

Variabel	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulative Prozente
Partner	5	4,9	4,9	4,9
Mutter	26	25,2	25,5	30,4
Vater	21	20,4	20,6	51,0
eigenes Kind	1	1,0	1,0	52,0
ungeborenes Kind	1	1,0	1,0	52,9
Großvater	10	9,7	9,8	62,7
Großmutter	17	16,5	16,7	79,4
Schwiegereltern	2	1,9	2,0	81,4
Geschwister	6	5,8	5,9	87,3
guter Freund/-in	3	2,9	2,9	90,2
Tante	1	1,0	1,0	91,2
Uroma	1	1,0	1,0	92,2
Stiefvater	1	1,0	1,0	93,1
Onkel	4	3,9	3,9	97,1
Sonstige	3	2,9	2,9	100,0
Total	102	99,0	100,0	
Missing	1	1,0		
Total	103	100,0		

Wie erwartet zeigt die obige Aufzählung, dass den untersuchten Patienten überwiegend Familienmitglieder am nächsten gestanden haben. Ein Viertel der Studiengruppe gibt den Tod der Mutter (25 %) als bedeutsamsten Verlust durch den Tod an. Der Vater wird von 20 %, die Großeltern von 26,2 % der Untersuchten angegeben. 4,9 % setzten ihren Partner ein.

ZEITRAUM SEIT DEM VERLUST

Um sich einen besseren Überblick darüber zu verschaffen, wie weit der Verlust für die Trauernden zurückliegt, wird das angegebene Todesjahr in 5 Kategorien eingeordnet und in Abbildung 4.4 graphisch dargestellt.

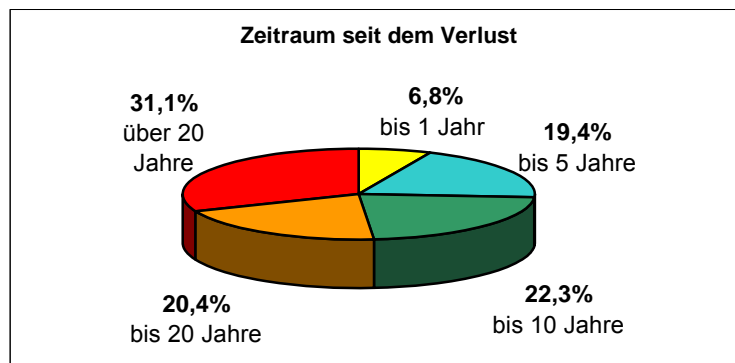


Abb. 4.4: Zeitraum seit dem Verlust

Es fällt auf, dass die Verluste zeitlich weit zurückliegen: 22,3 % der Verluste sind schon zwischen 5 und 10 Jahren her, 20,4 % sind zwischen 10 und 20 Jahren her und sogar 31,1 % der verlorenen Personen, sind schon seit über 20 Jahren tot.

ALTER DES PATIENTEN

Die Patienten waren zum Zeitpunkt des Verlustes durchschnittlich 30 Jahre alt. Dies ist eine logische Schlussfolgerung aus den Ergebnissen des vergangen Zeitraumes seit dem Verlust. Klassifiziert man die Patienten aufgrund der annähernd gleichmäßigen Verteilung wieder in 6 Kategorien (siehe Abbildung 4.1) erkennt man, dass bereits im Alter von 30 Jahren die Hälfte (49,5 %) der Gesamtstichprobe den Verlust erlebt hat. Nur 6,8 % der Patienten war über 60 als er die ihm nahe stehende Person verloren hat.

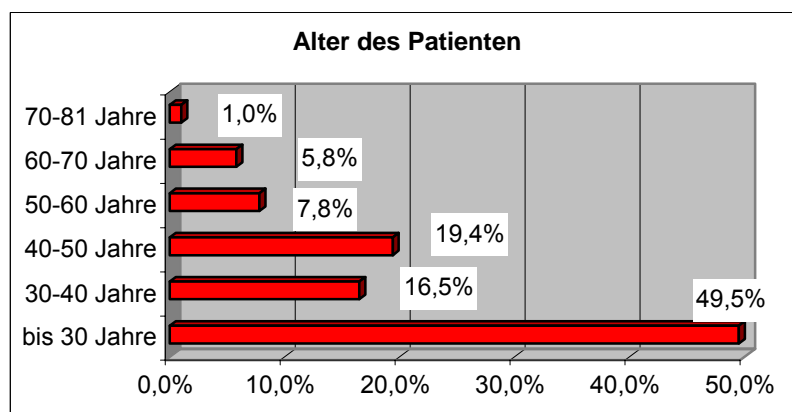


Abb. 4.5: Alter des Patienten zum Zeitpunkt des Verlustes

ALTER DES VERSTORBENEN

Bezüglich des Alters des Verstorbenen liegt der Median bei 68 Jahren. Teilt man das Sterbealter ebenfalls in Kategorien ein (Abbildung 4.6), liegt der überwiegende Anteil

in den höheren Kategorien: über 65 % der Verstorbenen sind über 60 Jahre alt geworden. Zwei Patienten konnten sich an das Alter des Verwandten nicht mehr erinnern.

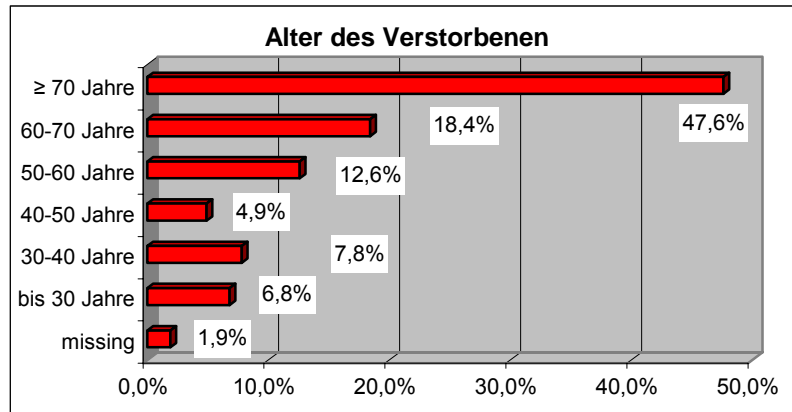


Abb. 4.6: Alter des Verstorbenen zum Zeitpunkt des Verlustes

TODESURSACHE

Die Patienten gaben die aus ihrer Sicht zum Tode führende Ursache an. Über die Hälfte der Verstorbenen (63,1 %) ist an einer längeren Krankheit verstorben. Nur ein Drittel verstarb plötzlich eines natürlichen Todes. Weitere Todesursachen waren Unfall (2,9 %), Suizid (2,9 %), Schwangerschaftsabbruch (1,0 %) und Gewaltverbrechen (1,0 %).

Die folgenden Tabellen (4.3 - 4.7) zeigen die im Interview gegebenen Antworten der Patienten auf die Fragen bezüglich der Beeinflussung des Verlustes auf sein Leben. Dabei wurde hier von jeder Antwortmöglichkeit Gebrauch gemacht.

Tab. 4.3: Bewusstwerden des Sterbens

Wie lange vor dem Tod wussten Sie, dass die Person in naher Zukunft sterben könnte?				
	absolute Häufigkeit	Prozente	Gültige Prozente	Kumulative Prozente
überhaupt nicht	49	47,6	47,6	47,6
ein wenig	11	10,7	10,7	58,3
ziemlich	14	13,6	13,6	71,8
stark	13	12,6	12,6	84,5
sehr stark	16	15,5	15,5	100,0

Tab. 4.4: Erwartung des Todes

In welchem Ausmaß traf Sie der Verlust unerwartet?				
	absolute Häufigkeit	Prozente	Gültige Prozente	Kumulative Prozente
überhaupt nicht	0	0,0	0,0	0,0
ein wenig	3	2,9	2,9	2,9
ziemlich	8	7,8	7,8	10,7
stark	12	11,7	11,7	22,3
sehr stark	80	77,7	77,7	100,0

Tab. 4.5: Belastung des Patienten zum Zeitpunkt des Verlustes

Wie belastend haben Sie zum damaligen Zeitpunkt diesen Verlust erlebt?				
	absolute Häufigkeit	Prozente	Gültige Prozente	Kumulative Prozente
überhaupt nicht	3	2,9	2,9	2,9
ein wenig	11	10,7	10,7	13,6
ziemlich	10	9,7	9,7	23,3
stark	79	76,7	76,7	100,0
sehr stark	3	2,9	2,9	2,9

Tab. 4.6: Lebensbeeinträchtigung innerhalb des folgenden Jahres nach Verlust

Wie stark hat Sie dieses Erlebnis im Jahr nach dem Verlust in Ihrer normalen Lebensführung beeinträchtigt?				
	absolute Häufigkeit	Prozente	Gültige Prozente	Kumulative Prozente
überhaupt nicht	14	13,6	13,6	13,6
ein wenig	30	29,1	29,1	42,7
ziemlich	21	20,4	20,4	63,1
stark	11	10,7	10,7	73,8
sehr stark	27	26,2	26,2	100,0

Tab. 4.7: Heutige Belastung durch den Verlust

Wie stark fühlen Sie sich heute noch durch diesen Verlust belastet?				
	absolute Häufigkeit	Prozente	Gültige Prozente	Kumulative Prozente
überhaupt nicht	34	33,0	33,0	33,0
ein wenig	34	33,0	33,0	66,0
ziemlich	23	22,3	22,3	88,3
stark	5	4,9	4,9	93,2
sehr stark	7	6,8	6,8	100,0

Der Hälfte der Patientengruppe war der Sterbeprozess ihres Verwandten lange Zeit nicht bewusst. Nur 15,5 % waren sich schon Monate vor dem eigentlichen Tod darüber im Klaren.

Dabei geben sogar 77,7 % der Untersuchten an, dass der Tod für sie völlig unerwartet eingetreten ist. Die Belastung durch den Verlust einer Ihnen nahe stehenden Person erlebte der Großteil (76,7 %) zum Zeitpunkt des Todes als sehr belastend. Die Beeinträchtigung innerhalb des auf den Verlust folgenden Jahres gestaltete sich für jeden Patienten recht unterschiedlich. Ein Viertel belastete der Verlust sehr stark, hingegen berichteten 42,7 %, dass sie sich nur ein wenig oder überhaupt nicht belastet fühlten. Schließlich sind zum Zeitpunkt der Befragung 66 % „überhaupt nicht“ oder nur „ein wenig“ durch den Verlust beeinträchtigt. Jedoch antworteten noch 11,7 % mit einer „sehr starken“ oder „starken“ heutigen Belastung.

Zusammenfassung: Eltern und Großeltern wurden am häufigsten als nahe stehende Verstorbene von den Patienten angegeben. Der Tod wurde überwiegend durch eine längere Krankheit verursacht. Im Durchschnitt wurde der Verstorbene 68 Jahre alt. Die Patienten waren zum Zeitpunkt des Verlustes um die 30 Jahre alt. Lange Zeit waren sie sich oft nicht bewusst, dass der Verwandte sterben würde und erlebten den Tod als unerwartet. Die Belastung war direkt nach dem Verlust am größten. Im Verlauf des folgenden Jahres ließ sie nach, so dass nun Jahre bzw. Jahrzehnte nach dem Verlust noch 11,7 % der untersuchten Patienten eine „starke“ oder „sehr starke“ Belastung angeben.

4.4 FREMDEINSCHÄTZUNGSINSTRUMENTE

4.4.1 MONTGOMERY-ASBERG-DEPRESSION-RATING-SCALE (MADRS)

Die MADR-Gesamtwerte der Patienten zum Zeitpunkt des Interviews werden in Abbildung 4.7 dargestellt.

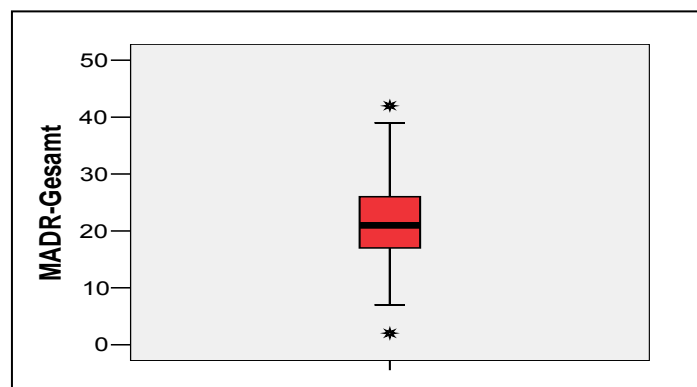


Abb. 4.7: MADR-Gesamtwerte der Untersuchungsgruppe

Der Median am Interviewtag lag für die Patienten der Studie bei 21. Der Maximalwert liegt bei 42, der Minimalwert bei 2. Bei den Frauen lag der Median bei 22, bei den Männern bei 20. Die innere Konsistenz (Cronbach's alpha) liegt in dieser Untersuchungsgruppe bei $r = .82$.

Die Gesamtwerte der MADR werden folgendermaßen interpretiert: Werte von 0-12 werden als „nicht depressiv“, Werte von 13-21 als „leicht depressiv“, solche von 22-28 als „mäßig depressiv“, alle Werte ab 29 aufwärts als „schwer depressiv“ klassifiziert.

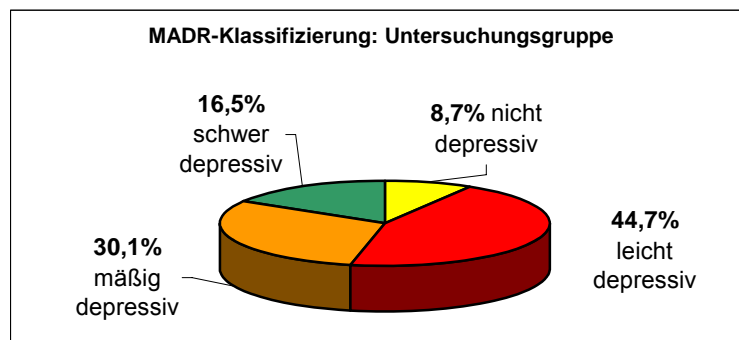


Abb. 4.8: MADR-Klassifizierung der Untersuchungsgruppe

Neun Patienten erscheinen im Interview „nicht depressiv“, der überwiegende Anteil (74,8 %) kann als „leicht“ (44,7 %) oder „mäßig“ (30,1 %) depressiv eingestuft werden. 16,5 % der Untersuchten sind zum Zeitpunkt des Interviews als „schwer depressiv“ anzusehen.

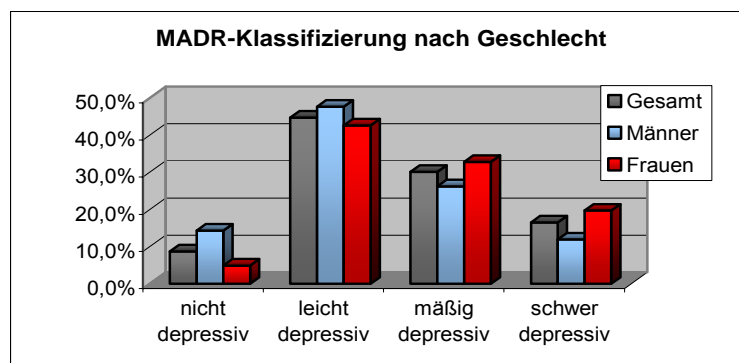


Abb. 4.9: MADR-Klassifizierung nach Geschlecht in der Untersuchungsgruppe (n=103)

Vergleicht man die Geschlechter untereinander (Abb. 4.9) fällt auf, dass bei keiner oder einer geringen Ausprägung der Depression prozentual mehr Männer als Frauen vorhanden sind. Der Anteil aller Frauen ist bei den Diagnosen „mäßig“ und „schwer

depressiv“ höher. Diese Unterschiede sind jedoch nicht deutlich, sondern nur tendenziell signifikant ($p=,076$)

4.4.2 HAMILTON-ANXIETY-SCALE (HAMA)

Anhand der Abbildung 4.10 wird die Häufigkeitsverteilung der HAMA-Gesamtwerte der Untersuchten dargestellt. Die interne Konsistenz (Cronbach's alpha) liegt bei $r= .71$. Der Median beträgt 14. Insgesamt werden Werte zwischen 1 und 30 erreicht. Frauen erreichen im HAMA einen höheren Median (15) als die Männer (12,5).

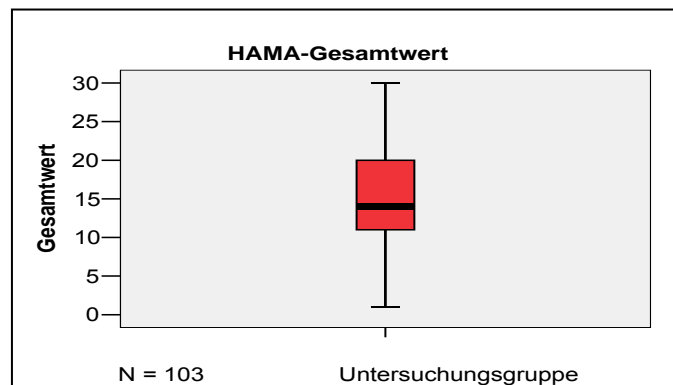


Abb. 4.10: HAMA-Gesamtwerte zum Zeitpunkt des Interviews

Die Patienten mit Werten zwischen 0 und 17 werden als „nicht ängstlich“ klassifiziert, diejenigen mit Werten ab 18 als „ängstlich“ bezeichnet. Anhand der HAMA-Ergebnisse können 33 Patienten als „ängstlich“ identifiziert werden (Abbildung 4.11), das entspricht ungefähr einem Drittel der Untersuchungsgruppe.

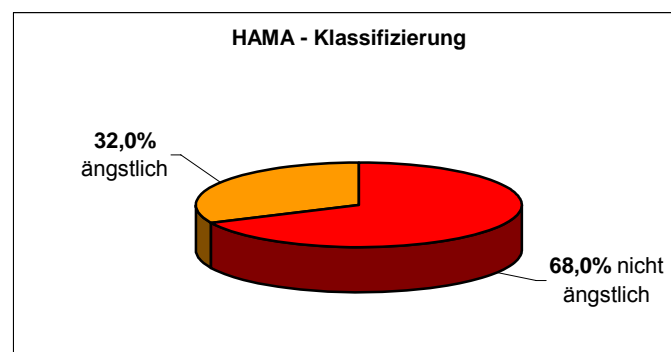


Abb. 4.11: HAMA-Klassifizierung der Untersuchungsgruppe

Sieht man sich die HAMA-Klassifizierung in der Geschlechtsverteilung an, ist der Anteil der Frauen, die „ängstlich“ eingestuft werden höher als der Anteil aller Männer;

doch dieser Unterschied ist nur tendenziell signifikant (Signifikanz (2-seitig) =,06). 39,3 % der Frauen und 21,4 % der Männer werden nach dem cut-off von 18 als „ängstlich“ klassifiziert.

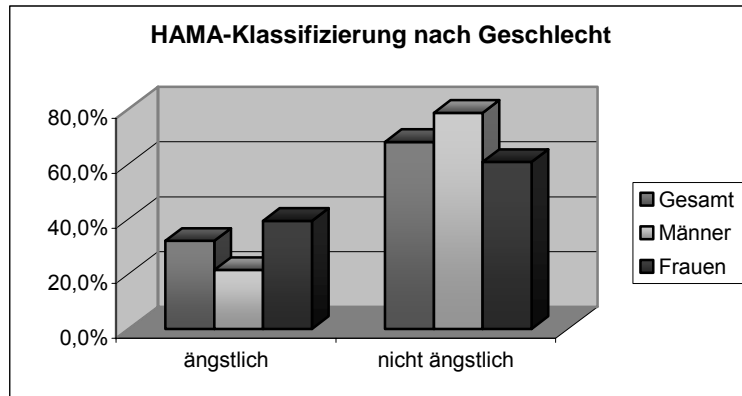


Abb. 4.12: HAMA-Klassifizierung nach Geschlecht in der Untersuchungsgruppe (n=103)

4.4.3 FRAGEBOGEN DER KOMPLIZIERTEN TRAUER (ICG_{Fremd})

Die interne Konsistenz (Cronbach's alpha) liegt bei $r = .85$. In der Auswertung des ICG_{Fremd} findet man folgende Ergebnisse: Nur ein Patient erfüllt die Kriterien A, B und C im Interview. Somit erhält er als einziger die Diagnose „Komplizierte Trauer“.

Um die Diagnose „Komplizierte Trauer“ stellen zu können, müssen zuvor drei Kriterien mit ihren jeweiligen Symptomen erfüllt werden. Abbildung 4.13 zeigt die Häufigkeitsverteilung der Erfüllung jedes einzelnen Kriteriums.

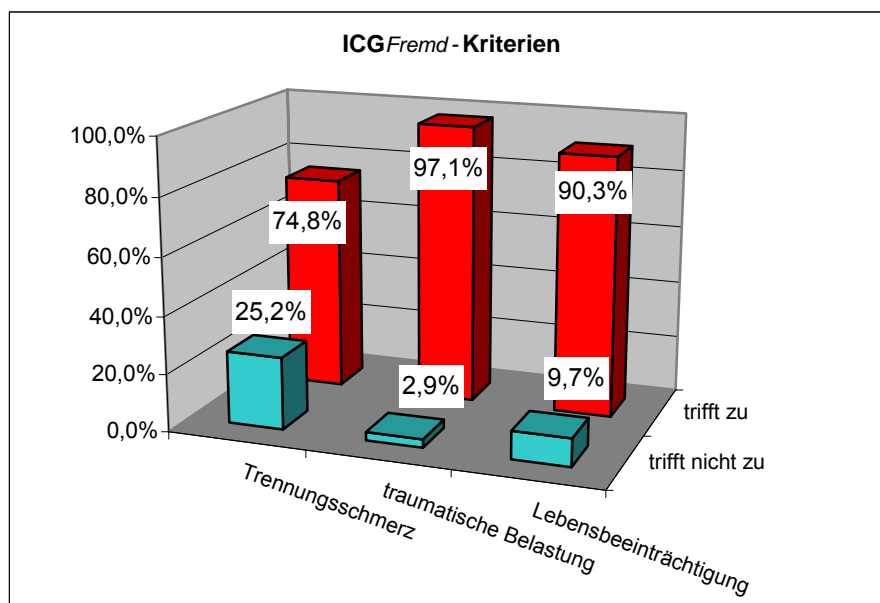


Abb. 4.13: Erfüllung der ICG_{Fremd}-Kriterien: Trennungsschmerz, Traumatische Belastung und Lebensbeeinträchtigung

Wie in der Abbildung 4.13 erkennbar, wird am häufigsten (25,2 %) das Kriterium „Trennungsschmerz“ erfüllt und auf nur drei Patienten (2,9 %) trifft das Kriterium „Traumatische Belastung“ zu. Der Interviewer schätzt 10 Patienten (9,7 %) durch die Trauer als beeinträchtigt in ihrem Leben ein.

Mindestens ein Kriterium trifft für 28 der 103 Patienten (27,2 %) zu; davon erfüllen 18 Personen (17,5 %) nur ein Kriterium, 9 Untersuchte (8,7 %) erfüllen zwei Kriterien gleichzeitig und bei einem sind alle Kriterien (1 %) positiv.

GESCHLECHTERVERTEILUNG

Für die einzelnen erfüllten Kriterien sieht man sich die Geschlechterverteilung, dargestellt in Abbildung 4.14, an:

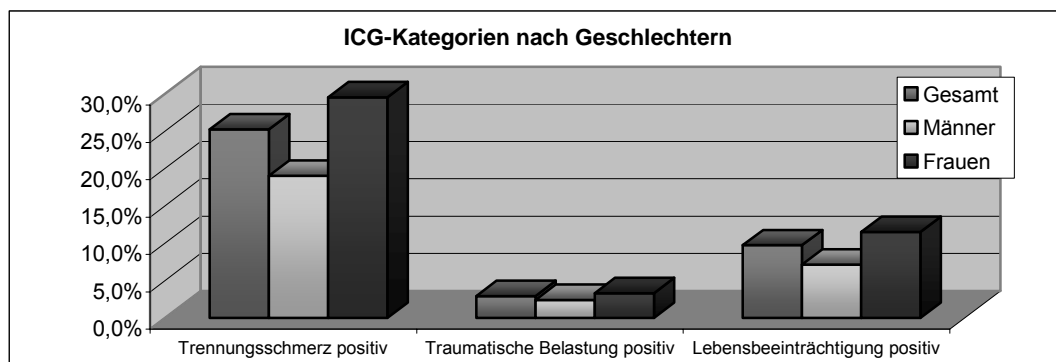


Abb. 4.14: Positive ICG_{Fremd}-Kriterien nach Geschlechtern (n=103)

Bei allen Kriterien, die erfüllt wurden, ist der Anteil an Frauen größer als der Anteil an Männern: 29,5 % der Frauen und 19,0 % der Männer erfüllten das Kriterium „Trennungsschmerz“, das Kriterium „Traumatische Belastung“ erzielten 3,3 % der Frauen und 2,4 % der Männer, und lebensbeeinträchtigend empfanden 11,5 % der Frauen und 7,5 % der Männer den Verlust der Ihnen nahe gestandenen Person. Ein signifikanter Zusammenhang besteht jedoch nicht, so dass die Hypothese der Geschlechtergewichtung zugunsten der Frau durch die Fremdeinschätzung nicht bestätigt werden kann.

Tab. 4.8: Chi-Quadrat-Test: Signifikanz zwischen Geschlecht und ICG_{Fremd}-Kriterien

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Kriterium „Trennungsschmerz“			
Chi-Quadrat nach Pearson	1,442(a)	1	,230
Kriterium „Traumatische Belastung“			
Chi-Quadrat nach Pearson	,071(b)	1	,790
Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“			
Chi-Quadrat nach Pearson	,533(c)	1	,466
Anzahl der gültigen Fälle	103		

- a 0 Zellen (0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 10,60.
b 2 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,22.
c 1 Zellen (25,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 4,08.

ALTER

Bezüglich des Alters besteht für die Kriterien „Trennungsschmerz“, „Traumatische Belastung“ und „Lebensbeeinträchtigung“ kein signifikanter Zusammenhang. Durch die Fremdeinschätzung kann somit auch die zweite Hypothese nicht unterstützt werden

Tab. 4.9: Chi-Quadrat-Test: Signifikanz zwischen Alter und ICG_{Fremd}-Kriterien

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Kriterium „Trennungsschmerz“			
Chi-Quadrat nach Pearson	6,545(a)	5	,257
Kriterium „Traumatische Belastung“			
Chi-Quadrat nach Pearson	2,489(b)	5	,778
Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“			
Chi-Quadrat nach Pearson	6,565(c)	5	,255
Anzahl der gültigen Fälle	103		

- a 5 Zellen (41,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,76.
b 7 Zellen (58,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,09.
c 7 Zellen (58,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,29.

4.5 SELBSTEINSCHÄTZUNGSINSTRUMENTE

4.5.1 IMPACT OF EVENT SKALA-REVIDIERTE VERSION (IES-R)

Der IES-R besteht aus drei Subskalen: „Intrusion“, „Vermeidung“ und „Übererregung“. Diese erfassen verschiedene Formen individueller Reaktionen bzw. Symptome auf extrem belastende Ereignisse. Bei Betrachtung der Subskalen des IES-R beobachtet man einen Median von 9 für die Intrusion, 6 für die Vermeidung und ebenfalls einen Median von 6 für die Übererregung. Der Median des IES-R-Gesamtwertes beträgt 19,

wobei die Gesamtwerte zwischen 0 und 61 liegen. In der Stichprobe liegt die interne Konsistenz (Cronbach's alpha) bei $r = .96$.

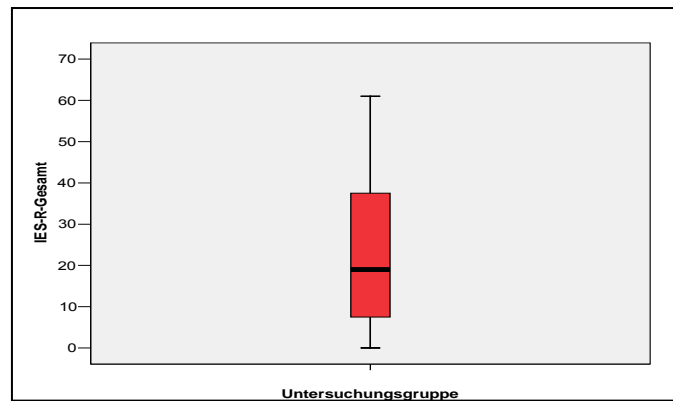


Abb. 4.15: IES-R-Gesamtwerte der Untersuchungsgruppe (n=103)

Frauen und Männer der Stichprobe sind, wie in Abbildung 4.16 ersichtlich, in ihren IES-R-Werten vergleichbar, wobei keine Signifikanz vorliegt. Der Unterschied beträgt in den Subskalen im Höchstfall 1 Punkt.

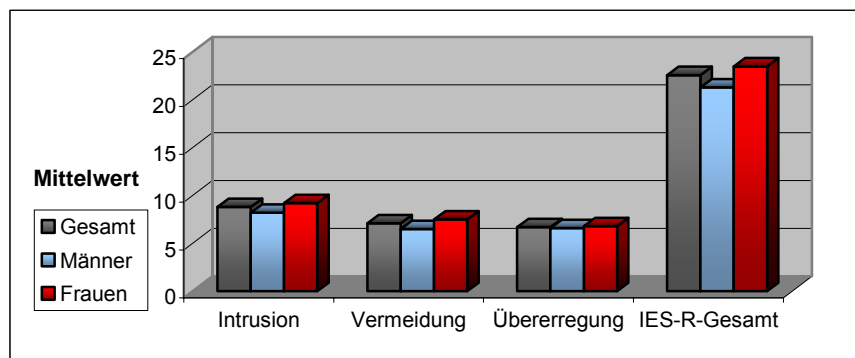


Abb. 4.16: IES-R: Subskalen (Intrusion, Vermeidung und Übererregung) und IES-R- Gesamtwert

Laut Regressionsgleichung kann bei keiner Person die Diagnose einer „Posttraumatischen Belastungsstörung“ gestellt werden.

Als weitere Form der Klassifizierung werden die Ergebnisse der IES-R in vier Schweregrade eingeteilt: „klinisch unauffällig“ (0-8), „leicht“ (9-25), „mäßig“ (16-43) und „schwer“ (ab 44) traumatisiert. Dadurch wurden 35,9 % als „leicht“, 28,2 % als „mäßig“ und keiner der Untersuchten als „schwer“ traumatisiert bezüglich des Verlusts eingestuft. 35,9 % waren klinisch unauffällig.

In Augenschein werden nun die beiden Kategorien „leicht“ und „mäßig traumatisiert“ in Bezug auf die Geschlechter genommen (Abbildung 4.17).

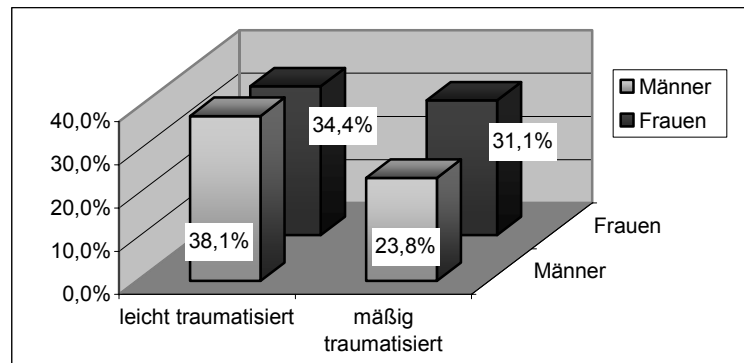


Abb. 4.17: IES-R-Kategorien „leicht“ und „mäßig“ traumatisiert im Geschlechtsvergleich

Frauen tendieren in dieser Untersuchungsgruppe nicht signifikant zu einer stärkeren Ausprägung der traumatische Belastung als Männer.

4.5.2 FRAGEBOGEN ZUR KOMPLIZIERTEN TRAUER (ICG_{Selbst})

In der Selbsteinschätzung kann keiner untersuchten Person die Diagnose „Komplizierte Trauer“ zugeordnet werden. Diese ist bedingt durch die Erfüllung der Kriterien A, B und C. Die interne Konsistenz (Cronbach's alpha) liegt in der Stichprobe bei $r = .93$. Wie bei der Fremdeinschätzung werden zunächst wieder die einzelnen Kriterien bezüglich ihrer Erfüllung betrachtet. Anschließend wird ein weiteres Auswertungsverfahren angewandt, wobei zwei Gruppen, zum einen „kompliziert Trauernde“ und „nicht kompliziert Trauernde“ gebildet und untersucht werden.

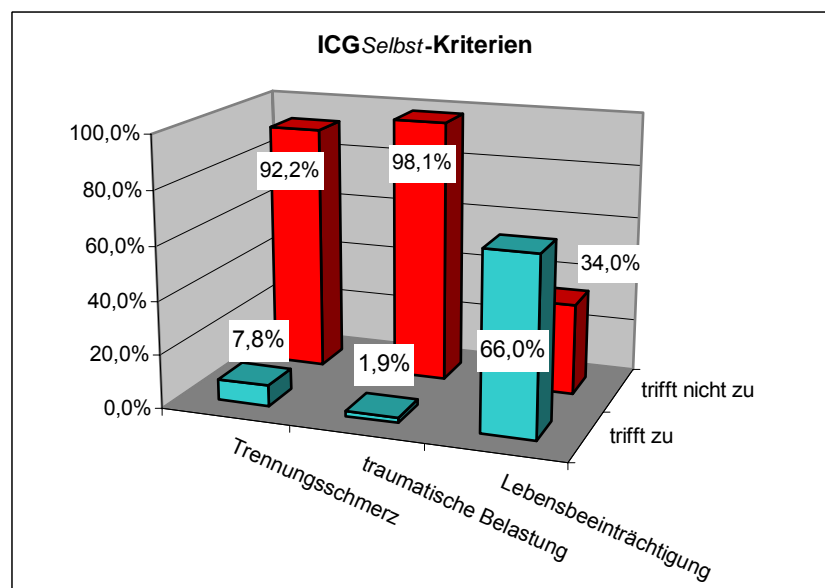


Abb. 4.18: Erfüllung der ICG_{Selbst}-Kriterien: Trennungsschmerz, Traumatische Belastung und Lebensbeeinträchtigung

Die Patienten schätzen ihre Trauer im Fragebogen (Abbildung 4.18) als gering ein. Das Kriterium „Trennungsschmerz“ erfüllt sich bei 7,8 %, das Kriterium „Traumatische Belastung“ ist bei 1,9 % vorhanden. Bei der Selbsteinschätzung, ob die Trauer den Patienten in sozialen, beruflichen oder anderen Bereichen ihres Lebens beeinträchtigt hat, bejahen jedoch 66 % des Patientenkollektivs (68 Patienten) einen Einfluss.

In der Selbsteinschätzung trifft die Erfüllung mindestens eines Kriteriums für 75 der 103 Patienten (72,8 %) zu; das Auftreten eines erfüllten Kriteriums ist bei 72 Personen (69,9 %) und zweier erfüllter Kriterien ist bei 3 Untersuchten (2,9 %) anzutreffen. Am häufigsten ist, wie in Abbildung 4.18 ersichtlich, das Kriterium C zutreffend.

GESCHLECHTERVERTEILUNG

Wie bei der Fremdeinschätzung wird auch bei den ICG-Kriterien, die von den Patienten selbst beurteilt wurden, die Geschlechterverteilung betrachtet:

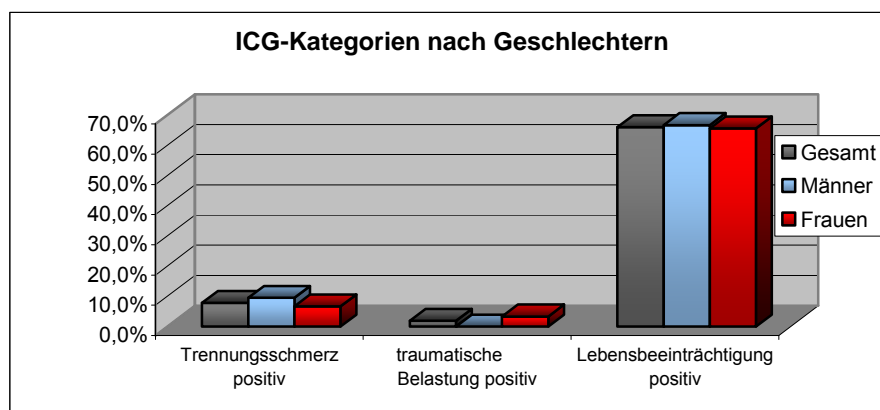


Abb. 4.19: Positive ICG-Kriterien im Fragebogen nach Geschlechtern

Das ICG-Kriterium „Trennungsschmerz“ erfüllte ein größerer Anteil der Männer (9,5 %) als der der Frauen (6,6 %). Beim ICG-Kriterium „Traumatische Belastung“ stellt sich die Geschlechterverteilung so dar, dass keiner der Männer und 3,3 % der Frauen das ICG-Kriterium erfüllen. Als lebensbeeinträchtigend empfanden 65,6 % der Frauen und 66,7 % der Männer den Verlust der Ihnen nahe gestandenen Person. Es besteht jedoch keine signifikante Korrelation zwischen dem Geschlecht und der Erfüllung der ICG-Kriterien (Tabelle 4.10) und somit kann auch in der Selbsteinschätzung die Hypothese dieser Studie, dass Frauen häufiger von

pathologischer Trauer betroffen sind bzw. häufiger die diagnostischen Kriterien erfüllen nicht bestätigt werden.

Tab. 4.10: Chi-Quadrat-Test: Signifikanz zwischen Geschlecht und ICG_{Selbst}-Kriterien

	Wert	df	Asymp. Signifikanz (2-seitig)
Kriterium „Trennungsschmerz“			
Chi-Quadrat nach Pearson	,306(a)	1	,580
Kriterium „Traumatische Belastung“			
Chi-Quadrat nach Pearson	1,404(b)	1	,236
Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“			
Chi-Quadrat nach Pearson	,013(c)	1	,908
Anzahl der gültigen Fälle	103		

- a 2 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale Häufigkeit ist 3,26.
 b 2 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale Häufigkeit ist ,82.
 c 0 Zellen (0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale Häufigkeit ist 14,27.

ALTER

Das Alter korreliert in Bezug auf die Kriterien A, B und C nicht signifikant. Auch durch die Selbsteinschätzung kann für die Hypothese der Studie bezüglich einer Altersverlagerung keine Bestätigung erbracht werden.

Tab. 4.11: Chi-Quadrat-Test: Signifikanz zwischen Alter und ICG_{Selbst}-Kriterien

	Wert	df	Asymp. Signifikanz (2-seitig)
Kriterium „Trennungsschmerz“			
Chi-Quadrat nach Pearson	3,424(a)	5	,635
Kriterium „Traumatische Belastung“			
Chi-Quadrat nach Pearson	3,814(b)	5	,576
Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“			
Chi-Quadrat nach Pearson	5,351(c)	5	,375
Anzahl der gültigen Fälle	103		

- a 7 Zellen (58,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,23.
 b 7 Zellen (58,3%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist ,06.
 c 2 Zellen (16,7%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5. Die minimale erwartete Häufigkeit ist 1,02.

Insgesamt erfüllt kein Patient aufgrund seiner Selbsteinschätzung die Diagnose „komplizierte Trauer“. Innerhalb der ICG-Kriterien fällt auf, dass sich die Patienten im Fragebogen deutlich beeinträchtigt durch den Verlust in ihrem Leben fühlen; die übrigen Kriterien sind nur für einen geringen Prozentsatz erfüllt. Es zeigt sich nur in einem geringen Maße, dass Frauen in einem höheren Anteil als die Männer die Kriterien

erfüllen, wobei keine signifikante Korrelation gegeben ist. Für den Vergleich mit den Ergebnissen des ICG_{Fremd} siehe Kapitel 4.8.

Neben der oben aufgeführten Auswertung, die die Erfüllung aller drei Kriterien zur Diagnosenstellung einer „komplizierten Trauer“ heranzieht, wird eine weitere Auswertung mittels eines Gesamtwertes durchgeführt. Die Studienteilnehmer erreichen im Durchschnitt einen Wert von 9,7 (sd = 10,6), wobei Werte zwischen 0 und 43 erzielt werden.

Danach wird eine Gruppe mit „kompliziert Trauernder“ gebildet, so wie es Prigerson (1999a) in ihrer Studie über den Einfluss traumatischer Trauer auf Suizidgedanken bei jungen Erwachsenen getan hat. Die Patienten dieser Studie mit Werten in den oberen 20 % werden als „Fälle“ bezeichnet, so dass „20,6“, also 20 Patienten der Gruppe von „kompliziert Trauernden“ zugeordnet werden können.

Auffallend ist, dass diese 20 Patienten durchschnittlich einen Wert von 28,4 erreichen, der weit über dem Durchschnittswert (9,7) der Gesamtstichprobe liegt.

Die Geschlechtsverteilung ist in beiden Gruppen vergleichbar mit 60 % Frauen (n = 12) und 40 % Männern (n = 8). Das ergibt für die insgesamt 61 Frauen einen Anteil von 19,7 %, für die insgesamt 42 Männer einen Anteil von 19,1 %. Die erreichten Mittelwerte für den ICG unterscheiden sich dabei geschlechtsspezifisch nur im geringen Maße: m = 25,8 ($\pm 5,6$), w = 30,1 ($\pm 7,7$). Eine Signifikanz kann mittels U-Test für unabhängige Stichproben nicht ermittelt werden.

Tab. 4.12: U-Test: U-Test: Signifikanz zwischen ICG-Gesamtwert und Geschlechtern

	ICG-Gesamt
Mann-Whitney U	1146,500
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,365

Betrachtet man das Alter der Gruppen „kompliziert Trauernder“ und „nicht kompliziert Trauernder“, besteht diesbezüglich eine positive Korrelation nach Pearson ($,029$) und keine Signifikanz ($p = ,768$).

Tab. 4.13: Korrelation zwischen ICG-Gesamtwert und Alter

		ICG-Gesamt	Alter
ICG-Gesamt	Pearson Korrelation	1	,029
	Sig. (2-seitig)		,768
Alter	Pearson Korrelation	,029	1
	Sig. (2-seitig)	,768	
N		103	103

Trotz einer weiteren Form der Auswertung, führen die Werte zu dem gleichen Ergebnis, dass die aufgestellten Hypothesen bezüglich erhöhter Trauerwerte bei Frauen und bei älteren Menschen durch diese Studie nicht erwiesen werden kann. Jedoch fällt auf, dass durch die Bildung zweier Gruppen die Gruppe „kompliziert Trauernder“ signifikant höhere ICG-Gesamtwerte erreicht als die Gruppe „nicht kompliziert Trauernder“. Für eine weitergehende Betrachtung der beiden Gruppen siehe Kapitel 4.9.

4.5.3 BECK DEPRESSION INVENTORY (BDI)

Mit dem BDI beurteilt der Patient die Schwere seiner Depression. Diese kommt im Summenwert zum Ausdruck. In der Stichprobe liegt die interne Konsistenz (Cronbach's alpha) bei $r = .90$. Im Fragebogen beträgt der Median 21. Der Minimalwert liegt bei 0, der Maximalwert bei 50. Damit liegt das Ergebnis ($N = 103$; $MW = 22,1$; $sd = 11,9$) dieser Studiengruppe weit über dem Mittelwert einer gesunden Kontrollgruppe ($N = 86$; $MW = 6,45$; $sd = 5,2$) und leicht unterhalb des Mittelwertes einer depressiven Patientengruppe ($N = 815$; $MW = 23,7$; $sd = 9,8$) (Hautzinger et al. 1995). Vergleicht man die Kontrollwerte zwischen den Geschlechtern, liegen Frauen dieser Studie ($N = 61$; $MW = 23,8$; $sd = 11,2$) über dem Mittelwert der gesunden Gruppe und auf dem Niveau einer depressiven Gruppe. Die männlichen Studienteilnehmer ($N = 42$; $MW = 19,5$; $sd = 12,0$) liegen zwar über dem Mittelwert der gesunden, aber unter dem Wert der depressiven Gruppe.

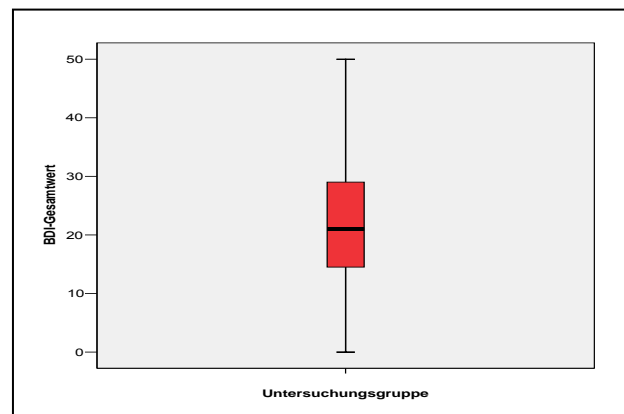


Abb. 4.20: BDI-Gesamtwerte der Untersuchungsgruppe (n=103)

Die Klassifikation unterscheidet 3 Kategorien bezogen auf den erreichten Summenwert: Als unauffällig gelten Werte unter 11 Punkten. Werte zwischen 11 und 17 Punkten können zu einer milden bis mäßigen Ausprägung depressiver Symptome zugeordnet werden. Klinisch relevant werden Werte ab 18.

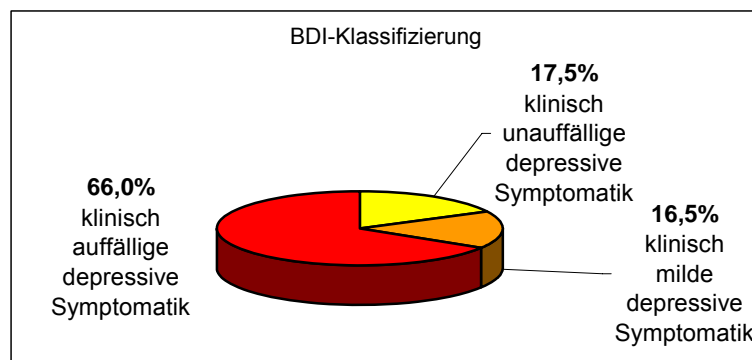


Abb. 4.21: BDI-Klassifizierung der Untersuchungsgruppe (n=103)

Mit einem cut-off-Wert von 18 lassen sich die Gesamtwerte des BDI klassifizieren in „depressiv“ und „nicht depressiv“. 2/3 der Untersuchungsgruppe (68 Personen) präsentieren sich durch eigene Angaben „klinisch auffällig“ depressiv. 17 der 103 Untersuchten präsentieren nur noch eine klinisch milde Ausprägung ihrer Depression. Zu berücksichtigen ist der Zeitpunkt innerhalb des Krankheitsverlaufes, zu dem der Patient den Fragebogen ausgefüllt hat. Weniger als ein Fünftel (17,5 %) hat zum Erhebungszeitpunkt keine klinisch sichtbare depressive Symptomatik mehr.

GESCHLECHTSVERTEILUNG

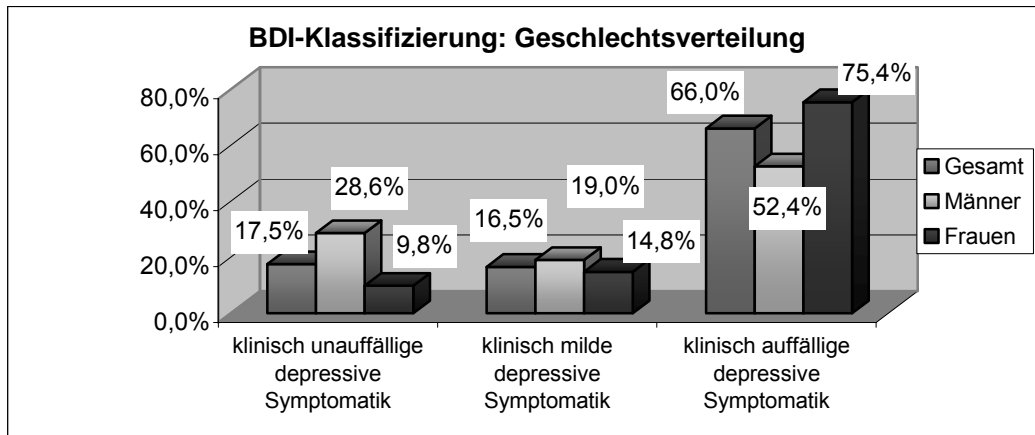


Abb. 4.22: BDI-Klassifizierung aller Studienpatienten getrennt nach Geschlecht

Betrachtet man die Diagnosen getrennt für Männer und Frauen fällt auf, dass 90,2 % der Frauen und im Vergleich dazu 71,4 % der Männer die Diagnose einer depressiven Symptomatik im BDI erhalten haben. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Geschlecht und der BDI-Klassifizierung ist vorhanden. Bei den Frauen haben 9 (14,8 %) eine milde Ausprägung ihrer Erkrankung, sechs sind klinisch unauffällig. Acht Männer sind mäßig depressiv und 12 Männer sind (28,6 %).

4.5.4 BRIEF SYMPTOM INVENTORY (BSI)

Der BSI erfasst die subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome innerhalb eines Zeitraumes von 7 Tagen.

Neun Skalen informieren über die Belastung in syndromalen Bereichen: (1) Somatisierung, (2) Zwanghaftigkeit, (3) Unsicherheit im Sozialkontakt, (4) Depressivität, (5) Ängstlichkeit, (6) Aggressivität/Feindseligkeit, (7) Phobische Angst, (8) Paranoides Denken, (9) Psychotizismus. Reliabilität: In dieser Stichprobe (n = 103) liegt die interne Konsistenz (*Cronbach's alpha*) bei $r = .95$. Rückschlüsse über das Antwortverhalten geben drei globale Indizes: Der *Global Severity Index* (GSI) misst die psychische Belastung bei allen Items, der *Positive Symptom Distress Index* (PSDI) gibt Auskunft über die Intensität der Antworten und der *Positive Symptom Total* (PST) misst die Anzahl der Symptome, bei denen ein Leidensdruck vorliegt. Da die Auswertung des Einzelfalles begrenzt ist, ermöglicht erst die Transformation zu T-Werten, die die soziodemographischen Faktoren berücksichtigt, die orientierende Einordnung des Einzelfalles in Bezug auf auffallende Abweichungen vom Durchschnitt.

Die T-Werte werden mittels Normtabelle für Erwachsene geschlechtsspezifisch mit einer Normstichprobe von n=600 festgelegt. Bei T-Werten, die zwischen 40 und 60 liegen, kann nicht von klinischer Auffälligkeit gesprochen werden, da sich in diesem Wertebereich 2/3 der Normgruppe befinden. Bei einem T-Wert von 60 befindet sich der Patient allerdings schon im 84 Zentil, liegt der T-Wert bei 70, dann gilt das 98 Zentil – die Auffälligkeit nimmt also mit der Höhe des T-Wertes zu. Wenn der T-Wert des GSI oder wenn die T-Werte bei mindestens zwei Skalen, größer oder gleich 63 sind, gilt der Proband nach der Falldefinition von Derogatis (1992) als psychisch auffällig belastet.

Die Tabelle 4.14 zeigt die *Mittelwerte der BSI-Skalen und Globalen Kennwerte* als Ergebnisse des BSI auf.

Tab. 4.14: Mittelwerte der BSI-Skalen und der Globalen Kennwerte der Stichprobe (n=103)

BSI-Skala	GESAMT (n=103)				MÄNNER (n=42)				FRAUEN (n=61)			
	MW	sd	MWg	sd	MW	sd	MWg	sd	MW	sd	MWg	sd
t1	59,9	11,6	60,1	11,9	57,9	10,6	59,2	10,3	61,3	12,1	60,7	12,9
t2	69,2	9,0	69,5	9,0	66,3	10,3	66,3	10,0	71,2	7,7	71,7	8,1
t3	66,8	11,0	66,7	11,1	64,7	12,0	66,0	11,6	68,3	10,1	67,2	10,8
t4	71,5	9,3	71,5	9,5	69,5	10,8	71,7	11,3	73,0	7,9	72,1	8,1
t5	67,3	11,2	67,0	11,2	64,8	12,1	65,9	12,1	69,1	10,3	67,7	10,6
t6	58,6	12,3	58,1	12,3	55,7	13,1	56,9	12,2	60,6	11,4	59,9	12,3
t7	68,7	11,6	68,9	11,9	66,2	12,9	67,5	13,9	70,5	10,3	69,9	10,4
t8	63,8	10,3	63,8	10,1	60,7	11,4	60,6	10,9	66,0	8,9	65,9	8,9
t9	68,0	11,5	68,0	11,7	65,4	12,3	65,4	12,8	69,7	10,7	69,9	10,6
Kennwert												
tGSI	30,7	3,2	30,5	3,3	29,7	3,2	30,9	2,9	31,3	3,1	30,2	3,5
tPSDI	66,2	10,4	65,9	10,6	63,4	11,1	63,6	11,1	68,1	9,5	67,4	10,0
tPST	71,0	9,0	71,8	9,4	68,7	10,1	68,3	8,6	72,5	7,8	74,1	9,2

Anmerkung: MW Mittelwert der transformierten Summenwerte
 MWg Mittelwert der transformierten geschlechtsgewichteten Summenwerte
 sd Standardabweichung
 t transformiert

Der tGSI-Wert (30,7), der die psychische Belastung bei allen Items bewertet, fällt hier sehr gering aus. Hingegen erscheinen bei fast allen Skalen t1-t9 erhöhte Werte. Werte unterhalb des gesetzten Grenzwertes von 63 liegen nur bei den Skalen „Somatisierung“ (t1; 59,9) und „Aggressivität“ (t6; 58,6) vor.

Hervorstechend ist - wie bei dieser Untersuchungsgruppe nicht anders zu erwarten - der Mittelwert der Skala Depressivität. Schaut man sich die sechs Items der Skala „Depressivität“ an, liegt deren Median, wie in Tabelle 4.15 aufgeführt, bei 2,0, das einer *ziemlichen Ausprägung* entspricht.

Tab. 4.15: Items der BSI-Skala „Depressivität“

	Gedanken an Suizid	Einsamkeits- -gefühle	Schwer- -mut	Interessen- -losigkeit	Hoffnungs- -losigkeit	Gefühl der Wertlosigkeit
Mittelwert	1,2	1,9	2,1	2,1	1,9	1,8
Median	1,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
Standard- Abweichung	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3
Minimum	0	0	0	0	0	0
Maximum	4	4	4	4	4	4

Frauen berichten beim BSI konstant und statistisch signifikant mehr Symptome und einen höheren Leidensdruck. Sie erreichen bei allen Skalen höhere Werte. Dieses Phänomen findet sich sowohl in der US-amerikanischen als auch in der deutschen Kultur (Franke, 2002).

Untersucht man dann die Untersuchungsgruppe daraufhin, wie viele Patienten psychisch auffällig sind, lassen sich, aufgrund des Vorliegens von T-Werten mindestens bei zwei Skalen größer oder gleich 63, hohe Frequenzen feststellen: Insgesamt 91 der 103 Patienten, das entspricht 85,7 %. Dabei unterscheiden sich Frauen und Männer nur minimal: 55 Personen der 62 Frauen (90,2 %) und 36 Personen der 42 Männer (85,7 %) können als „auffällig“ betrachtet werden. Dabei sind die klinisch relevanten Skalen aus Tabelle 4.14 ersichtlich.

4.5.5 STATE-TRAIT-ANXIETY-INVENTORY (STAI)

Der STAI unterscheidet die Beziehung zwischen Angst als Zustand (STATE) und Angst als Eigenschaft (TRAIT) zum zentralen Gegenstand; somit unterscheidet man zwei Skalen des STAI: STATE und TRAIT. Diese können einzeln oder zusammen verwendet werden. Die interne Konsistenz (Cronbach's alpha) liegt bei $r = .59$.

In der Auswertung des STAI findet man folgende Ergebnisse: Der Median liegt im Fragebogen für Trait-Angst bei 46, für State-Angst etwas höher bei 53 (Abbildung 4.23/4.24). Frauen erreichen einen Mittelwert von 53,7 für State-Angst und 47,8 für

Trait-Angst. Im Vergleich dazu liegen Männer sowohl bei der State-Angst (51,0), als auch bei der Trait-Angst (43,7) unter den Mittelwerten der Frauen.

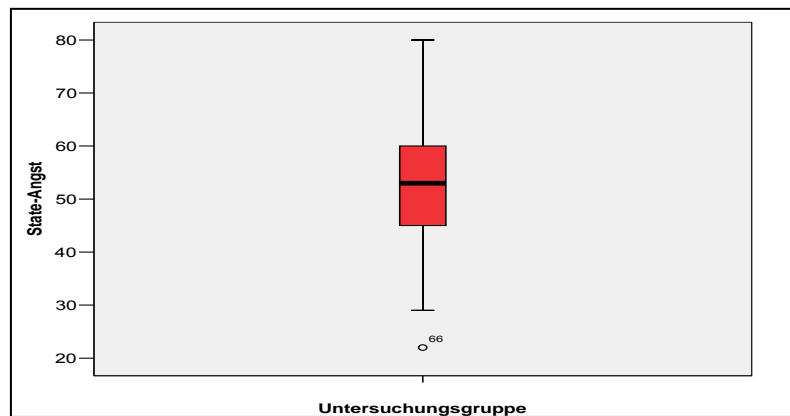


Abb. 4.23: STAI: State-Angst-Werte der Untersuchungsgruppe (n=103)

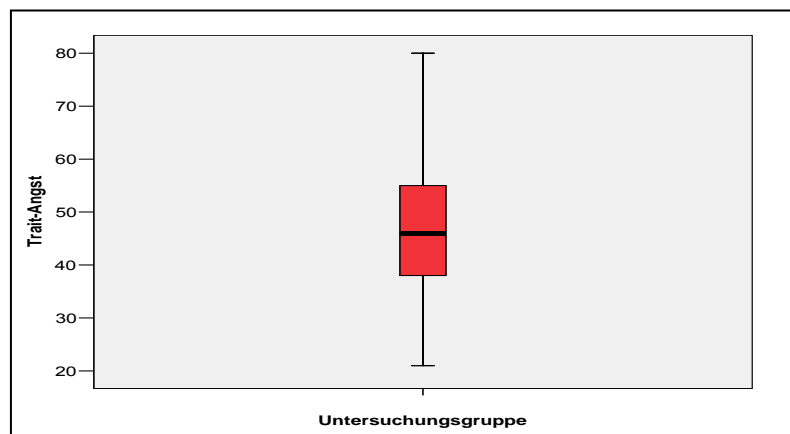


Abb. 4.24: STAI: Trait-Angst-Werte der Untersuchungsgruppe (n=103)

Der Summenwert der State-Angstskala kennzeichnet relativ stabile interindividuelle Differenzen in der Tendenz, Situationen als bedrohlich zu bewerten und hierauf mit einem Anstieg der Zustandsangst zu reagieren.

Der Summenwert der Trait-Angstskala stellt ein Maß dar für die Intensität eines emotionalen Zustands, der gekennzeichnet ist durch Anspannung, Besorgtheit, Nervosität, innere Unruhe und Furcht vor zukünftigen Ereignissen.

Zur Klassifizierung der STAI-Ergebnisse wird folgende Unterteilung vorgenommen: Sowohl für State-Angst als auch für Trait-Angst können Werte zwischen 20 und 80 erreicht werden. Bei der State-Angst werden Werte bis 48 als „nicht ängstlich“, Werte ab 49 aufwärts als „ängstlich“ interpretiert, bei der Trait-Angst wird die Grenze bei einem Wert von 46 gezogen. Es können bezüglich der State-Angst 65,0 %, hinsichtlich

der Trait-Angst 45,6 % der Untersuchten als ängstlich klassifiziert werden (Abb. 4.25 und 4.26).

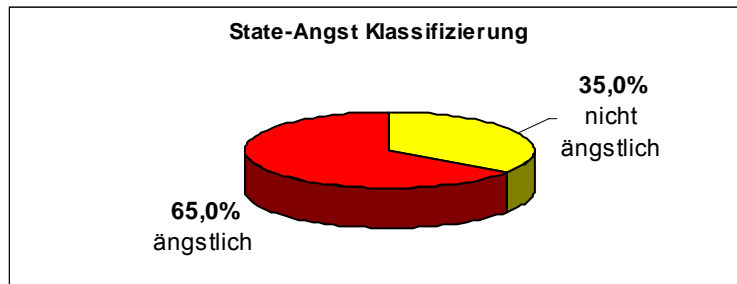


Abb. 4.25: State-Angst Klassifizierung der Untersuchungsgruppe (n=103)



Abb. 4.26: Trait-Angst Klassifizierung der Untersuchungsgruppe (n=103)

GESCHLECHTSVERTEILUNG

Betrachtet man die Klassifizierung geschlechtsverteilt, so können 75,4 % der Frauen und nur 50 % der Männer „Angst“ als Zustand (STATE) zugeordnet werden. Auf der Trait-Skala sind 47,5 % der Frauen „ängstlich“ sowie 42,9 % der Männer.

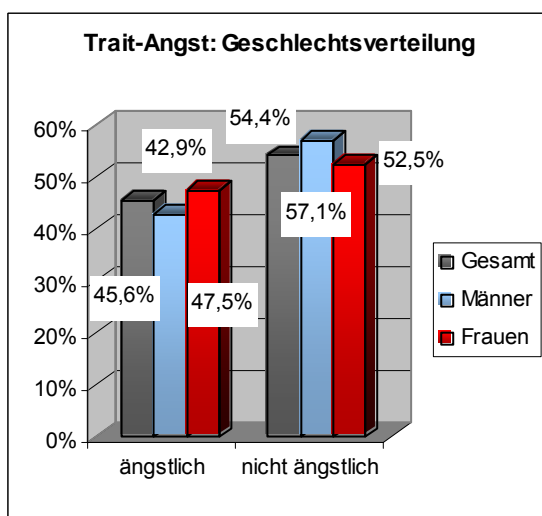


Abb. 4.27: Geschlechtsverteilung der State-Angst

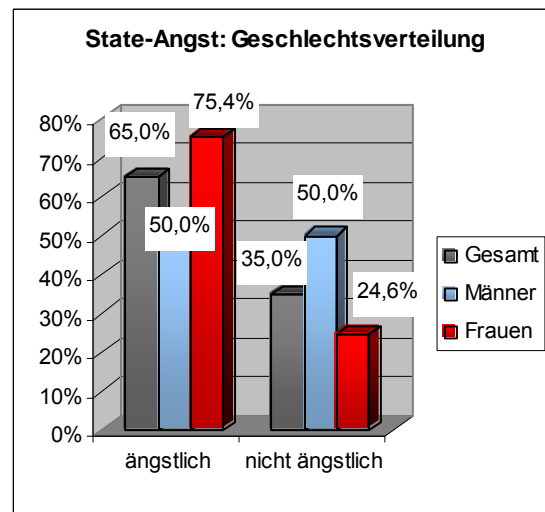


Abb. 4.28: Geschlechtsverteilung der Trait-Angst

Die Ergebnisse werden nun mit den Werten der Testwertstatistik der Eichstichprobe, die 2385 Personen umfasst, für Männer und Frauen verglichen. Sie entstammen der deutschen Adaption (dt. Bearbeitung: Laux et al. 1981) des von Spielberger, Gorsuch und Lushene (1970) entwickelten „State-Trait-Anxiety Inventory“.

Tab. 4.16: Mittelwert der STAI-Skalen der Studiengruppe im Vergleich zur Eichstichprobe von Laux et al.

STAI	Gruppe	Mittelwert (sd)	
State	Männer	SG*	51.02 (13.76)
		Kontrollen**	36.83 (9.82)
	Frauen	SG*	53.72 (10.47)
		Kontrollen**	38.08 (10.29)
Trait	Männer	SG*	43.67 (11.27)
		Kontrollen**	34.45 (8.83)
	Frauen	SG*	47.75 (10.75)
		Kontrollen**	37.01 (9.95)

Anmerkungen: *sd* Standardabweichung
 *SG Studiengruppe
 ** Eichstichprobe nach Laux et al.

Sowohl bei der Selbstbeschreibung im Allgemeinen (= trait-anxiety) als auch bei der Selbstbeschreibung augenblicklich (= state-anxiety) liegen die Mittelwerte der Patientengruppe höher als die Mittelwerte der Eichstichprobe von Laux et al. (1981) zeigte sich (Tabelle 4.16). Hierbei darf man jedoch bezüglich des STATE die Situation nicht vergessen, dass sich die Patientinnen der Studiengruppe zum Zeitpunkt der Befragung aufgrund einer schweren Erkrankung im Krankenhaus aufhielten, wohingegen die Patienten der Eichstichprobe keiner besonders belastenden Situation ausgesetzt waren. Bezüglich des TRAIT ist zu bedenken, dass Depression oft mit Angststörungen assoziiert ist.

4.5.6 FRAGEBOGEN ZUR SOZIALEN UNTERSTÜTZUNG (F-SOZU)

Die soziale Unterstützung wurde mit dem psychometrischen Messinstrument F-SOZU (Fragebogen zur Sozialen Unterstützung) erfasst (siehe auch Kapitel 3.2.4.6).

Die Beschreibung der sozialen Unterstützung in unserer Stichprobe erfolgt zunächst anhand von absoluten Werten auf den einzelnen Hauptskalen des F-SOZU. Um das Ausmaß an sozialer Unterstützung bzw. Belastung in unserer Stichprobe besser bewerten zu können, werden im Anschluss daran die durchschnittlichen Werte der

Studienpatienten mit den Mittelwerten von gesunden Kontrollpersonen verglichen. Die Normwerte der Vergleichsstichproben sind Dunkel (Dunkel et al. 2005, S. 277) entnommen.

Abschließend soll überprüft werden, ob sich die Patienten in eine Gruppe einteilen lassen, die ihre soziale Unterstützung als ausgesprochen hoch einschätzt, und eine Gruppe mit geringer sozialer Unterstützung.

ABSOLUTE WERTE DER F-SOZU-SKALEN

Bei der *Auswertung des F-SOZU* wird für jede Hauptskala – Emotionale Unterstützung (EU), Praktische Unterstützung (PU), Soziale Integration (SI) und Soziale Belastung – ein Mittelwert gebildet, wobei alle Skalen ein mögliches Minimum von 1 und ein Maximum von 5 besitzen. Die drei Skalen, die unterschiedliche Inhalte sozialer Unterstützung widerspiegeln (EU, PU und SI), werden zu dem Gesamtscore „Wahrgenommene soziale Unterstützung“ (WASU) zusammengefasst, indem man den Mittelwert aus den drei Skalen bildet. Auch auf der Skala WASU kann somit ein kleinstmöglicher Wert von 1 und ein größtmöglicher Wert von 5 erzielt werden (siehe auch Kapitel 3.2.4.6). Die Stichprobe besitzt die innere Konsistenz (Cronbach's alpha) $r = .87$.

Die folgende Tabelle zeigt die Minima, Maxima, Mittelwerte und Standardabweichungen der F-SOZU-Skalen in unserer Patientengruppe an:

Tab. 4.17: Statistische Maßzahlen des F-SOZU der Stichprobe (n=103)

SKALEN DES F-SOZU	GESAMT (n=103)				MÄNNER (n=42)				FRAUEN (n=61)			
	MIN	MAX	MW	sd	MIN	MAX	MW	sd	MIN	MAX	MW	sd
EMOTIONALE UNTERST. (EU)	1,4	5,0	3,7	1,0	1,9	5,0	3,9	1,1	1,4	5,0	3,6	1,0
PRAKTISCHE UNTERST. (PU)	1,0	5,0	4,1	0,9	1,0	5,0	4,0	1,0	2,0	5,0	4,1	0,8
SOZIALE INTEGR. (SI)	1,8	4,5	3,1	0,6	2,0	4,3	3,1	0,5	1,8	4,5	3,1	0,6
WAHRG. UNTERST. (WASU)	1,9	4,6	3,6	0,7	2,4	4,6	3,7	0,7	1,9	4,6	3,6	0,7

Der Tabelle 4.17 ist zu entnehmen, dass die *Mittelwerte* der drei Skalen zur sozialen Unterstützung (EU, PU und SI) und des Gesamtscores „Wahrgenommene Unterstützung“ (WASU) alle im *mittleren Bereich* anzutreffen sind (von 3,1 bis 4,1), und zwar sowohl für die Gesamtstichprobe als auch für Männer und Frauen getrennt.

Dabei sind die Durchschnittswerte auf der Skala Soziale Integration (3,1 der Gesamtstichprobe, der Männer und der Frauen) etwas geringer als die Mittelwerte der Skalen EU und WASU. Hingegen liegen die Mittelwerte der Skala Praktische Unterstützung (4,1 der Gesamtstichprobe und der Frauen bzw. 4,0 der Männer) eher etwas höher als die Werte der Skalen EU, SI und WASU. Auffällig ist, dass die Männer eine höhere emotionale Unterstützung angeben als die Frauen und die Unterstützung mehr wahrnehmen: EU-MW von 3,9 bei den Männern vs. EU-MW von 3,6 bei den Frauen und WASU-MW von 3,7 bei den Männern vs. WASU-MW von 3,6 bei den Frauen.

Insgesamt bestehen aber nur geringe Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Überprüft man diese geringfügigen Mittelwertunterschiede mittels zweiseitigen t-Tests für unabhängige Stichproben, so sind sie erwartungsgemäß alle nicht signifikant.

VERGLEICH DER WERTE DES F-SOZU MIT GESUNDEN KONTROLLGRUPPEN

Nach der Darstellung der absoluten Werte auf den F-SOZU-Skalen wird das *arithmetische Mittel der Gesamtstichprobe* mit den *Durchschnittswerten gesunder Kontrollpersonen* verglichen. Die Normwerte der Kontrollgruppen stammen von Dunkel (2005, S. 277). Eine Vergleichsgruppe ist eine repräsentative Stichprobe von Einwohnern einer Gemeinde (n = 157), die andere Studierende (n = 176).

Die Abbildung 4.29 stellt die Mittelwerte der drei Stichproben im Vergleich dar:

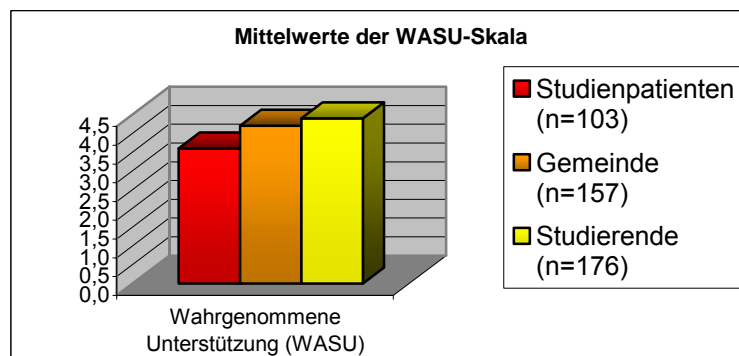


Abb. 4.29: Mittelwerte der WASU-Skala der Studienpatienten im Vergleich zu gesunden Personen

Wie aus der Abbildung ersichtlich, gibt unsere Stichprobe im Vergleich eine niedrigere soziale Unterstützung an.

KLASSIFIKATION DER PATIENTEN NACH IHRER UNTERSTÜTZUNG

Es stellt sich als nächstes die Frage, ob sich die Studienpatienten in eine *Gruppe mit hoher sozialer Unterstützung* und eine *mit niedriger sozialer Unterstützung* einordnen lassen.

Zu diesem Zweck wird die Variable „*Wahrgenommene soziale Unterstützung*“ (WASU) näher betrachtet, da sie eine Zusammenfassung der drei Skalen zur sozialen Unterstützung darstellt (Gesamtscore der sozialen Unterstützung). Nach dem Kolmogorov-Smirnov-Test, der einer Überprüfung auf Normalverteilung dient, ist diese Variable normalverteilt ($Z = 1,04$, $p = 0,225$).

Bei einem normalverteilten Parameter befinden sich in dem Bereich, der sich je eine Standardabweichung links und rechts vom Mittelwert befindet, 68,3 % aller Werte; zwei Standardabweichungen von beiden Seiten des Mittelwerts entfernt liegen 95,5 % und drei Standardabweichungen 99,9 % aller Werte (vgl. Bortz 1999). Übernimmt man dies für die Variable WASU (MW 3,6; $sd=0,7$), dann kann eine mittlere Gruppe festgelegt werden, deren Werte sich je eine Standardabweichung links und rechts vom Mittelwert befinden. Diese Patienten werden als eine *Gruppe mit normaler sozialer Unterstützung* aufgefasst. Diejenigen Patienten, die einen geringeren Wert als eine Standardabweichung vom Mittelwert aufweisen, werden als *Personen mit niedriger sozialer Unterstützung* definiert. In eine *Gruppe mit ausgeprägter sozialer Unterstützung* werden dementsprechend Patienten eingeteilt, deren Werte mehr als eine Standardabweichung oberhalb des Mittelwertes liegen. Die Tabelle 4.18 zeigt, wie viele Personen in unserer Stichprobe jeweils zu diesen drei Gruppen gehören, und berücksichtigt dabei den Anteil von Männern und Frauen in den jeweiligen Untergruppen:

Tab. 4.18: Klassifikation der Studienpatienten nach ihrer sozialen Unterstützung

Gesamtscore der sozialen Unterst. /WASU	GESAMT		MÄNNER		FRAUEN	
	ANZAHL	PROZENT	ANZAHL	PROZENT	ANZAHL	PROZENT
Pat. mit niedriger sozialer Unterst.	24	23,3	10	23,8	14	22,9
Pat. mit normaler sozialer Unterst.	62	60,2	28	66,7	40	65,6
Pat. mit hoher sozialer Unterst.	17	16,5	4	9,5	7	11,5
GESAMT	103	100%	42	100%	61	100%

In der Gesamtstichprobe weisen 60,2 % aller Patienten eine unauffällige soziale Unterstützung auf. Die Differenz zu 68,3 % kommt durch eine Rundung der Werte zustande. Von diesen 62 Patienten sind 28 männlich und 40 weiblich. Diese vierzig Frauen entsprechen etwa zwei Drittel der insgesamt 61 Frauen (65,6 %). Von den restlichen 21 Frauen bewerten sieben (11,5 %) ihre Unterstützung als überdurchschnittlich und vierzehn (22,9 %) als gering. Die Verteilung gleicht denen der Männer. Bei den Männern weisen 66,7 % eine durchschnittliche soziale Unterstützung auf, und nur 33,3 % verteilen sich auf die extremen Gruppen.

Nachdem die Ausprägung und Verteilung der einzelnen Variablen in unserer Stichprobe vorgestellt wurden, werden nun die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Variablen untersucht. Die Signifikanztests werden zunächst für die Gesamtstichprobe, dann getrennt für Männer und Frauen durchgeführt. Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Depressionspatienten werden nur dann berichtet, wenn sie statistisch bedeutsam sind. Abschließend werden Zusammenhänge zwischen den Kontroll- und den Forschungsvariablen untersucht, um den Einfluss weiterer Parameter auf die Forschungsvariablen quantifizieren zu können.

4.6 ZUSAMMENHANG ZWISCHEN MADR UND BDI

Instrumente zur Messung von Depression stellen sowohl die MADR als auch der BDI dar. Dabei soll die MADR zur Fremdbeurteilung und der BDI zur Selbsteinschätzung angewandt werden. Inwieweit diese Beurteilungen miteinander übereinstimmen, bzw. korrelieren, zeigen die folgenden Tabellen (4.19 und 4.20). Hier findet man eine signifikante Korrelation zwischen der Fremd- und Selbsteinschätzung, auch getrennt nach Männern und Frauen.

Tab. 4.19: Korrelation von BDI und MADR der Untersuchungsgruppe

		MADR	BDI
MADR	Pearson Korrelation	1	,673(**)
	Signifikanz (2-seitig)		,000
BDI	Pearson Korrelation	,673(**)	1
	Signifikanz (2-seitig)	,000	
N		103	103

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant.

Tab. 4.20: Korrelation von MADR und BDI getrennt nach Geschlechtern

		MÄNNER		FRAUEN	
		MADR	BDI	MADR	BDI
MADR	Pearson Korrelation	1,000	,740(**)	1,000	,605(**)
	Signifikanz (2-seitig)		,000		,000
BDI	Pearson Korrelation	,740(**)	1,000	,605(**)	1,000
	Signifikanz (2-seitig)	,000		,000	
	N	42	42	61	61

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant.

Vergleicht man die Klassifizierungen der beiden Messinstrumente, kommt man zu dem Erkenntnis, dass im BDI insgesamt weniger depressive Formen aufgefunden werden konnten (82,5 %) als beim MADR (91,3 %). Die MADR-Klassifizierung sieht jedoch auch eine Unterteilung in leichte, mäßige und schwere Depression vor. Summiert man daraufhin bei MADR nur die mäßig und schwer depressiv eingeteilten Patienten und vergleicht sie mit den Patienten, bei denen mit dem BDI entweder eine klinisch milde oder auffällige depressive Symptomatik festgestellt werden konnte, gelangt man zu einem anderen Schluss: doppelt so viele werden nämlich dann im BDI (82,5 %) als depressiv betrachtet als im MADR (46,6 %). Beim BDI und bei der MADR kann ein signifikanter Zusammenhang zwischen Geschlecht und der Klassifizierung verzeichnet werden, so dass die Frauen dieser Studie eher an einer ausgeprägteren Form der Depression leiden als die Männer.

Tab. 4.21: Vergleich zwischen den Klassifizierungen von MADR und BDI

		Gesamt (n = 103)		Männer (n = 42)		Frauen (n = 61)	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
MADR	nicht depressiv	9	8,7%	6	14,3%	3	4,9%
	leicht depressiv	46	44,7%	20	47,6%	26	42,6%
	mäßig depressiv	31	30,1%	11	26,2%	20	32,8%
	schwer depressiv	17	16,5%	5	11,9%	12	19,7%
BDI	klin. unauffällige depressive Symptomatik	18	17,5%	12	28,6%	6	9,8%
	klinisch milde depressive Symptomatik	17	16,5%	8	19,0%	9	14,8%
	klin. auffällige depressive Symptomatik	68	66,0%	22	52,4%	46	75,4%
Gesamt		103	100%	42	100%	62	100%

4.7 ZUSAMMENHANG ZWISCHEN HAMA UND STAI

Sowohl die HAMA als auch der STAI messen die Symptome der Ängstlichkeit. Dabei wird auf der einen Seite die HAMA zur Fremdbeurteilung und auf der anderen der STAI als Selbstschätzungsinstrument eingesetzt. Innerhalb des STAI entspricht eher die State-Angst der HAMA, da sie beide die aktuelle Ängstlichkeit der Patienten beurteilen. Inwieweit die beiden Beurteilungen miteinander korrelierten wurde anhand der Tabellen 4.22 und 4.23 untersucht. Dabei zeigte sich, dass die State-Angst des STAI und die HAMA, auch unter den Männern und Frauen, signifikant miteinander korrelieren.

Tab. 4.22: Korrelation von HAMA und State-Angst des STAI

		HAMA	State-Angst
HAMA	Pearson Korrelation	1,00	,424(**)
	Signifikanz (2-seitig)		,000
State-Angst	Pearson Korrelation	,424(**)	1,00
	Signifikanz (2-seitig)	,000	
N		103	103

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant.

Tab. 4.23: Korrelation von HAMA und State-Angst des STAI getrennt nach Geschlechtern

		MÄNNER		FRAUEN	
		HAMA	State-Angst	HAMA	State-Angst
HAMA	Pearson Korrelation	1,000	,488(**)	1,000	,361(**)
	Signifikanz (2-seitig)		,001		,004
State-Angst	Pearson Korrelation	,488(**)	1,000	,361(**)	1,000
	Signifikanz (2-seitig)	,001		,004	
N		42	42	61	61

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant.

Im Vergleich zwischen den Klassifizierungen von HAMA und State-Angst des STAI kristallisiert sich ein deutlicher Unterschied heraus: Aus Sicht des Interviewers sind nur 33 Patienten (32,0 %) als ängstlich anzusehen, hingegen sich die Patienten selbst wesentlich ängstlicher einschätzen (67 von 103 Patienten; 65,0 %). Beim HAMA ist der Anteil der Frauen tendenziell signifikant größer als der Anteil der Männer, beim STATE des STAI sogar deutlich signifikant.

Tab. 4.24: Vergleich zwischen den Klassifizierungen von HAMA und State-Angst des STAI

		Gesamt (n = 103)		Männer (n = 42)		Frauen (n = 61)	
		Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
HAMA	nicht ängstlich	70	68,0%	33	78,6%	37	60,7%
	ängstlich	33	32,0%	9	21,4%	24	39,3%
STAI	nicht ängstlich	36	35,0%	21	50,0%	15	24,6%
	ängstlich	67	65,0%	21	50,0%	46	75,4%
Gesamt		103	100%	42	100%	61	100%

4.8 VERGLEICH ZWISCHEN ICG_{Fremd} UND ICG_{Selbst}

Vergleicht man die Ergebnisse des ICG, das mittels Interview fremdbeurteilt wurde mit den Ergebnissen des ICG, bei dem sich die Patienten selbst im Fragebogen eingeschätzt haben, fällt auf, dass die ICG-Kriterien zu unterschiedlichen Anteilen erfüllt werden. Trifft im Interview das ICG-Kriterium „Trennungsschmerz“ für 25,2 % der Patienten zu, sind es im Fragebogen nur 7,8 %. Ähnlich verhält es sich bei Kriterium „Traumatische Belastung“ 2,9 % der 103 Untersuchten im Interview zu 1,9 % im Fragebogen.

Jedoch schätzt der Interviewer im Gegensatz dazu 10 Patienten (9,7 %) durch die Trauer als beeinträchtigt in ihrem Leben ein, hingegen bejahen 66 % des Patientenkollektivs (68 Patienten) einen Einfluss in sozialen, beruflichen oder anderen Bereichen ihres Lebens durch die Trauer. Im Vergleich zu den Ergebnissen im Interview (siehe 4.1.3.3) schätzen sich die Patienten in den ersten beiden Kriterien geringer ein, als es der Interviewer als Fremdbeurteiler tut. Im Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“ weicht das Ergebnis im Fragebogen aber sehr stark von dem des Interviews ab.

Im Fragebogen wird bei 72,8 % mindestens ein Kriterium erfüllt, im Interview sind es nur 28 der 103 Patienten (27,2 %). Davon erfüllen im Interview 18 Personen (17,5 %) nur ein Kriterium, 9 Untersuchte (8,7 %) zwei Kriterien gleichzeitig und bei einem sind alle Kriterien (1 %) positiv. Im Fragebogen verhält es sich so: das Auftreten eines erfüllten Kriterium ist bei 72 Personen (69,9 %) und zweier erfüllter Kriterien ist bei 3 Untersuchten (2,9 %) anzutreffen. Am häufigsten ist mit 65 % das Kriterium C zutreffend.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Hypothese, dass sich unter depressiven Patienten ein Teil mit komplizierter Trauer findet, durch diese Form der Auswertung nicht bestätigt werden kann.

4.9 ZUSAMMENHANG ZWISCHEN ICG_{Fremd} UND ICG_{Selbst} UND DEN ANDEREN MEßINSTRUMENTEN

Es wird untersucht, inwieweit in dieser Untersuchungsgruppe ein Zusammenhang besteht zwischen Komplizierter Trauer und den Ergebnissen der übrigen Messinstrumente.

Da nur einem Patienten im Interview und keinem im Fragebogen die Diagnose „Komplizierte Trauer“ zugeteilt werden konnte, werden zunächst die ICG-Kriterien zum Vergleich mit den übrigen Messinstrumenten herangezogen. Dabei werden die Erfüllung bzw. Nicht-Erfüllung der ICG-Kriterien des Interviews mit den Messinstrumenten, die in der Befragung verwandt wurden, verglichen, und die Positiv oder Negativ zutreffenden ICG-Kriterien des Fragebogens mit den Messinstrumenten, die zur Selbsteinschätzung herangezogen wurden, verglichen.

Es erfolgt die Signifikanzüberprüfung mittels U-Test für unabhängige Stichproben. Bei einigen war eine Tendenz mit einem p zwischen 0,05 und 0,1 ersichtlich. Diese p -Werte wurden kursiv, die signifikanten Werte zur besseren Übersicht fett gedruckt.

4.9.1 ICG-KRITERIEN UND DEPRESSION

Der Vergleich der einzelnen Kriterien des ICG_{Fremd} und des ICG_{Selbst} bezüglich der Erfüllung bzw. des Nicht-Erfüllens mit den Instrumenten zur Messung der Depression (MADR und BDI), lässt keine einheitliche Aussage, d.h. geltend für die Kriterien „Trennungsschmerz“, „Traumatische Belastung“ und „Lebensbeeinträchtigung“, darüber zu, ob Patienten, die die Kriterien erfüllen, höhere Werte im MADR oder BDI erreichen.

Beim MADR liegt der Mittelwert bei Erfüllung des Kriteriums „Trennungsschmerz“ bei 22,2, bei Kriterium „Traumatische Belastung“ bei 27,0 und bei Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“ bei 20,9. Bei Nichterfüllung des ersten Kriteriums beträgt der Mittelwert 21,4, bei Kriterium „Traumatische Belastung“ 21,4 und bei Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“ 22,9 (siehe Abb. 4.30-4.32).

Für den BDI ergeben sich folgende Mittelwerte: bei Erfüllung des Kriteriums „Trennungsschmerz“ liegt der Wert bei 29,1, bei Kriterium „Traumatische Belastung“ bei 43,0 und bei Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“ bei 20,6; bei Nichterfüllung des Kriteriums „Trennungsschmerz“ beträgt der Mittelwert 21,5, bei Kriterium

„Traumatische Belastung“ bei 21,6 und beim letzten Kriterium bei 24,9 (siehe Abb. 4.33-4.35).

Die Überprüfung des Zusammenhangs zwischen dem $ICGF_{Fremd}$ und der MADR und dem ICG_{Selbst} und dem BDI, erfolgte mittels eines U-Tests für unabhängige Stichproben. Hinsichtlich der Messinstrumentes MADR waren die Unterschiede der Ergebnisse, wie in Tabelle 4.25 ersichtlich, nicht signifikant. Im BDI ist eine Signifikanz bezüglich des ICG nur bei den Kriterien „Traumatische Belastung“ und „Lebensbeeinträchtigung“ gegeben.

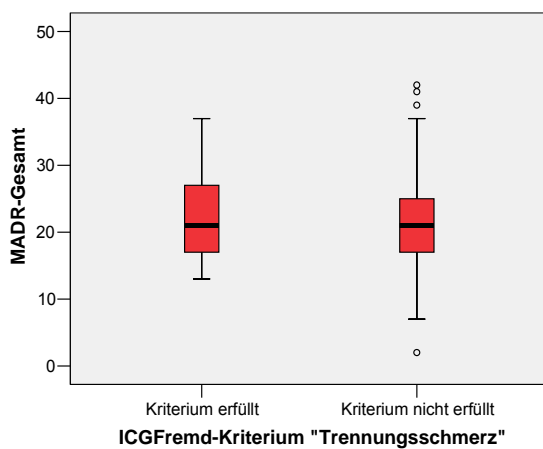


Abb. 4.30: $ICGF_{Fremd}$ -Kriterium „Trennungsschmerz“: Vergleich zwischen Erfüllung und MADR-Gesamtwert

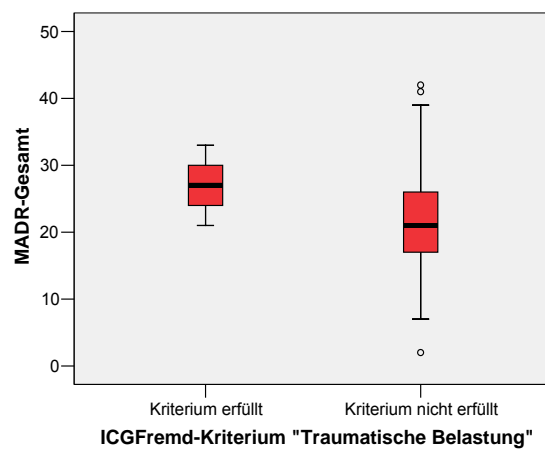


Abb. 4.31: $ICGF_{Fremd}$ -Kriterium „Traumatische Belastung“: Vergleich zwischen Erfüllung und MADR-Gesamtwert

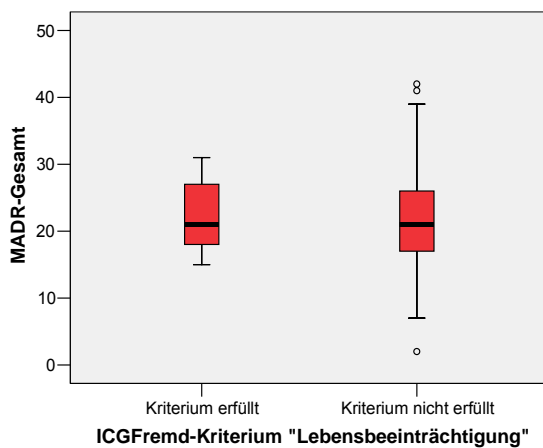


Abb. 4.32: $ICGF_{Fremd}$ -Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“: Vergleich zwischen Erfüllung und MADR-Gesamtwert

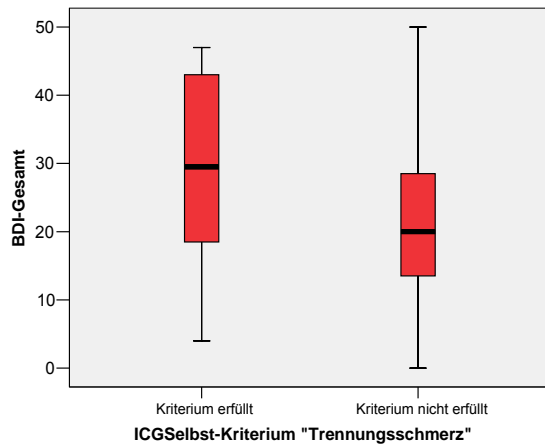


Abb. 4.33: ICGSelbst-Kriterium „Trennungsschmerz“: Vergleich zwischen Erfüllung und BDI-Gesamtwert

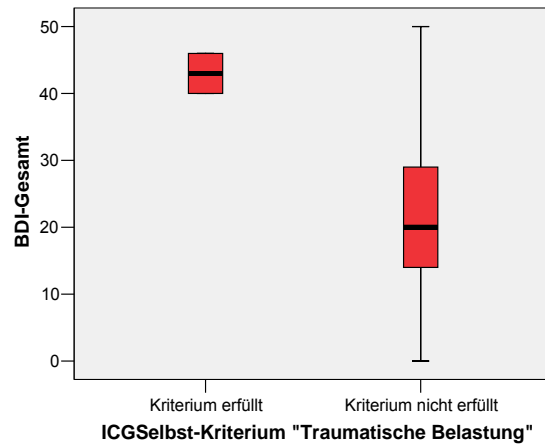


Abb. 4.34: ICGSelbst-Kriterium „Traumatische Belastung“: Vergleich zwischen Erfüllung und BDI-Gesamtwert

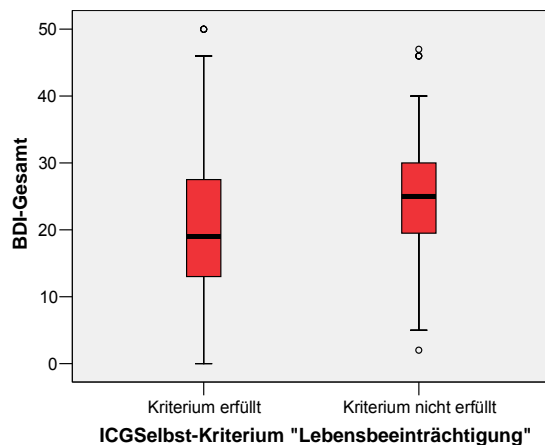


Abb. 4.35: ICGSelbst-Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“: Vergleich zwischen Erfüllung und BDI-Gesamtwert

Tab. 4.25: U-Test bei unabhängigen Stichproben: Vergleich der ICG-Kriterien mit der MADR und dem BDI

	Mann-Whitney Test	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
MADR-Gesamt		
ICGFremd-Kriterium „Trennungsschmerz“	948,000	,687
ICGFremd-Kriterium „Traumatische Belastung“	76,500	,149
ICGFremd-Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“	423,500	,643
BDI-Gesamt		
ICGSelbst-Kriterium „Trennungsschmerz“	257,500	,131
ICGSelbst-Kriterium „Traumatische Belastung“	10,000	,030*
ICGSelbst-Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“	891,500	,038*

Anmerkung:

*fett gedruckt = signifikant, **kursiv gedruckt = tendenzielle Signifikanz

4.9.2 ICG-KRITERIEN UND ANGST

Wenn die einzelnen Kriterien des ICG_{Fremd} und des ICG_{Selbst} hinsichtlich der Erfüllung bzw. des Nicht-Erfüllens mit den Messinstrumenten der Angst (HAMA und STAI) verglichen werden, kann man auch hier nicht einheitlich für alle Kriterien höhere Werte für Angst bei den Patienten, auf die die Kriterien zutreffen mit denen auf die sie nicht zutreffen feststellen. Da innerhalb des STAI eher die State-Angst der HAMA entspricht, da sie beide die aktuelle Ängstlichkeit der Patienten beurteilen, wird der Mittelwert des State-Angst-Gesamtwerts verwendet.

Die Mittelwerte bei der HAMA betragen bei Erfüllung des Kriteriums „Trennungsschmerz“ 17,0, bei Kriterium „Traumatische Belastung“ 18,7 und bei Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“ 17,8. Bei Nichterfüllung des Kriteriums „Trennungsschmerz“ liegt der Mittelwert bei 14,6, bei Kriterium „Traumatische Belastung“ bei 15,1 und bei Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“ bei 14,9 (siehe Abb. 4.36-4.38). Trifft eines der Kriterien beim STAI zu liegt der Mittelwert für das Kriterium „Trennungsschmerz“ bei 53,4, für das Kriterium „Traumatische Belastung“ bei 60,0 und für das Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“ bei 51,4. Wird eines der Kriterien nicht erfüllt, beträgt der Mittelwert für das Kriterium „Trennungsschmerz“ 52,6, für das Kriterium „Traumatische Belastung“ bei 52,5 und für das Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“ bei 54,9 (siehe Abb. 4.39-4.41).

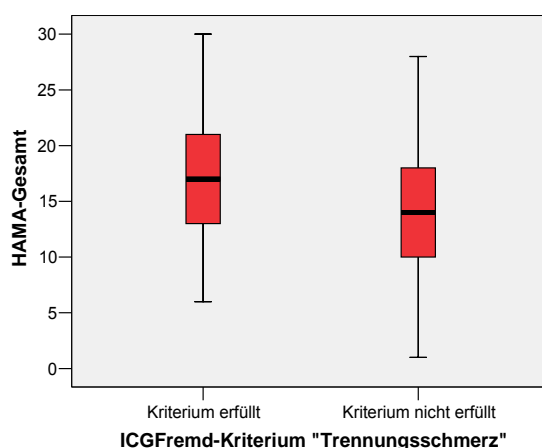


Abb. 4.36: ICGFremd-Kriterium „Trennungsschmerz“: Vergleich zwischen Erfüllung und HAMA-Gesamtwert

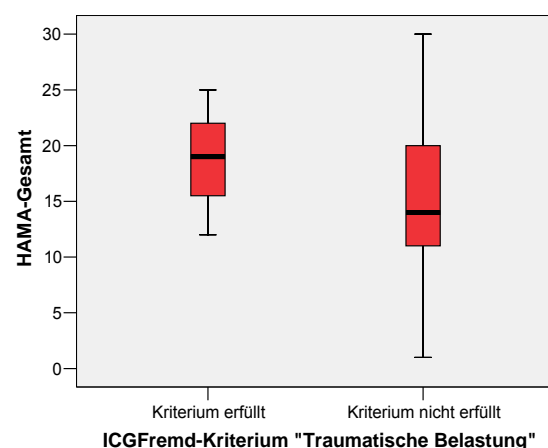


Abb. 4.37: ICGFremd-Kriterium „Traumatische Belastung“: Vergleich zwischen Erfüllung und HAMA-Gesamtwert

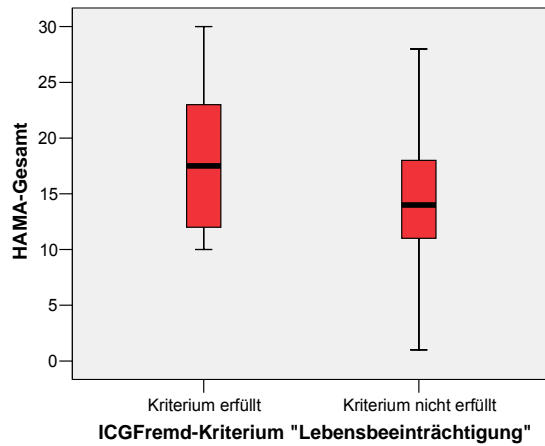


Abb. 4.38: ICGFremd-Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“: Vergleich zwischen Erfüllung und HAMA-Gesamtwert

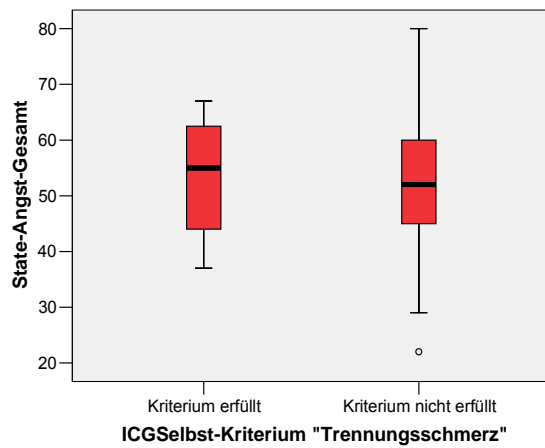


Abb. 4.39: ICGSelbst-Kriterium „Trennungsschmerz“: Vergleich zwischen Erfüllung und STATE-Gesamtwert

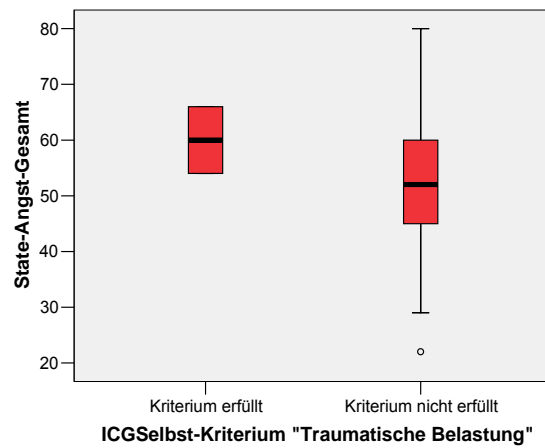


Abb. 4.40: ICGSelbst-Kriterium „Traumatische Belastung“: Vergleich zwischen Erfüllung und STATE-Gesamtwert

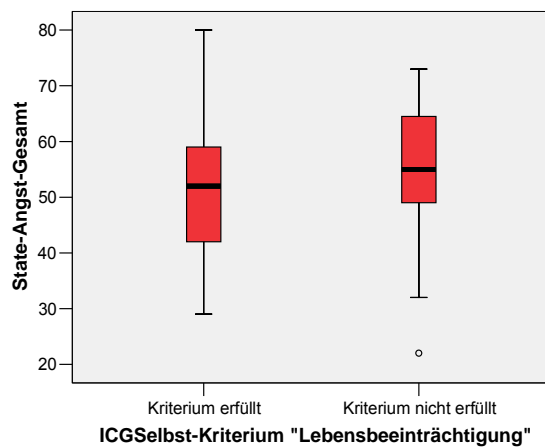


Abb. 4.41: ICGSelbst-Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“: Vergleich zwischen Erfüllung und STATE-Gesamtwert

Der Zusammenhang zwischen ICGFremd und der HAMA und dem ICGSelbst und dem

STAI, wird mittels U-Test für unabhängige Stichproben untersucht (Tab. 4.26). Es liegt jedoch keine Signifikanz vor. Lediglich eine tendenzielle Signifikanz ist hinsichtlich des HAMA beim Kriterium „Trennungsschmerz“ ersichtlich.

**Tab. 4.26: U-Test bei unabhängigen Stichproben:
Vergleich der ICG-Kriterien mit der HAMA und dem STAI**

	Mann-Whitney Test	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
HAMA-Gesamt		
ICGFremd-Kriterium „Trennungsschmerz“	757,000	,063**
ICGFremd-Kriterium „Traumatische Belastung“	96,000	,289
ICGFremd-Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“	350,000	,199
State-Gesamt		
ICGSelbst-Kriterium „Trennungsschmerz“	362,000	,824
ICGSelbst-Kriterium „Traumatische Belastung“	61,000	,339
ICGSelbst-Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“	965,500	,118

Anmerkung: *fett gedruckt = signifikant, **kursiv gedruckt = tendenzielle Signifikanz

4.9.3 ICGSelbst UND IES-R

Der Mittelwert des IES-R-Gesamtwerts wird (Abb. 4.42 – 4.44) verglichen mit dem Vorliegen der einzelnen ICG-Kriterien. Für die Kriterien „Trennungsschmerz“ und „Traumatische Belastung“ liegen bei Erfüllung höhere Mittelwerte vor als beim Nicht-Erfüllen: Für das Kriterium „Trennungsschmerz“ 44,3 im Vergleich zu 20,8 und für das Kriterium „Traumatische Belastung“ 47,5 im Vergleich zu 22,1. Bei Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“ liegt der Mittelwert bei 15,8, wenn das Kriterium erfüllt, ist dies nicht der Fall liegt der Mittelwert bei 35,7.

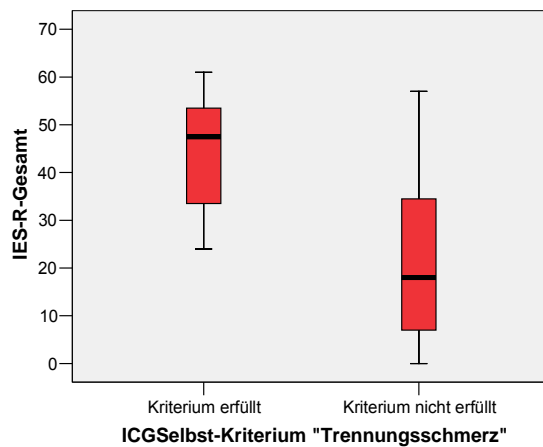


Abb. 4.42: ICGSelbst-Kriterium „Trennungsschmerz“: Vergleich zwischen Erfüllung und IES-R-Gesamtwert

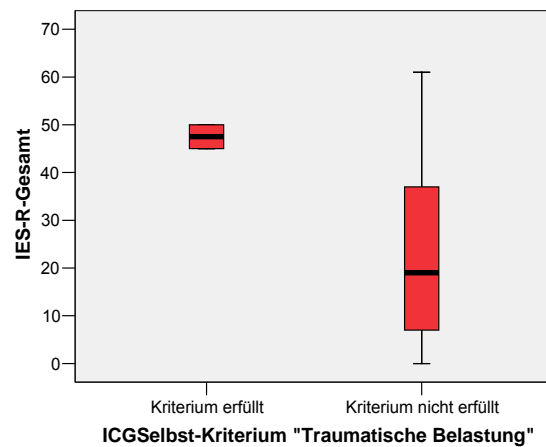


Abb. 4.43: ICGSelbst-Kriterium „Traumatische Belastung“: Vergleich zwischen Erfüllung und IES-R-Gesamtwert

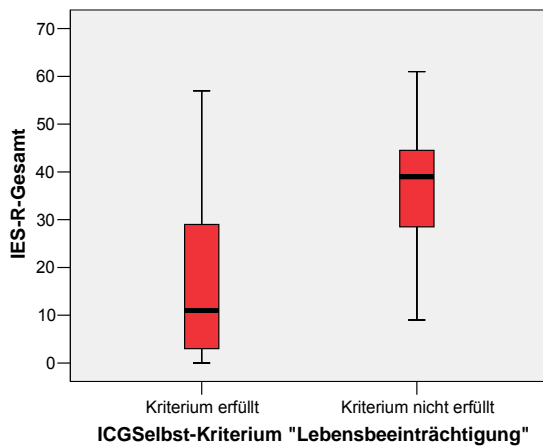


Abb. 4.44: ICGSelbst-Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“: Vergleich zwischen Erfüllung und IES-R-Gesamtwert

Mit einem U-Test für unabhängige Stichproben wird die Signifikanz zwischen diesen beiden Messinstrumenten untersucht; es findet sich für alle Kriterien eine deutliche Signifikanz hinsichtlich der Mittelwerte des IES-R-Gesamt und somit ein deutlicher Zusammenhang zwischen ICG und IES-R.

Tab. 4.27: U-Test bei unabhängigen Stichproben: Vergleich der ICG-Kriterien mit dem IES-R

	Mann-Whitney Test	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
IESR-Gesamt		
ICGSelbst-Kriterium „Trennungsschmerz“	102,500	,001*
ICGSelbst-Kriterium „Traumatische Belastung“	15,500	,041*
ICGSelbst-Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“	380,500	,000*

Anmerkung: *fett gedruckt = signifikant, **kursiv gedruckt = tendenzielle Signifikanz

4.9.4 ICGSelbst UND BSI

Der T-GSI-Wert wird als repräsentativer Wert des BSI verwendet und dessen Mittelwert mit dem Auftreten der einzelnen Kriterien des ICG verglichen. Der Mittelwert des Kriteriums „Trennungsschmerz“ beträgt 33,0, der des Kriteriums „Traumatische Belastung“ 35,0 und der des Kriteriums „Lebensbeeinträchtigung“ 30,2, wenn das jeweilige Kriterium erfüllt wird. Trifft das Kriterium nicht zu, liegt der Mittelwert für das Kriterium „Trennungsschmerz“ bei 30,5, für das Kriterium „Traumatische Belastung“ bei 30,6 und für das Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“ bei 31,5.

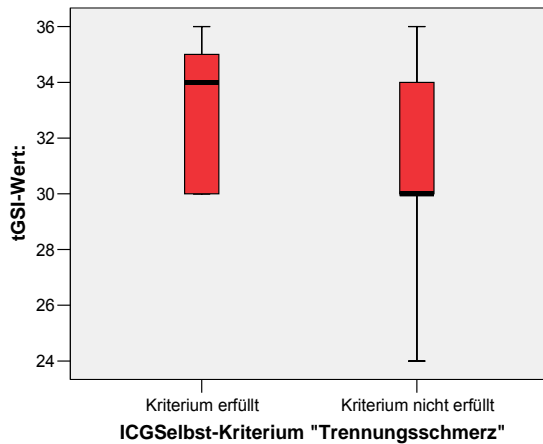


Abb. 4.45: ICGSelbst-Kriterium „Trennungsschmerz“: Vergleich zwischen Erfüllung und tGSI-Wert des BSI

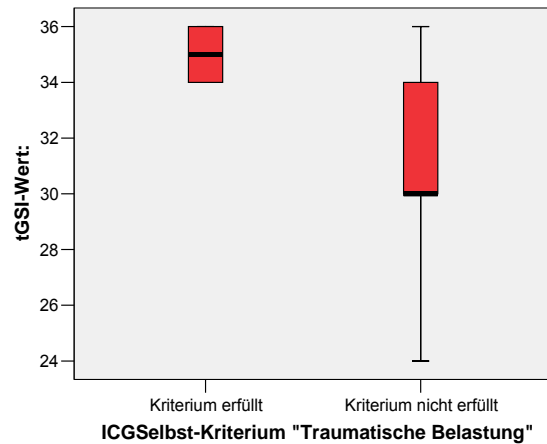


Abb. 4.46: ICGSelbst-Kriterium „Traumatische Belastung“: Vergleich zwischen Erfüllung und tGSI-Wert des BSI

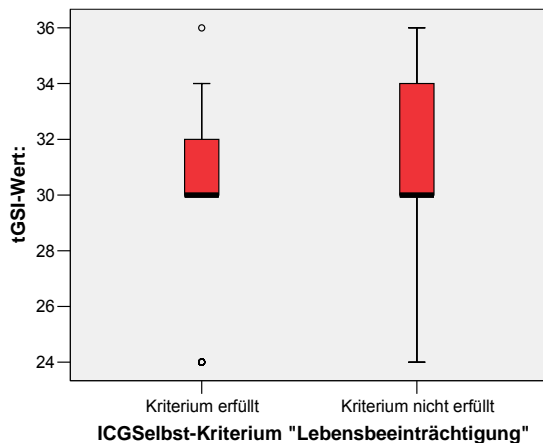


Abb. 4.47: ICGSelbst-Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“: Vergleich zwischen Erfüllung und tGSI-Wert des BSI

Für den Vergleich der Mittelwerte zwischen dem tGSI-Wert und den einzelnen Kriterien des ICG, wird ein U-Test für unabhängige Stichproben benutzt. Dabei liegt eine deutliche Signifikanz für alle Kriterien vor.

Tab. 4.28: U-Test bei unabhängigen Stichproben: Vergleich der ICG-Kriterien mit dem BSI

	Mann-Whitney Test	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
BSI-tGSI		
ICGSelbst-Kriterium „Trennungsschmerz“	217,500	,027*
ICGSelbst-Kriterium „Traumatische Belastung“	20,000	,032*
ICGSelbst-Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“	905,000	,028*

Anmerkung: *fett gedruckt = signifikant, **kursiv gedruckt = tendenzielle Signifikanz

4.9.5 ICG_{Selbst} UND F-SOZU

Zuletzt wird das Erfüllen bzw. Nicht-Erfüllen der ICG-Kriterien mit dem Mittelwert des F-SOZU-Gesamtwerts innerhalb dieser Untersuchungsgruppe in Beziehung gesetzt. Diese lässt sich in den Abbildungen 4.48 – 4.50 nachvollziehen.

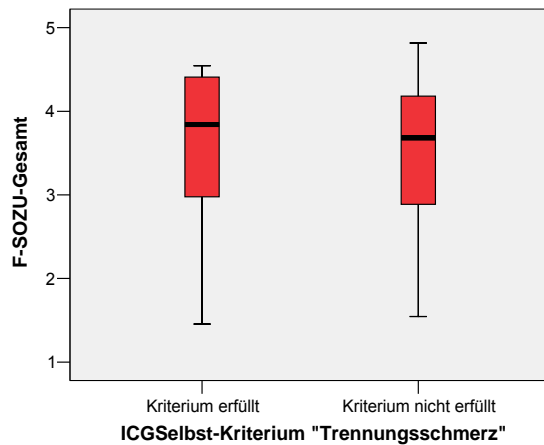


Abb. 4.48: ICG_{Selbst}-Kriterium „Trennungsschmerz“: Vergleich zwischen Erfüllung und F-SOZU-Gesamtwert

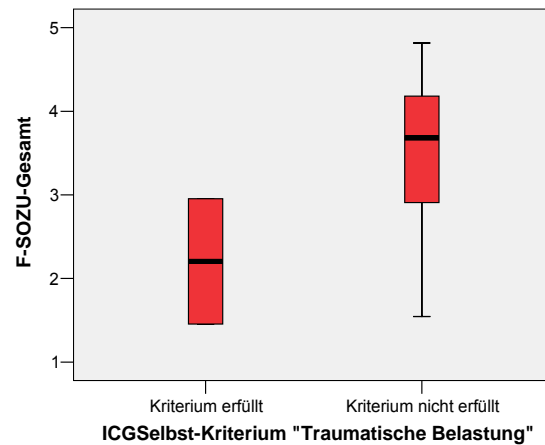


Abb. 4.49: ICG_{Selbst}-Kriterium „Traumatische Belastung“: Vergleich zwischen Erfüllung und F-SOZU-Gesamtwert

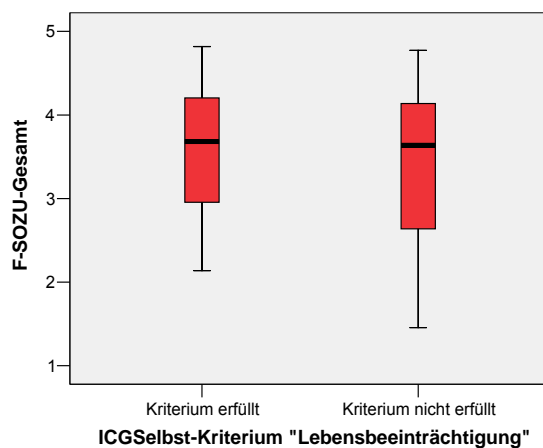


Abb. 4.50: ICG_{Selbst}-Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“: Vergleich zwischen Erfüllung und F-SOZU-Gesamtwert

Wird das Kriteriums „Trennungsschmerz“ erfüllt, ergibt sich ein Mittelwert von 3,6, wird das Kriteriums „Traumatische Belastung“ erfüllt, liegt der Mittelwert bei 3,5 und trifft das Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“ zu, beträgt der Mittelwert 3,6.

Bei Nicht-Erfüllen eines der Kriterien, liegt der Mittelwert für das Kriterium „Trennungsschmerz“ bei 3,5, für das Kriterium „Traumatische Belastung“ bei 3,6 und für das Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“ bei 3,4.

Der Mittelwert des F-Sozu-Gesamtwerts wird auf alle ICG-Kriterien bezogen und durch einen U-Test für unabhängige Stichproben statistisch betrachtet. Für die Kriterien „Trennungsschmerz“ und „Lebensbeeinträchtigung“ ist keine Signifikanz ersichtlich. Jedoch liegt eine tendenzielle Signifikanz für den F-SOZU in Bezug auf Kriterium „Traumatische Belastung“ vor.

Tab. 4.29: U-Test bei unabhängigen Stichproben: Vergleich der ICG-Kriterien mit dem F-SOZU

	Mann-Whitney Test	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
F-SOZU-Gesamt		
ICG Selbst-Kriterium „Trennungsschmerz“	349,500	,707
ICG Selbst-Kriterium „Traumatische Belastung“	26,000	,073**
ICG Selbst-Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“	1064,000	,380

Anmerkung: *fett gedruckt = signifikant, **kursiv gedruckt = tendenzielle Signifikanz

Insgesamt zeigt sich nach der Untersuchung der Zusammenhänge zwischen der Erfüllung der einzelnen Kriterien und den erreichten Werten in den verwendeten Messinstrumenten eine deutliche Signifikanz für alle Kriterien der Messinstrumente IES-R und BSI vor. Für die übrigen Messinstrumente MADR, BDI, HAMA, STAI und F-SOZU sind mittels U-Test für unabhängige Stichproben keine deutlich signifikanten Unterschiede der Ergebnisse gleichzeitig für alle Kriterien zu verzeichnen, jedoch finden sich einzelne deutliche oder tendenzielle Signifikanzen.

4.10 VERGLEICH ZWISCHEN „KOMPLIZIERT TRAUERNDER“ UND „NICHT KOMPLIZIERT TRAUERNDER“

Wie zuvor erwähnt wurde gemäß der Auswertungsweise nach Prigerson (1999a) eine Gruppe mit „kompliziert Trauernder“ gebildet, die im ICG Werte in den oberen 20 % erzielten (siehe Kapitel 4.5.2). Die 20 Patienten dieser Studie, die dadurch als „Fälle“ bezeichnet werden, werden nun mit der Gruppe „nicht kompliziert Trauernder“ verglichen. Es werden Zusammenhänge zwischen ihnen in Bezug auf die Messinstrumente, die zur Selbsteinschätzung verwendet wurden (IES-R, ICG_{Selbst}, BDI,

BSI, STAI, F-SOZU), untersucht. Die Ergebnisse sind in Tabelle 4.30 zusammengefasst.

Tab. 4.30: Mittelwert-Vergleich zwischen „kompliziert Trauernder“ und „nicht kompliziert Trauernder“

	Kompliziert Trauernder					Nicht kompliziert Trauernder				
	MW	Std.	Min	Max	N	MW	Std.	Min	Max	N
IES-R-Gesamt	42,3	8,9	24	61	20	17,8	15,2	0	57	83
Intrusion	15,4	3,5	8	21	20	7,2	4,9	0	20	83
Vermeidung	12,8	4,0	6	21	20	5,7	6,0	0	21	83
Übererregung	14,2	3,3	6	19	20	4,9	5,4	0	20	83
ICGSelbst	28,4	7,1	18	43	20	5,3	4,8	0	17	83
BDI	28,0	10,4	9	47	20	20,6	11,6	0	50	83
tGSI	32,4	2,3	30	36	20	30,2	3,3	24	36	83
State	56,0	10,4	37	72	20	51,8	12,2	22	80	83
Trait	50,3	8,9	31	66	20	45,1	11,4	21	80	83
Wasu	3,6	0,8	1,9	4,6	20	3,6	0,7	2,2	4,6	83

Besonders hervorstechend ist, dass die Gruppe „kompliziert Trauernder“ in fast allen Messinstrumenten höhere Mittelwerte erreicht als die Gruppe „Nicht kompliziert Trauernder“. Nur im F-SOZU, repräsentiert durch den Wasu, können für beide Gruppen die gleichen Werte (3,6) verzeichnet werden. Hoch signifikant (siehe Tabelle 4.31) sind die Unterschiede der beiden Gruppen beim IES-R mit seinen Subskalen, beim BDI, bei dem tGSI-Wert des BSI und dem Trait-Wert des STAI.

Tab. 4.31: U-Test: Zusammenhang zwischen „kompliziert Trauernder“ und „Nicht kompliziert Trauernder“

	Mann-Whitney Test	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
IES-R-Gesamt	162,500	,000*
Intrusion	139,000	,000*
Vermeidung	301,500	,000*
Übererregung	158,000	,000*
BDI-Gesamt	506,000	,007*
tGSI-Wert	538,500	,007*
TRAIT	577,500	,035*
STATE	673,000	,190
WASU	816,500	,910

Anmerkung: *fett gedruckt = signifikant, **kursiv gedruckt = tendenzielle Signifikanz

4.11 VERLUSTERLEBNIS UND PSYCHISCHE BELASTUNG DER PATIENTEN

Im Interview wurden die Patienten nach ihrer subjektiven Einschätzung der Belastung zum Zeitpunkt des Verlustes, innerhalb des darauf folgenden Jahres und zum heutigen Zeitpunkt befragt. Die Patienten konnten zwischen folgenden Intensitäten wählen: „überhaupt nicht“, „ein wenig“, „ziemlich“, „stark“ und „sehr stark“. Die Antworten sind in den Tabellen 4.5 – 4.7 beschrieben (siehe Kapitel 4.3).

Tab. 4.5: Belastung des Patienten zum Zeitpunkt des Verlustes

Wie belastend haben Sie zum damaligen Zeitpunkt diesen Verlust erlebt?				
	absolute Häufigkeit	Prozente	Gültige Prozente	Kumulative Prozente
überhaupt nicht	3	2,9	2,9	2,9
ein wenig	11	10,7	10,7	13,6
ziemlich	10	9,7	9,7	23,3
stark	79	76,7	76,7	100,0
sehr stark	3	2,9	2,9	2,9

Tab. 4.6: Lebensbeeinträchtigung innerhalb des folgenden Jahres nach Verlust

Wie stark hat Sie dieses Erlebnis im Jahr nach dem Verlust in Ihrer normalen Lebensführung beeinträchtigt?				
	absolute Häufigkeit	Prozente	Gültige Prozente	Kumulative Prozente
überhaupt nicht	14	13,6	13,6	13,6
ein wenig	30	29,1	29,1	42,7
ziemlich	21	20,4	20,4	63,1
stark	11	10,7	10,7	73,8
sehr stark	27	26,2	26,2	100,0

Tab. 4.7: Heutige Belastung durch den Verlust

Wie stark fühlen Sie sich heute noch durch diesen Verlust belastet?				
	absolute Häufigkeit	Prozente	Gültige Prozente	Kumulative Prozente
überhaupt nicht	34	33,0	33,0	33,0
ein wenig	34	33,0	33,0	66,0
ziemlich	23	22,3	22,3	88,3
stark	5	4,9	4,9	93,2
sehr stark	7	6,8	6,8	100,0

Führt man einen einfachen T-Test für die Belastung zu diesen drei Zeitpunkten durch, lässt sich eine deutliche Signifikanz feststellen.

Tab. 4.32: T-Test: Vergleich der Belastung zu den drei Zeitpunkten

	t	df	Sig. (2-seitig)
Belastung durch Verlust	58,651	102	,000
Lebensbeeinträchtigung	21,989	102	,000
heute Belastung	19,277	102	,000

Um zu vergleichen ob Personen, die keine Belastung durch den Tod empfunden haben höhere Werte in den Messinstrumenten für Depression, Angst und posttraumatische Symptome erreichen als Personen, die den Verlust als belastend einschätzten, werden die Antwortmöglichkeiten in zwei Kategorien geteilt: „1“ bedeutet „überhaupt nicht“, „2“ fasste alle Antworten von „ein wenig“ bis „sehr stark“ zusammen. Im Folgenden zeigen die Tabellen die Häufigkeitsverteilung nach der genannten Umverteilung in 1 und 2.

Tab. 4.33: Häufigkeitsverteilung der Antworten bezüglich der Belastung zum Zeitpunkt des Todes

Zu 4.5	Gruppe	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	0	0,0	0,0	0,0
	2	103	100,0	100,0	100,0
Gesamt		103	100,0	100,0	

Tab. 4.34: Häufigkeitsverteilung der Antworten bezüglich der Belastung innerhalb eines Jahres nach dem Verlust

Zu 4.6	Gruppe	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	14	13,6	13,6	0,0
	2	89	86,4	86,4	100,0
Gesamt		103	100,0	100,0	

Tab. 4.35: Häufigkeitsverteilung der Antworten bezüglich der heutigen Belastung durch den Verlust

Zu 4.7	Gruppe	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	34	33,0	33,0	13,6
	2	69	67,0	67,0	100,0
Gesamt		103	100,0	100,0	

Nach dieser Kategorisierung werden die Mittelwerte der Ergebnisse, die die Studienpatienten in den jeweiligen Gruppen 1 und 2 erzielten, für die verschiedenen Messinstrumente (IES-R, MADR, HAMA, BDI und STAI) in den Tabellen 4.36-4.38 dargestellt.

Tab. 4.36: Zusammenhang: subjektive Einschätzung der Belastung zum Zeitpunkt des Verlustes und IES-R, MADR, HAMA, BDI und STAI

	Gruppe	N	Mittelwert	sd	Standardfehler des Mittelwertes
IES-R-Gesamtwert	1	0	-	-	-
	2	103	22,6	17,17	1,7
MADR-Gesamtwert	1	0	-	-	-
	2	103	21,6	7,511	0,7
HAMA-Gesamtwert	1	0	-	-	-
	2	103	15,2	5,9	0,6
BDI-Gesamtwert	1	0	-	-	-
	2	103	22,1	11,68	1,2
State-Angst	1	0	-	-	-
	2	103	52,6	11,9	1,2
Trait-Angst	1	0	-	-	-
	2	103	46,1	11,09	1,1

Tab. 4.37: Zusammenhang: subjektive Einschätzung der Belastung innerhalb des Verlustfolgejahres und IES-R, MADR, HAMA, BDI und STAI

	Gruppe	N	Mittelwert	sd	Standardfehler des Mittelwertes
IES-R-Gesamt	1	14	9,3	12,5	3,3
	2	89	24,7	16,9	1,8
MADR-Gesamtwert	1	14	22,3	8,9	2,4
	2	89	21,5	7,3	0,8
HAMA-Gesamtwert	1	14	14,5	5,2	1,4
	2	89	15,3	6,1	0,6
BDI-Gesamtwert	1	14	21,1	12,6	3,4
	2	89	22,2	11,6	1,2
State-Angst	1	14	52,1	10,8	2,9
	2	89	52,7	12,2	1,3
Trait-Angst	1	14	48,4	12,9	3,5
	2	89	45,7	10,8	1,2

Tab. 4.38: Zusammenhang: subjektive Einschätzung der heutigen Belastung und IES-R, MADR, HAMA, BDI und STAI

	Gruppe	N	Mittelwert	sd	Standardfehler des Mittelwertes
IES-R-Gesamt	1	34	11,2	12,7	2,2
	2	69	28,2	16,4	2,0
MADR-Gesamtwert	1	34	21,9	8,4	1,4
	2	69	21,4	7,1	0,9
HAMA-Gesamtwert	1	34	14,8	6,0	1,0
	2	69	15,4	5,9	0,7
BDI-Gesamtwert	1	34	22,4	11,6	1,4
	2	69	21,4	12,0	2,1
State-Angst	1	34	51,3	11,2	1,9
	2	69	53,3	12,3	1,5
Trait-Angst	1	34	45,2	11,8	2,0
	2	69	46,5	10,8	1,3

Anmerkung zur Tab. 4.41-43: sd = Standardabweichung

N = Anzahl der Patienten

In den Tabellen 4.39 und 4.40 wird ein U-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Damit wird ermittelt, inwieweit sich die Unterschiede in den Ergebnissen der Gruppen 1 und 2 als signifikant erweisen. Für Tabelle 4.36 ist dies nicht möglich, da alle Patienten in die Gruppe 2 eingeordnet werden können. Die signifikanten Werte sind zur besseren Übersicht fett gedruckt.

Lediglich der Unterschied des Ergebnisses des IES-R zu der Belastung in diesen zwei Zeiträumen war mit $p \leq 0.01$ hoch signifikant.

Tab. 4.39: Test bei unabhängigen Stichproben: Vergleich der Ergebnisse der Belastung innerhalb eines Jahres nach dem Verlust zwischen den Gruppen 1 und 2

	Mann-Whitney Test	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
IES-R-Gesamt	284,500	,001
MADR-Gesamt	599,000	,817
HAMA-Gesamt	593,000	,772
BDI-Gesamt	608,500	,889
TRAIT	568,000	,596
STATE	603,500	,851

Tab. 4.40: Test bei unabhängigen Stichproben: Vergleich der Ergebnisse der heutigen Belastung zwischen den Gruppen 1 und 2

	Mann-Whitney Test	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
IES-R-Gesamt	471,500	,000
MADR-Gesamt	1164,000	,950
HAMA-Gesamt	1102,000	,618
BDI-Gesamt	1102,000	,618
TRAIT	1031,500	,321
STATE	1062,000	,436

4.12 VERLUSTERLEBNIS UND ICG_{Fremd} BZW. ICG_{Selbst}

Um einen Zusammenhang zwischen den Angaben zur Belastung zu den drei unterschiedlichen Zeitpunkten mit dem ICG zu untersuchen, wird die Korrelation nach Pearson durchgeführt. Dabei zeigt sich, dass zwischen den Belastungen und den ICG-Kriterien der Fremdeinschätzung keine Korrelation besteht, hingegen im Fragebogen Kriterium „Trennungsschmerz“ und „Lebensbeeinträchtigung“ eine Signifikanz zu allen Belastungszeitpunkten und Kriterium „Traumatische Belastung“ zum heutigen Belastungszeitpunkt aufweisen.

Tab. 4.41: Korrelation zwischen den Kriterien des ICG_{Fremd} und den angegebenen Belastungen

		damalige Belastung	Lebensbeeinträchtigung innerhalb des 1. Jahres	Belastung heute
Kriterium „Trennungsschmerz“	Korrelation nach Pearson	-,008	-,037	,081
	Sig. (2-seitig)	,933	,707	,418
	N	103	103	103
Kriterium „Traumatische Belastung“	Korrelation nach Pearson	,018	,007	,024
	Signifikanz (2-seitig)	,856	,946	,812
	N	103	103	103
Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“	Korrelation nach Pearson	-,157	-,049	-,103
	Signifikanz (2-seitig)	,113	,622	,299
	N	103	103	103

Tab. 4.42: Korrelation zwischen den Kriterien des ICG_{Selbst} und den angegebenen Belastungen

		damalige Belastung	Lebensbeeinträchtigung innerhalb des 1. Jahres	Belastung heute
Kriterium „Trennungsschmerz“	Korrelation nach Pearson	-,243(*)	-,243(*)	-,235(*)
	Sig. (2-seitig)	,013	,013	,017
	N	103	103	103
Kriterium „Traumatische Belastung“	Korrelation nach Pearson	-,071	-,143	-,221(*)
	Signifikanz (2-seitig)	,478	,150	,025
	N	103	103	103
Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“	Korrelation nach Pearson	,283(**)	,416(**)	,521(**)
	Signifikanz (2-seitig)	,004	,000	,000
	N	103	103	103

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant.

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant.

Betrachtet man den ICG_{Selbst}-Gesamtwert hinsichtlich der eingeschätzten Belastungen zu den drei Zeitpunkten, eingeteilt in Gruppe 1 = keine Belastung und Gruppe 2 = vorhandene Belastung, ergibt sich ein deutlich signifikant (Tabelle 4.40) erhöhter Mittelwert für die Patienten, die den Verlust als belastend empfanden. Dies gilt sowohl für die Belastung innerhalb des ersten Jahres nach dem Verlust, als auch für die empfundene Belastung durch den Verlust heute. Aufgrund der Gruppenverteilung für die Belastung zum damaligen Zeitpunkt kann hierfür keine Signifikanzprüfung erfolgen.

Tab. 4.43: Zusammenhang: subjektive Einschätzung der Belastung durch den Tod und ICG_{Selbst}-Gesamtwert

ICG _{Selbst} -Gesamt	Gruppe	N	Mittelwert	sd	Standardfehler des Mittelwertes
damalige Belastung	1	0	-	-	-
	2	103	9,7	10,6	1,0
Lebensbeeinträchtigung innerhalb des 1. Jahres	1	14	2,6	2,6	0,7
	2	89	10,9	10,9	1,2
Belastung heute	1	34	3,2	4,1	0,7
	2	69	13,0	11,3	1,4

Tab. 4.44: Test bei unabhängigen Stichproben: Vergleich der Ergebnisse der angegebenen Belastungen zwischen den Gruppen 1 und 2 bezüglich des ICG_{Selbst}-Gesamtwerts

ICG _{Selbst} -Gesamtwert	Mann-Whitney Test	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Lebensbeeinträchtigung innerhalb des 1. Jahres	299,000	,002
Belastung heute	451,000	,000

4.13 EINFLUSS DER SOZIODEMOGRAPHISCHEN VARIABLEN

Im Folgenden soll untersucht werden, inwieweit bestimmte Faktoren bezüglich der Ergebnisse im IES-R, BDI, ICG_{Selbst}, HAMA, MADR und STAI eine Rolle spielen. Dabei wurden der Schulabschluss, die Stärke des Glaubens und die soziale Unterstützung betrachtet. Mittels des Kruskal-Wallis-Tests für unabhängige Stichproben wird nach signifikanten Unterschieden zwischen den Ergebnissen gesucht. Hinsichtlich der sozialen Unterstützung wird getestet, ob eine Korrelation zwischen den Werten des F-SOZU und den übrigen Messinstrumenten vorlag. Bezüglich des Schulabschlusses wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Ergebnissen der IES-R, des ICG, des BDI, des BSI, der MADR, der HAMA und des STAI gefunden. Die unterschiedliche Stärke des Glaubens bewirkte nur bei der HAMA einen signifikanten Unterschied und bei der MADR einen tendenziellen Unterschied. Es erreichten Patienten, die gar nicht glauben oder nur eine geringe Stärke des Glaubens empfinden, die höchsten MADR-Werte (20,3 bzw. 24,1) gegenüber 16,6 bei den Untersuchten, deren Glauben sehr stark ausgeprägt ist. 19,8 wurde von den Patienten mit einem ziemlich ausgeprägten und 20,2 von Studienteilnehmern mit einem starken Glauben erreicht (Tabelle 4.46). Bei der HAMA fällt auf, dass Patienten mit einem sehr starken Glauben den niedrigsten Mittelwert (10,0) erreichen.

Es finden sich deutliche Korrelationen zwischen dem F-SOZU und dem BDI-Gesamtwert, dem BSI, repräsentiert durch den tGSI-Wert, und beiden Subskalen des STAI. Die entsprechenden Korrelationen sind in Tab. 4.47 ersichtlich.

Tab. 4.45: Untersuchung möglicher Einflussfaktoren in IES-R, MADR, HAMA, BDI und STAI

	Schulabschluss	Stärke des Glaube	Soziale Unterstützung Korrelation nach Pearson
Intrusion	-	-	-
Vermeidung	-	-	-
Übererregung	-	-	-
IES-R-Gesamt	-	-	-
ICG-Gesamt	-	-	-
BDI-Gesamt	-	-	,000
tGSI-Wert/BSI	-	-	,000
State-Angst	-	-	,000
Trait-Angst	-	-	,002
MADR-Gesamt	-	<i>,059</i>	-
HAMA-Gesamt	-	,036	-

Anmerkung: fett gedruckt = signifikant ($p < 0,05$), kursiver Druck = Tendenz ($0,1 > p > 0,05$),
- = nicht signifikant

Die Tabellen 4.46 und 4.47 zeigen eine Übersicht über die in den entsprechenden Messinstrumenten erreichten Werte, die in den oben genannten Tests signifikante und tendenzielle Unterschiede aufwiesen.

Tab. 4.46: Übersicht der signifikanten und tendenziellen Unterschiede zwischen den Werten der MADR und der HAMA mit unterschiedlicher Glaubensstärke

MESS-INSTRUMENT	GLAUBENS-STÄRKE	N	MITTEL-WERT	STANDARD ABWEICHUNG	STANDARDFEHLER DES MITTELWERTES
MADR	überhaupt nicht	16	20,3	7,2	1,8
	ein wenig	45	24,1	7,6	1,1
	ziemlich	16	19,8	7,0	1,8
	stark	19	20,2	6,2	1,4
	sehr stark	7	16,6	8,8	3,3
	GESAMT	103			
HAMA	überhaupt nicht	16	15,0	6,2	1,6
	ein wenig	45	16,7	5,0	,74
	ziemlich	16	13,6	6,8	1,7
	stark	19	15,0	6,4	1,5
	sehr stark	7	10,0	4,8	1,8
	GESAMT	103			

Tab. 4.47: Übersicht der signifikanten Korrelationen des F-Sozu, BDI, BSI und STAI

		F-SOZU-Gesamtwert
BDI-Gesamt	Korrelation nach Pearson	-,361(**)
	Signifikanz (2-seitig)	,000
tGSI-Wert:	Korrelation nach Pearson	-,375(**)
	Signifikanz (2-seitig)	,000
Trait-Angst	Korrelation nach Pearson	-,296(**)
	Signifikanz (2-seitig)	,002
State-Angst	Korrelation nach Pearson	-,398(**)
	Signifikanz (2-seitig)	,000
Anzahl der untersuchten Patienten	N	103

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (2-seitig) signifikant

5. DISKUSSION

In der folgenden Diskussion werden die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung anhand der Hypothesen interpretiert und in Bezug zu Angaben aus der Literatur gesetzt. Zunächst wird die Methode der Studie näher beleuchtet.

5.1 METHODISCHE ASPEKTE

In der vorliegenden Studie als bisher einzige Querschnittsstudie wurden Patienten mit affektiver Störung auf komplizierte Trauer untersucht, um sowohl eine Eigen-, als auch eine Fremdeinschätzung des Patienten auswerten zu können. Es wurden Daten mittels *Interview* und *standardisierter Fragebögen* von 103 Patienten gewonnen. Insgesamt erfüllten 126 Patienten die Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie. 23 Patienten (18,3 %) konnten jedoch für die Studie nicht gewonnen werden. Fünf Patienten standen generell einer Befragung ablehnend gegenüber und 18 Patienten waren schon entlassen worden, bevor eine Befragung stattfinden konnte. Somit umfasst die Endstichprobe 103 Patienten.

Ein BDI-Cut-off-Wert von 18 und darüber galt für die Aufnahme die Studie als Voraussetzung; diese Wahl war im Nachhinein nicht ratsam, da nur 77 der 103 Patienten, das entspricht 79,3 %, ein Wert zugewiesen werden konnte.

Ein Vorteil der Studie liegt in der Durchführung sowohl eines Interviews, als auch mehrerer Fragebögen, so dass zwischen der Fremdbeurteilung des Interviewers und den Selbsteinschätzungen der Patienten verglichen werden konnte. Der alleinige Einsatz von Fragebögen hätte den Nachteil gehabt, dass ein *starres Kategoriensystem* einen nicht zu unterschätzenden Informationsverlust nach sich gezogen hätte, da so niemals alle Verhaltensebenen und -aspekte erfasst werden können. Denn ein Kategoriensystem kann kein diagnostisches Gespräch zur Erfassung psychosozialer Belastung ersetzen. Somit konnte in dieser Studie durch das zusätzlich geführte Interview durch Nachfrage bei Unverständnis oder Wunsch nach mehr „Tiefe“, die Validität der Daten erhöht werden. Die *Rücklaufquote* der Fragebögen liegt bei 100 % und kann als höchst zufriedenstellend bewertet werden, besonders wenn man bedenkt, dass die Patienten die Fragebögen größtenteils alleine, trotz der durch die Krankheit mehr oder weniger beeinträchtigten Konzentration, in der Klinik ausfüllten.

Außerdem wurden bei der Gesamtuntersuchung im Interview neben den soziodemographischen Daten und Fragen zum Verlusterleben drei Messinstrumente und im Fragebogen immerhin sechs Messinstrumente eingesetzt, so dass der Zeitaufwand als nicht unerheblich einzustufen ist.

Des Weiteren liegt ein Vorteil in überwiegender Verwendung *standardisierter psychometrischer Messinstrumente*, wodurch Praktikabilität und Objektivität gegeben

ist. Anhand standardisierter Messinstrumente werden auf einfachem Wege vergleichbare Daten gewonnen, die in eine statistische Auswertung eingehen können.

Um weiterführende Aussagen über Differenzen zwischen depressiven Patienten und einer gesunden Kontrollgruppe vornehmen zu können, ist für zukünftige Studien die Rekrutierung gesunder Probanden ratsam.

Bezüglich des *Geschlechtsverhältnisses* erwies sich die Untersuchungsgruppe als repräsentativ. Das Verhältnis war - wie erwartet - nicht gleichmäßig (m:w/1:1,5); der Anteil an weiblichen Patienten überwog mit 59,2 %. Jedoch war der Anteil der Männer höher als anfangs erwartet wurde. Studien (u.a. Usten 2000, Kämmerer 2001 und Marcus et al. 2005) bestätigten geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen 1,5:1 und 3:1 in der Prävalenz von Depressionen. Im Rahmen einer WHO Studie wurde in mehreren Zentren untersucht, wie häufig rekurrente kurzandauernde Depressionen im Primärarztwesen auftraten. Das Verhältnis betrug 2 zu 1 (Weiller et al. 1994).

Das *Durchschnittsalter* der Patientengruppe lag bei 47,2 Jahren. Damit liegt der Wert zwischen den von Arolt (Arolt et al. 2003) angegebenen zwei Altersgipfeln von 20-29 Jahren und 50-59 Jahren. Jedoch muss man bedenken, dass sich diese Angabe auf die Erstmanifestation bezieht und die Patienten der Studie sich teilweise zum erneuten Male in ärztlicher Behandlung befanden. Der Durchschnittswert entspricht aber der Auffassung verschiedener Forscher (Jorm et al. 2005/Kessler et al. 1994), dass psychiatrische Störungen mit dem Alter abnehmen.

5.2 PATHOLOGISCHE TRAUER BEI AFFEKTIVER STÖRUNG

5.2.1 BETRACHTUNG DER ERGEBNISSE

Im Folgenden werden die eigenen Untersuchungsergebnisse anhand der Hypothesen unter Berücksichtigung der vorliegenden Literatur diskutiert.

1. Hypothese: Es wird erwartet, dass unter den Patienten, bei denen die Diagnose einer affektiven Störung gestellt worden ist, ein Teil der Patienten *pathologische Trauerwerte* vorweist.

Es wurde herausgefunden, dass 100 %, also alle 103 Teilnehmer der Studie aus einer Gruppe von Patienten mit einer depressiven Episode, von mindestens einem

bedeutsamen Verlust berichteten. Diese Prävalenz von Verlusten innerhalb des Lebens ist höher als die Rate (55 %), die von Piper und Kollegen (2001) in der Studiengruppe einer psychiatrischen Ambulanz mit einem ähnlichen Durchschnittsalter in den 40igern erhoben werden konnte.

Bei Erfüllung der ICG-Kriterien „Trennungsschmerz“, „Traumatische Belastung“ und „Lebensbeeinträchtigung“, wurde die Diagnose „Komplizierte Trauer“ gestellt; jedoch traf diese nur für eine Person im Interview und für keine Person im Fragebogen zu.

Deshalb wurde jedes einzelne Kriterium in Bezug auf dessen Erfüllung betrachtet. Es ließ sich feststellen, dass im Interview 25,2 % der Patienten das Kriterium „Trennungsschmerz“ erfüllten. Das Kriterium „Traumatische Belastung“ traf auf drei Patienten (2,9 %), das Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“ auf 10 Patienten (9,7 %) zu.

Im Vergleich dazu gab es Unterschiede in der Selbsteinschätzung der Patienten in ihrer Trauer. Das Kriterium „Trennungsschmerz“ wurde von 7,8 % positiv beantwortet, das Kriterium „Traumatische Belastung“ war bei 1,9 % vorhanden. Bei der Selbsteinschätzung, ob die Trauer den Patienten in sozialen, beruflichen oder anderen Bereichen ihres Lebens beeinträchtigt hat, bejahten 66 % des Patientenkollektivs (68 Patienten) einen Einfluss. Der doch sehr große Unterschied bei der Frage nach der Beeinträchtigung des Lebens zwischen der Einschätzung des Interviewers und des Patienten selbst, könnte in der unterschiedlichen Definition, ab wann eine Beeinträchtigung stattfindet, begründet liegen.

Die erhobenen Ergebnisse erfüllten durch diese diagnostischen Kriterien nicht die Erwartung (siehe 1. Hypothese), dass ein Teil der untersuchten Patienten pathologische Trauerwerte aufweist. Piper (2001) erhob in seiner Studie, in der er Patienten mit allgemeinpsychiatrischen Erkrankungen untersucht hat, einen Anteil von 33,3 %. Möglicherweise liegt der Grund für diesen zentralen Unterschied in der Verwendung unterschiedlicher Messinstrumente und in deren Auswertung. Piper und seine Kollegen verwendeten zur Messung pathologischer Trauer die sieben Items, die von Prigerson und Kollegen 1995 in „Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses“, veröffentlicht wurden. Werte reichen in diesem Messinstrument von 0 bis 21. Trauer wurde von Piper und seinen Kollegen mit dem 13-item present feeling subscale des Texas Revised Inventory of Grief gemessen. In dieser Studie hingegen wurde die

deutsche, noch nicht validierte Kurzversion nach Rosner des von Prigerson und Jacobs konzipierten Messinstrumentes ICG (Inventory of Complicated Grief, 1995a) verwendet.

Bei dessen Auswertung wird kein Gesamtwert gebildet, sondern es müssen alle Kriterien erfüllt werden. Die Auswertungsweise der Kurzversion ist eventuell zu streng, so dass eine Untersuchung depressiver Patienten entweder nochmals mit dem ICG nach Prigerson oder Veränderungen der Vorgehensweise bezüglich der Auswertung vorgenommen werden sollten, um vergleichbare Resultate zu erzielen.

Aufgrund der Vermutung, dass die Erfüllung aller drei Kriterien zur Diagnosenstellung einer „komplizierten Trauer“, strenger zu werten ist als in Pipers Studie, wurde eine weitere Auswertung mittels eines Gesamtwertes durchgeführt. Die Studienteilnehmer erreichten im Durchschnitt einen Wert von 9,7 (sd=10,6), wobei Werte zwischen 0 und 43 erzielt werden konnten.

Aus den 103 Patienten/-innen, die einen signifikanten Verlust berichteten, wurde dann eine Gruppe mit „Fällen“ gebildet, die im ICG Werte in den oberen 20 % erreichten. Prigerson (1999a) ging in ihrer Studie über den Einfluss traumatischer Trauer auf Suizidgedanken bei jungen Erwachsenen auf die gleiche Weise vor. Die Gruppe „kompliziert Trauernder“, bestehend aus 20 Personen, erreichte durchschnittlich einen Wert von 28,4, der weit über dem Durchschnittswert von 5,3 der Vergleichsgruppe (n = 83) liegt. Die Geschlechtsverteilung war in beiden Gruppen vergleichbar mit 60 % Frauen (n = 12) und 40 % Männern (n = 8); ebenso gestaltete es sich mit der Altersverteilung (Mittelwert: 47,9 bzw. 47,1 Jahre).

Im Anschluss daran wurde der Einfluss soziodemographischer Daten wie der Schulabschluss, die Stärke des Glaubens und die soziale Unterstützung auf die Messinstrumente IES-R, MADR, BDI, HAMA, STAI und ICG betrachtet. Bezüglich des Schulabschlusses wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Ergebnissen gefunden. Aber sowohl für den HAMA und als auch den MADR konnte ein signifikanter bzw. tendenziell signifikanter Einfluss durch die Stärke des Glaubens ersichtlich gemacht werden.

Bei der MADR und der HAMA fiel auf, dass Patienten mit einem sehr starken Glauben den mit Abstand niedrigsten Mittelwert erreichten. Patienten, die gar nicht glauben oder nur eine geringe Stärke des Glaubens empfinden, erreichten höhere Werte als die

Patienten, die fest im Glauben stehen. Zum Zeitpunkt der Befragung zeigte sich eine deutliche Korrelation nach Pearson zwischen der sozialen Unterstützung, gemessen durch den F-SOZU, und dem Grad der Depression (BDI), der psychischen Belastung (BSI), repräsentiert durch den tGSI-Wert, sowie der Angst (beide Subskalen des STAI). Je mehr soziale Unterstützung von den Patienten angegeben wurde, desto geringer waren die depressiven Symptome, die psychische Belastung und die Ängstlichkeit.

Zwischen den drei erfragten Belastungen (zum Zeitpunkt des Verlustes, innerhalb des ersten Jahres und zum heutigen Zeitpunkt) und den ICG-Kriterien im Interview zeigte sich keine signifikante Korrelation nach Pearson, hingegen wiesen im Fragebogen die Kriterien „Trennungsschmerz“ und „Lebensbeeinträchtigung“ eine Signifikanz zu allen Belastungszeitpunkten und das Kriterium „Traumatische Belastung“ eine zum heutigen Belastungszeitpunkt auf.

Wurde danach der ICG_{Selbst} bzw. sein Gesamtwert der Gruppen „kompliziert Trauernde“ und „nicht kompliziert Trauernde“ in Beziehung zu den angegebenen Belastungen gesetzt, ergab sich ein deutlich signifikant erhöhter Mittelwert für die Patienten, die den Verlust als belastend empfanden. Dies galt sowohl für die Belastung innerhalb des ersten Jahres nach dem Verlust, als auch für die empfundene Belastung durch den Verlust heute.

Ein wesentlicher Bestandteil der Studie war die Untersuchung darüber, ob ein Zusammenhang zwischen dem ICG und den übrigen verwendeten Messinstrumenten bestand. Da bekanntlich keinem Patienten die Diagnose „Komplizierte Trauer“ zugeordnet werden konnte, wurden zunächst einmal die Mittelwerte der Messinstrumente der Patienten, die das jeweilige ICG-Kriterium erfüllten, mit denen, die es nicht erfüllten, verglichen.

Für die Messinstrumente MADR, BDI, HAMA, STAI und F-SOZU waren mittels U-Test für unabhängige Stichproben keine deutlich signifikanten Unterschiede der Ergebnisse gleichzeitig für alle Kriterien zu verzeichnen. Nur bezüglich des IES-R und des BSI ergab sich eine für alle ICG-Kriterien deutliche Signifikanz. Lediglich einzelne deutliche oder tendenzielle Signifikanzen fanden sich unter den anderen Messinstrumenten.

Es muss hierbei darauf hingewiesen werden, dass die Untersuchung der Patienten nicht immer zu dem gleichen Zeitpunkt innerhalb des Therapieprozesses stattfand, und somit

einige Patienten tiefer in ihrer Krankheit gefangen waren als andere. Damit lässt sich nicht ausschließen, dass ein großer Einfluss durch die depressive Symptomatik auf das Antwortverhalten und den in der Auswertung erreichten Gesamtwert stattgefunden hat. Je früher die Patienten in ihrem Krankheitsverlauf befragt wurden, umso höhere Werte konnten in den Messinstrumenten verzeichnet werden.

Danach wurden auch die gebildeten Gruppen „Kompliziert Trauernder“ und „nicht kompliziert Trauernder“ im Hinblick auf Zusammenhänge mit den anderen Messinstrumenten miteinander verglichen.

Ein besonders bedeutsames Ergebnis für die Studie war, dass sich die beiden Gruppen „kompliziert Trauernder“ und „nicht kompliziert Trauernder“ hinsichtlich ihrer depressiven Symptomatik (BDI), ihres traumatischen Erlebens (IES-R mit den Subskalen), ihrer psychischen Belastung (BSI), repräsentiert durch den tGSI-Wert und ihrer Angst als Eigenschaft (Trait-Wert des STAI) hoch signifikant voneinander unterschieden. Es wurden in diesen Messinstrumenten deutlich höhere Mittelwerte von der Gruppe „kompliziert Trauernder“ erreicht als von der Gruppe „nicht kompliziert Trauernder“. Im F-SOZU, repräsentiert durch den Wasu, konnten für beide Gruppen die gleichen Werte (3,6) verzeichnet werden.

Damit kann der, u.a. von Piper und Kollegen, untersuchte Zusammenhang zwischen Trauer und einer psychiatrischen Erkrankung, ausgedrückt durch Erreichen höherer pathologischer Werte, durch unsere Studie eindeutig bestätigt werden. Geklärt werden kann mit dieser Untersuchung nicht, ob eine komplizierte Trauer zur Depression oder die Depression zur Pathologisierung des Trauerprozesses geführt hat.

Im STAI, der die Angst der Patienten misst, waren signifikant höhere Werte für die Gruppe „Kompliziert Trauernde“ für die Angst als Eigenschaft (STATE) ersichtlich. Erstaunlich ist, dass die Angst als Zustand nicht auch signifikante Unterschiede erbrachte. Damit kann für Patienten mit einer depressiven Episode der Zusammenhang zwischen Ängstlichkeit und komplizierter Trauer, wie ihn Piper und Kollegen (2001) bei ambulant psychiatrischen Patienten oder ganz aktuell Simon und Kollegen (2005) für Patienten mit einer Bipolarstörung feststellen konnten, ebenfalls bestätigt werden. Sie fanden heraus, dass als Komorbidität komplizierter Trauer bei Patienten mit einer Bipolarstörung Angststörungen eine große Rolle spielen.

2. Hypothese: Dabei wird vermutet, dass die Diagnose „pathologische Trauer“ eher bei Patienten *höheren Lebensalters* vorhanden ist.

Bezüglich des Alters gibt es keine einheitliche Vorstellung, ob eher jüngeren Menschen pathologische Formen des Trauerns zugeordnet werden können, oder ob Ältere zu pathologischer Trauer neigen. So stellten Gilbar und Ben-Zur (2002) fest, dass das Alter als ein auf die Trauer Einfluss nehmenden Faktor zu bewerten ist; je älter ein Mensch ist, desto höher ist sein Risiko pathologische Trauer zu entwickeln. Auch Schum und Kollegen (2005) begutachteten die Risikofaktoren für komplizierte Trauer im höheren Lebensalter. Sie weisen in ihrem Artikel „Bereavement in late life: risk factors for complicated bereavement“ auf die Ergebnisse von Stroebe und Kollegen (2001) hin: „When assessing a bereaved individual’s level of risk, consider his/her age. Health consequences of bereavement (...) may occur less in older adults compared with younger individuals“ (Schum et al. 2005, S. 20).

Ein Grund für diese Aussage, liegt ihrer Meinung nach darin, dass der Tod im späteren Leben als natürlicher Teil im Laufe des Lebens wahrgenommen wird, wobei es vielleicht davon abhängig ist, ob es sich dabei um einen „on time“ oder „off time“ Tod handelt. Ältere Erwachsene seien auf einem spezifischen geistigen Entwicklungsstand, wo sie zahlreichen Verlusten begegnen und verglichen mit jüngeren Menschen, möglicherweise besser vorbereitet seien, effektiv damit fertig zu werden.

Anhand der in dieser Studie ermittelten Ergebnisse, kann keine Aussage darüber getroffen werden, ob eher jüngere oder ältere Menschen kompliziert trauern, da kein Einfluss zwischen der Variablen Alter und komplizierter Trauer festgestellt werden konnte. Weder die einzelnen ICG-Kriterien, noch die Betrachtung des Alters in der Gruppe „kompliziert Trauernder“, erbrachten eine signifikante Korrelation. Im direkten Vergleich der Gruppe zwischen Personen über 40 Jahren, mit denen unter 40 Jahren, wurden vergleichbare Mittelwerte ($>40=29,3$ (8,4); $<40=27,2$ (5,5)) gefunden, die mittels U-Test nach Mann-Whitney für unverbundene Stichproben jedoch ebenfalls keine Signifikanz aufwiesen.

3. Hypothese: Es wird aufgrund von Forschungsberichten erwartet, dass pathologische Trauer im Hinblick auf die Geschlechterverteilung, überwiegend auf Seite der Frauen zu finden ist.

Die Erwartung wurde im Hinblick auf die 3. Hypothese nicht erfüllt. Aufgrund von Ergebnissen verschiedener Forscher wurde die Vermutung, dass eine Geschlechterverteilung zugunsten der Frauen vorliegt, aufgestellt. Stroebe und seine Kollegen (2003) zeigten, dass Witwen mehr therapeutische Hilfe benötigen als Witwer und auch Gilbar und Ben-Zur (2002) konnten das weibliche Geschlecht als einen auf die Trauer Einfluss nehmenden Faktor in ihrer Untersuchung von 69 Witwern und Witwen nachweisen. Die Longitudinalstudie mit 150 Witwen und Witwern, die von Chen und Kollegen (1999) durchgeführt worden ist, ergab bei Witwen höhere Mittelwerte auf dem ICG, sowie mehr Depressionen und Angstsymptome. Innerhalb der ersten zwei Jahre nach dem Verlust soll das Risiko signifikante psychiatrische Symptome zu entwickeln für Witwen größer sein.

Bei der Betrachtung der einzelnen ICG-Kriterien, die von den Patienten erfüllt wurden, bezogen auf die Geschlechterverteilung, konnte man im Interview bei allen Kriterien feststellen, dass der Anteil an Frauen größer als der Anteil an Männern war: 29,5 % der Frauen und 19,0 % der Männer erfüllten das Kriterium „Trennungsschmerz“, das Kriterium „Traumatische Belastung“ erzielten 3,3 % der Frauen und 2,4 % der Männer, und lebensbeeinträchtigend empfanden 11,5 % der Frauen und 7,5 % der Männer den Verlust der Ihnen nahe gestandenen Person.

Im Fragebogen ergab sich für das Kriterium „Trennungsschmerz“, dass ein größerer Anteil der Männer (9,5 %) das Kriterium erfüllte im Vergleich zu dem Anteil der Frauen (6,6 %). Beim Kriterium „Traumatische Belastung“ stellte sich die Situation andersherum dar: für 0 % der Männer und 3,3 % der Frauen traf dies zu. Als lebensbeeinträchtigend empfanden 65,6 % der Frauen und 66,7 % der Männer den Verlust der Ihnen nahe gestandenen Person. Jedoch konnte für diese Beobachtungen keine Signifikanz zwischen den Geschlechtern im Bezug auf komplizierte Trauer verzeichnet werden.

In der Gruppe „kompliziert Trauernder“ war die Geschlechterverteilung vergleichbar mit der Gesamtverteilung innerhalb der Studie. 60 % Frauen, das entspricht 12 Frauen, und

40 % Männer, das heißt 8 männlichen Patienten, sind in der Gruppe „kompliziert Trauernder“ zu finden. Das ergibt für die insgesamt 61 Frauen einen Anteil von 19,7 %, für die insgesamt 42 Männer einen Anteil von 19,1 %. Die erreichten Mittelwerte für den ICG unterscheiden sich dabei geschlechtsspezifisch nur im geringen Maße: $m = 25,8$ (5,6), $w = 30,1$ (7,7). Eine Signifikanz kann mittels U-Test für unabhängige Stichproben leider ebenfalls nicht ermittelt werden.

Somit kommt man für diese Studie zu der Aussage, dass das Geschlecht keinen Einfluss auf komplizierte Trauer nimmt. Weitere Studien mit einer größeren Anzahl an Patienten und Patientinnen in einem ausgewogenen Geschlechterverhältnis, sind notwendig, um einen Einfluss des Geschlechts auf komplizierte Trauer bei Depressionskranken zu verifizieren.

5.2.2 Fazit

Insgesamt konnte gezeigt werden, dass sich die beiden gebildeten Gruppen „kompliziert Trauernder“ und „nicht kompliziert Trauernder“ hinsichtlich ihrer depressiven Symptomatik, ihres traumatischen Erlebens, ihrer psychischen Belastung und ihrer Ängstlichkeit als Eigenschaft hoch signifikant voneinander unterscheiden. Es wurden in diesen Messinstrumenten deutlich höhere Mittelwerte von den „kompliziert Trauernden“ erreicht als von „nicht kompliziert Trauernden“. Damit konnte der, von Piper und Kollegen (2001), untersuchte Zusammenhang zwischen komplizierter Trauer und allgemeinspsychiatrischen Erkrankungen durch diese Studie bestätigt werden. Eine Aussage über die Prävalenz in den 103 Studienpatienten lässt die Bildung der Gruppe „kompliziert Trauernder“ aus den Patienten, mit den 20 % höchsten ICG-Werten, jedoch nicht zu.

Die signifikanten Ergebnisse zeigen aber, dass diesem Thema weiterhin nachgegangen und es durch umfangreichere Studien vertieft werden sollte.

Bei wie vielen Patienten komplizierte Trauer auftritt, wird wahrscheinlich abhängig sein vom Zeitpunkt der Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfe und vom Zeitpunkt der Identifizierung der Symptome. In der neueren Literatur findet sich die Beschäftigung mit der professionellen Beratung von Trauernden zum Beispiel durch die Utrecht Longitudinal Studie (Stroebe et al. 2005).

Zu klären wäre weiterhin, ob die komplizierte Trauer zu der depressiven Erkrankung geführt hat oder ob die psychiatrische Vorerkrankung für die Entwicklung der komplizierten Trauer verantwortlich ist. Zur Überprüfung der detaillierten Zusammenhänge wären longitudinale Untersuchungen wünschenswert.

Weiterführende Aussagen über Differenzen zwischen depressiven Patienten und einer gesunden Kontrollgruppe sollten durch die Rekrutierung gesunder Probanden vorgenommen werden.

Das durchgeführte Auswertungsvorgehen, das von Rosner in ihrem Fragebogen zur komplizierten Trauer festgelegt wird, scheint zu strenge Einschlusskriterien für die Diagnosestellung zu beinhalten und somit einen Teil der pathologisch Trauernden nicht zu erfassen. Obwohl mit den Auswertungsvorgaben von Rosner in der Studie keine Belege für komplizierte Trauer gefunden wurden, gibt es aber gute Gründe, um weitere wissenschaftliche Untersuchungen mit ähnlicher Zielrichtung durchzuführen. Im theoretischen Teil dieser Arbeit wurde die Bedeutung für eine Veränderung der jetzigen Stellung der „komplizierten Trauer“ in der Psychiatrie hervorgehoben. Zukünftige Studien werden zeigen, ob ein einheitliches, international standardisiertes Messinstrument mit seinem Auswertungsverfahren zur Erfassung komplizierter Trauer, das u.a. auch von Forstmeier und Maercker (2007) gefordert wird, bestimmt werden kann. Der Einfluss von Geschlecht und Alter, der hypothetisch angenommen worden war, konnte von Seiten der Studie nicht bestätigt werden, sollte aber bei weiteren Untersuchungen allein aufgrund der Zusammenhänge zwischen dem Geschlecht (Weiller et al. 1994/Kämmerer 2001 und Marcus et al. 2005) bzw. dem Alter (Jorm et al. 2005/Kessler et al. 1994) und Depression, nicht außer Acht gelassen werden.

6. LITERATURVERZEICHNIS

- Arolt, V., Dilling, H., Reimer, C. (2003): Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. Springer Lehrbuch.
- Aulbert, E., Smeding, R. (1997): Trauer und Trauerbegleitung in der Palliativmedizin. In: Aulbert, Eberhard (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart: Schattauer, 866 – 878.
- Bacque, M.-F. (1994): Mut zur Trauer. Die Akzeptanz eines notwendigen Lebensgefühls. München: Artemis und Winkler, 62-65.
- Beck A. T., Ward, C. H., Medelson, M., Mock, F., Erbaugh, F. (1961): An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry, 4: 561-571.
- Bonanno, G. A., Kaltmann, S. (2001): The varieties of grief experience. Clin Psych Rev, 21(5): 705-34.
- Boelen, P. A., van den Bout, J., de Keijser, J. (2003): Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study with bereaved mental health care patients. Am J Psychiat, 160:1339 – 41.
- Bojanovsky, J. (1983): Zur Verwitwung in Mannheim, in: Jowe, J., Ichsmann, R., Tod – Sterben – Trauer. Bericht über die 1. Tagung zur Thanato-Psychologie vom 4.-6. November 1982 in Vechta, Eschborn 1985, 349-352.
- Bowlby, J. (1958): Über das Wesen der Mutter-Kind-Bindung. Psyche, 13, 415-456.
- Bowlby, J. (1980): Das Glück und die Trauer. Herstellung und Lösung affektiver Bindungen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bowlby, J. (1983): Verlust - Trauer und Depression. Frankfurt. Fischer.
- Bortz, J. (1999): Statistik für Sozialwissenschaftler. Berlin/Heidelberg/New York: Springer, 5. Auflage.
- Brown, G., Harris, T. & Copelad, J. (1977): Depression and Loss, British Journal of Psychiatry, 30: 1-18.
- Brisch, K.H. (1999): Bindungsstörungen - Von der Bindungstheorie zur Therapie. (5. Auflage 2003). Stuttgart: Klett-Cotta, engl. Ausgabe: (2002) Treating attachment disorders. From theory to therapy. London, New York: Guilford Press; Koreanische Ausgabe (2003). Seoul/Südkorea: Sigma Press.

- Brisch, K. H. (2004): Der Einfluss von traumatischen Erfahrungen auf die Neurobiologie und die Entstehung von Bindungsstörungen, *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin (ZPPM)*.
- Bruc, M. L., Kim, K., Leaf, P. J., Jacobs, S. (1990): Depressive episodes and dysphoria resulting from conjugal bereavement in a prospective community sample. *Am J Psychiat*, 147: 608-611.
- Byrne, G. J. A., Raphael, B. (1999): Depressive symptoms and depressive episodes in recently widowed older men. *International Psychogeriatrics*, 11, 1: 67-74.
- Chen J. H., Bierhals, A. J., Prigerson, H. G., Kasl, S. V., Mazure, C. M. and Jacobs, S. (1999): Gender differences in the effect of bereavement related psychological distress in health outcomes. *Psychological Medicine*, 29, 367-380.
- Clayton, P. J. (1990): Bereavement and depression. *J Clin Psychiatry*, 51: 34-40.
- Collegium Internationale Psychiatriae Salarum (1996): *Skalen für die Psychiatrie* (3. Aufl.) Weinheim: Beltz Test.
- Cox, G., Bendiksen, R., Stevenson, R. (2002): *Complicated Grieving and Bereavement: Understanding and Treating People Experiencing Loss*. Amityville, NY, Baywood.
- Day, R. (1989): *Schizophrenia in Life Events and Illness*, Edited by Brown, G.W., Harris, T.O., New York, Guilford.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., Cove, L. (1974): The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A measure of primary symptom dimension. In: P. Pichot (ed.): *Psychological measurement in psychopharmacology. Modern problems in pharmacopsychiatry* Basel (Karger): 70-110.
- Derogatis, L. R. (1992): *SCL-90-R, Administration, Scoring & Procedures Manual-II for the R(evised) Version and other Instruments of the Psychopathology Rating Scale Series*. Townson: Clinical Psychometric Research, Inc.
- Deutsches Ärzteblatt/PP/Heft 7, Juli 2004: 317, Artikel: Trauerforschung: Normale oder Pathologische Trauer, Verfasser: Laszig, P. und Rieg, K., Psychosomatische Klinik, Abteilung Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg.*
- Duden: *Herkunftswörterbuch. Etymologie der deutschen Sprache. Band 7*. Mannheim: Dudenverlag 2001, 3., völlig neu bearb. und erw. Aufl.

- Dunkel, D., Antretter, E., Fröhlich-Walser, S., Haring, C. (2005): Evaluation der Kurzform des Fragebogens zur sozialen Unterstützung (Sozu-K-22) in klinischen und nichtklinischen Stichproben., *Psychother Psych Med*, 55: 266-277.
- Engel, G. (1961): Is grief a disease? *Psychosom Med*, 23: 18-22.
- Fabry, G., Skript zur Vorlesung Medizinische Psychologie WS 2004/2005: Emotionen-Trauer, Abteilung für Medizinische Psychologie, Freiburg (URL: <http://www.medizinische-psychologie.de> (Stand: 4.10.2005)).
- Ferring, D. & Filipp, S.-H. (1991): Die Skala zur Erfassung von Ereignisbelastungsreaktionen: Reliabilität, Validität und Stabilität. Forschungsbericht Nr. 30. Projekt Psychologie der Krankheitsbewältigung. Universität Trier, FB I- Psychologie.
- Ferring, D. & Filipp, S.-H. (1994): Teststatistische Überprüfung der Impact of Event Skala: Befunde zu Reliabilität und Stabilität. *Diagnostica*, 40, 344-362.
- Finley-Jones, R. A., Brown G. W. (1981): Types of stressful life event and the onset of anxiety and depressive disorders. *Psychological Medicine*, 11: 803-815.
- Forstmeier, S., Maercker, A. (2007): Comparison of two diagnostic systems for complicated grief. *J Affect Disord*, 99(1-3): 203-211.
- Franke, G. H. (1992): Eine weitere Überprüfung der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) als Forschungsinstrument. *Diagnostica*, 38 (2): 160-167.
- Franke, G. H. (1995): SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version - Manual. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Franke, G. H. (2000): Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) – Deutsche Version. Manual. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Freud, S.: Trauer und Melancholie, 1917, Studienausgabe, Bd. III, S.193-194. Erscheinungsjahr 1915.
- Fydrich, T., Sommer, G. & Menzel, U., Höll, B. (1987): Fragebogen zur Sozialen Unterstützung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 16, 434-436.
- Germain, A., Caroff, K., Buysse, D. J., Shear, M. K. (2005): Sleep quality in complicated grief. *J Trauma Stress*, 18(4): 343-346.
- Gilbar, O. und Ben-Zur, H. (2002): Bereavement of Spouse Caregivers of Cancer Patients. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 72, No. 3: 422 – 432.

- Goldbrunner, H. (1996): Trauer und Beziehung. Systemische und gesellschaftliche Dimension der Verarbeitung von Verlusterlebnissen. Mainz: Matthias – Grünwald – Verlag.
- Hamilton, M. (1976): HAMA – Hamilton Anxiety Scale. In W. Guy (ed.), *Assessment Manual for Psychopharmacology*. Rockville, Maryland: NIMH-ECDEU.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worrall, H. & Keller, F. (1995, 2. Auflage): *Das Beck Depressions-Inventar (BDI)*. Bern: Huber.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worrall, H., Keller, F. (1992): *Das Beck-Depressionsinventar-BDI*. Bern (Huber).
- Hensley, P. L. (2006): Treatment of bereavement-related depression and traumatic grief. *J Affect Disord*, 92: 117-124.
- Ho, S. M. Y., Chow, A. Y. M., Chan, C. L. W., Tsui, Y. K. Y. (2002): The assessment of grief among Hong Kong Chinese: a preliminary report. *Death Studies*, 26: 91-98.
- Holmes, T., Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *J. Psychosom. Res.* 11: 213–18.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A. (1997): Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *A J Psychiat*, 154: 904-910.
- Horowitz, M. J. (1992): *Stress response syndromes*, 2th ed. Northvale (NJ): Aronson.
- Horowitz, M. J., Wilner, N. & Alvarez, W. (1979): Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Huber, G. (2005): *Psychiatrie: Lehrbuch für Studium und Weiterbildung*, 7. überarb. und aktualisierte Auflage, Schattauer GmbH Stuttgart.
- Irwin, M., Pike, J., (1993): Bereavement, depressive symptoms, and immune function, in *Handbook of Bereavement. Theory, Research, and Intervention*, ed. M. Stroebe, W. Stroebe, R.O. Hansson, pp. 160–71. New York: Cambridge Univ. Press.
- Jacobs, S. C. (1993): *Pathological Grief: Maladaptation to Loss*. Washington, DC, American Psychiatric Press.
- Jacobs, S., Kim, K. (1990): Psychiatric complications of bereavement. *Psychiatric Annals*, 20: 314-317.
- Jacobson, E. (1977): *Depression*, Suhrkamp, Frankfurt.
- Jaspers, K. (1913-1973): *Allgemeine Psychopathologie*, 1.-9. Auflage, Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.

- Jorm, A. F., Windsor, T. D., Dear, K. B., Ansteg, K. J., Christensen, H., Rodgers, B. (2005): Age group differences in psychological distress: the role of psychosocial risk factors that vary with age. *Psychol Med*, Sep. 35 (9): 1253-1263.
- Jülicher, J. (2000): Es wird alles wieder gut, aber nie mehr wie vorher. Begleitung in der Trauer. Würzburg: Echter, 2. unveränderte Aufl.
- Kämmerer, A. (2001): Weibliches Geschlecht und psychische Störungen - Epidemiologische, diagnostische und ätiologische Überlegungen. In: Franke A., Kämmerer A. (Hrsg). *Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch*. Hogrefe-Verlag, Göttingen, S. 51-88.
- Kameros, A. (2004): *Das Neue Handbuch der Bipolaren und Depressiven Erkrankungen*. Thieme-Verlag.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Grebb, J. A. (1994): *Synopsis of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins. 520 pp. 7th ed.
- Kast, V. (1982): *Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses*. Berlin: Kreuz.
- Kast, V. (1990): *Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses*, Stuttgart: Kreuz.
- Kersting, A. et al. (2003): Messinstrumente zur Erfassung von Trauer – Ein kritischer Überblick. *Psychother Psych Med*, 53: 475-484.
- Kersting, A. et al. (2001): Traumatische Trauer – ein eigenständiges Krankheitsbild? *Psychotherapeut*, 46: 301-308.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U. & Kendler, K. S. (1994): Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Klass, D., Nickmann, S. L., Silverman, P. R. (2001): Fortgesetzte Bindungen. In: Paul, Chris (Hrsg.): *Neue Wege in der Trauer- und Sterbebegleitung. Hintergründe und Erfahrungsberichte für die Praxis*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, S. 183 –190.
- Kübler-Ross, E. (1971): „Interviews mit Sterbenden“, Kreuz Verlag, Stuttgart.
- Langner, R., Maercker, A. (2005): Complicated grief as a stress response disorder: evaluating diagnostic criteria in a German sample, *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 235– 242.

- Lantz, M.S. (2003): Grief and Bereavement, *Clinical Geriatrics*, Volume 11, Number 6: 26-29.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C. D. (1981): *Das State-Trait Angstinventar (STAI). Theoretische Grundlagen und Handanweisung*. Weinheim: Beltz.
- Lichtenthal, W. G., Cruess, D. G. & Prigerson, H.G. (2004): A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review*, 24, 637–662.
- Lindemann, E. (1944): Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiat*, 101: 141-148.
- Macias, C., Jones, D., Harvey, J., Barreira, P., Harding, C., Rodican, C. (2004): Bereavement in the context of serious mental illness, *Psychiatric Services*, 55 (4): 421-425.
- Maercker, A. & Schützwohl, M. (1998): Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala – revidierte Version. *Diagnostica*, 44, 130-141.
- Marcus, S. M., Young, E. A., Kerber, K.B., Kornstein, S., Farabaugh, A. H., Mitchell, J., Wiesniewski, G. K., Trivedi, M.H., Rush, A. J. (2005): Gender differences in depression: findings from the STAR*D study. *J Affect Disord*, Aug. 87 (2-3): 141-150.
- Mazure, C., Bruce, M., Maciejewski, P., et al. (2000): Adverse life events and cognitive-personality characteristics in the prediction of major depression and antidepressant response. *Am J Psychiat*, 157: 896-903.
- Meyendorf, R., Kabza, H. (2000): *Depression und Angst: erkennen-behandeln-heilen*. 12. überarbeitete Auflage, Wort & Bild-Verlag, Baierbrunn.
- Mischke, M. (1996): *Der Umgang mit dem Tod. Vom Wandel in der abendländischen Geschichte*. Berlin: Reimer.
- Montgomery S. A., Asberg, M. (1979): A new depression scale designed to be sensitive to change. *Brit J Psychiat*, 134, 382-389.
- Neimeyer, R. A. (2001): *Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A. S., Weidemann, R., McCallum, M., Azim, H., Rosie, J. S. (2003): Differentiating Symptoms of Complicated Grief and Depression among Psychiatric Outpatients, *Can J Psychiatry*, Vol. 48 (2).
- Online: URL: [http:// www.psychologie.uni-trier.de/maercker/trauma_ptsd/kompl-trauer.html](http://www.psychologie.uni-trier.de/maercker/trauma_ptsd/kompl-trauer.html) (Stand: 04.10.2005).
- Online: URL: [http:// www.psychologie.uni-trier.de/maercker/trauma_ptsd/kompl-trauer/traumat-trauer_fb.pdf](http://www.psychologie.uni-trier.de/maercker/trauma_ptsd/kompl-trauer/traumat-trauer_fb.pdf) (Stand: 4.10.2005).
- Online: URL: [http:// www.btonline.de/gesetzte/icd10/fr-icd.html](http://www.btonline.de/gesetzte/icd10/fr-icd.html) (Stand 6.03.2006).
- Parkes, C. M., Weiss, R. S. (1983): Recovery from bereavement. (Harvard-Studie) Basic Books, New York.
- Paul, C. (2001): Neue Wege in der Trauer- und Sterbebegleitung. Hintergründe und Erfahrungsberichte für die Praxis. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J., Azim, H., Weidemann, R. (2001): Prevalence of loss and complicated grief among psychiatric outpatients. *Psychiatric Services*, Vol. 52, No. 8: 1069-1074.
- Prigerson, H. G. & Jacobs, S. C. (2001): Traumatic grief as a distinct disorder : A rationale consensus criteria, and a preliminary empirical test. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe & H. A. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research* (pp. 613-645). Washington, DC: American Psychological Association.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs S. C., Reynolds, C. F., Maciejewski P. K., Davidson, J. R., Rosenheck, R., Pilkonis, P. A., Wortmann, C. B., Williams, J. B., Widiger, T. A., Frank, E., Kupfer, D. J., Zisook, S. (1999): Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *Brit J Psychiat*, 174: 67-73.
- Prigerson, H. G., Bridge, J., Maciejewski, P. K., Beery, L. C., Rosenheck, R. A., Jacobs, S. C., Bierhals, A. J., Kupfer, D. J., and Brent, D. A. (1999a): Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults. *Am J Psychiat*, 156(12): 1994-1995.
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl S. V. et al. (1997): Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am J Psychiat*, 154: 616-623.
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, M. P. H., Reynolds, C. F., Shear, M. K., Newsom, J. T., Jacobs, S. (1996): Complicated grief as a distinct from bereavement related depression and anxiety: a replication study. *Am J Psychiat*, 153: 84-86.

- Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Anderson, B., Zubenko, G. S., Houck, P. R., George, C. J., Kupfer, D. J. (1995): Complicated grief and bereavement-related depression distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *Am J Psychiat*, 152 (1): 22–30.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds III, C. F. et al. (1995a): Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiat Research*, 59: 65-79.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., Maciejewski, P. K., Davidson, J. R. T., Reynolds, C. F., Hoch, C. C., Buysse, D. J. et al. (1992): Electroencephalographic sleep in spousal bereavement and bereavement-related depression of late life. *Biol. Psychiatry*, 31:69–82.
- Rando, T. A. (1993): *Treatment of Complicated Mourning*. Champaign, IL: Research Press.
- Rozenzweig, A., Prigerson, H., Miller M. D. & Reynolds, C. F. (1997): Bereavement and late Life Depression: Grief and Its Complications in the Elderly. *Annual Review of Medicine*, 48: 421-428.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. (1996) deutsche Bearbeitung: Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV bei Hogrefe-Verlag, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle.
- Schleifer, S. J., Keller, S. E., Camerino, M. et al. (1983): Suppression of lymphocyte stimulation following bereavement. *JAMA*, 250: 374–77.
- Schmitt, M., Maes ,J. (2000): Vorschlag zur Vereinfachung des Beck- Depressions-Inventars (BDI). *Diagnostica*, 46, Vol. 1: 38-46.
- Schum, J. L., Lyness, J. M., King, D. A. (April 2005): Bereavement in late life: risk factors for complicated bereavement, *Geriatrics*, 60 (4): 18-24.
- Simon, N. M., Pollack, M. H., Fischmann, D., Perlman, C. A., Muriel, A. C., Moore, C. W., Nierenberg, A. A., Shear, M. K. (2005): Complicated grief and its correlates in patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 66 (9): 1105-1110.
- Smeding, R. (2000): Das Loch, in das ich fiel, wurde zur Quelle, aus der ich lebe. Wege durch die Trauer. In: Daiker, Angelika (Hrsg.): *Selig sind die Trauernden. Trauer- und Gedenkgottesdienste*. Ostfildern: Schwabenverlag, 2. Aufl., S. 13-24.

- Smeding, R. (1999): Weiher, E., Tot und begraben? Seelsorger als Schleusenwärter. In: Weiher, E.: Die Religion, die Trauer und der Trost. Seelsorge an den Grenzen des Lebens. Mainz: Matthias – Grünwald – Verlag, S. 168 – 180.
- Spiegel, Y. (1973): Der Prozeß des Trauerns. Analyse und Beratung. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Spiegelberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E. (1970): STAI, Manual for the State-Trait-Anxiety-Inventory. Consulting Psychology Press, Palo Alto.
- Stroebe, W., Schut, H., Stroebe, M. (2005): Grief work, disclosure and counselling: Do they help the bereaved?, *Clin Psychol Rev*, 25: 395-414.
- Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H. (2003): Bereavement research: methodological issues and ethical concerns. *Palliative Medicine*, 17: 235-240.
- Stroebe W., Schut H. (2001): Risk factors in bereavement outcome: A methodological and empirical review. In: Stroebe, M.S. et al. eds. *Handbook of bereavement: Consequences, coping, and care*, Washington D. C.: American Psychological Association: 2001: 349-71.
- Stroebe, M., van Son, M., Stroebe, W., Kleber, R., Schut, H., van den Bout, J. (2000): On the classification and diagnosis of pathological grief. *Clin Psychol Rev*, 20: S. 57-75.
- Surtees, P. G., Wainwright N. W. J. (1999): Surviving adversity: event decay, vulnerability, and the onset of anxiety and depressive disorder. *European Archive of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249: 86-95.
- Svanborg, P., Ekselius, L. (2003): Self-assessment of DSM-IV criteria for major depression in psychiatric out- and inpatients. *Nord J Psychiatry*, 57:291-296. Oslo. ISSN 0803-9488.
- Tölle, R. (2000): *Depressionen: Erkennen und Behandeln – Orig.-Ausg. – München: Beck.*
- Tölle, R. (1996): *Psychiatrie: einschließlich Psychotherapie; 11., überarb. und erg. Auflg., Springer-Verlag.*
- Usten, T. B. (2000): Cross national epidemiology of depression and gender. *J Gend Specif Med*, 3 (2): 54-58.
- Viinamäki, H., Tanskanen A., Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Haatainen, K., Kaustio, O., Hintikka, J. (2004): Is the Beck Depression Inventory suitable for

- screening major depression in different phases of the disease? *Nord J Psychiatry*, 58: 49-53. Oslo. ISSN 0803-9488.
- Volkan, V. (2004): *Wege der Trauer*, Psychosozial Verlag.
- Weiller, E., Lecrubier, Y., Maier, W., Üstün, T. B. (1994): The relevance of recurrent brief depression in primary care. A report from the WHO project on Psychological Problems in general Health care conducted in 14 countries. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 244: 182-189.
- Weiss, D. S., Marmar, C. R., Metzler, T., Ronfeldt, H. (1995): Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 361-368.
- Wolff, K. (1993): „schattentage-lichtjahre“, veröffentlicht 1995, Alexander Piotrowski Verlag.
- Worden, J. W. (1987): *Beratung und Therapie in Trauerfällen. Ein Handbuch*. Stuttgart: Huber.
- Worden, J. W. (1999): *Beratung und Therapie in Trauerfällen*. Bern.
- Zisook, S. (1993): Shuchter, R., Uncomplicated bereavement. *J Clin Psychiatry*, 54: S. 365-372.
- Zisook, S. (1991): Shuchter, R., Depression through the first year after the death of a spouse. *Am J Psychiat*, 148: 1346-1352.
- Zisook, S., Lyons, L. (1989-1990): Bereavement and unresolved grief in psychiatric outpatients. *Omega*, 20: 307-322.
- Zisook, S. & Schuchter, S. R. (1986): The first four years of widowhood. *Psychiatric Annals*, 16(5), 288-294.
- Zisook, S., Shuchter, S. R., Schuckit, M. (1985): Factors in the persistence of unresolved grief among psychiatric outpatients. *Psychosomatics* 26: 497-503.
- Zisook, S., Vaul, R., Click, M. A. (1982): Measuring Symptoms of Grief and Bereavement. *Am J Psychiat*, 139: 1590-1593.
- Znoj, H. (2005): *Ratgeber Trauer: Informationen für Betroffene*, Hogrefe Verlag.
- Znoj, H. (2004): *Komplizierte Trauer*, Hogrefe-Verlag.

7. DANKSAGUNG

Mein herzlicher Dank gilt Herrn Professor Dr. med. Volker Arolt und Frau Dr. med. Annette Kersting für die Überlassung des Themas und die gute wissenschaftliche Betreuung.

Auch allen Ärzten und Psychologen, besonders denen der Station 2 und 3, und den anderen Mitarbeitern der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, möchte ich für die freundliche Unterstützung bei der Rekrutierung von Patienten der Klinik danken. Frau Altmann, Frau Dorsch, Herrn Roehrs und besonders Frau Kroker schulde ich grossen Dank für die sehr freundliche und engagierte Hilfe bei der Rekrutierung der Patienten in ihrer Klinik und bei der Erarbeitung der Promotionsarbeit. Ich danke auch Frau Dr. Osada für die biomathematische Beratung.

Mein besonderer Dank gilt meiner Familie und meinen Freunden, die mich während der gesamten Zeit der Erstellung der Promotion mit allen erdenklichen Mitteln unterstützt haben.

Natürlich möchte ich auch allen Patienten und Probanden für die bereitwillige und motivierte Teilnahme danken, ohne die diese Studie nicht möglich gewesen wäre.

8. LEBENSLAUF

Persönliche Daten

Name: Julia Horstmann
Geburtsdatum, - ort : 21.05.1981 in Lüdinghausen

Schulbildung

September 1987 – Juli 1991 Mariengrundschule, Seppenrade
September 1991 – Juni 2000 St. Antonius-Gymnasium, Lüdinghausen
Juni 2000 Abschluss: Allgemeine Hochschulreife

Hochschulstudium

Okt. 2000 – dato Medizinstudium an der Westfälischen Wilhelms-
Universität, Münster
Sept. 2002 Abschluss der Vorklinik: Physikum
August 2003 1. Staatsexamen
August 2005 2. Staatsexamen
PJ- Innere Medizin, Mathias-Spital, Rheine
PJ- Chirurgie, Mathias-Spital, Rheine
PJ- Gynäkologie, Mathias-Spital, Rheine
Mai 2007 3. Staatsexamen
Juni 2007 Approbation

Ärztliche Tätigkeit

seit Juli 2007 Assistenzärztin der Inneren Medizin am Mathias-Spital,
Rheine

Rheine, den 28.08.2007

9. ANHANG

9.1 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

<i>Abb. 1.1:</i> Psychoanalytisches Modell der Trauer.....	6
<i>Abb. 1.2:</i> Lösen einer affektiven Bindung nach John Bowlby	8
<i>Abb. 1.3:</i> Phasenmodell der Trauerreaktion nach Horowitz	10
<i>Abb. 1.4:</i> Traueraufgaben.....	13
<i>Abb. 1.5:</i> Schema zum Verlauf der Trauerreaktion	17
<i>Abb. 1.6:</i> Das Aufschaukelungsmodell der komplizierten Trauer	21
<i>Abb. 1.7:</i> Diagnostikkriterien für Komplizierte Trauer nach Prigerson und Jacobs	24
<i>Abb. 1.8:</i> Diagnostikkriterien für Komplizierte Trauer nach Horowitz et al	25
<i>Abb. 1.9:</i> Symptome einer Major Depression im Vergleich zu denen der Trauer	29
<i>Abb. 4.1:</i> Altersverteilung der Studiengruppe.....	43
<i>Abb. 4.2:</i> SKID-Diagnosen der Studiengruppe.....	46
<i>Abb. 4.3:</i> Weitere SKID-Diagnosen der Studiengruppe	47
<i>Abb. 4.4:</i> Zeitraum seit dem Verlust	49
<i>Abb. 4.5:</i> Alter des Patienten zum Zeitpunkt des Verluste	49
<i>Abb. 4.6:</i> Alter des Verstorbenen zum Zeitpunkt des Verlustes	50
<i>Abb. 4.7:</i> MADR-Gesamtwerte der Untersuchungsgruppe	52
<i>Abb. 4.8:</i> MADR-Klassifizierung der Untersuchungsgruppe	53
<i>Abb. 4.9:</i> MADR-Klassifizierung nach Geschlecht in der Untersuchungsgruppe.....	53
<i>Abb. 4.10:</i> HAMA-Gesamtwerte zum Zeitpunkt des Interviews.....	54
<i>Abb. 4.11:</i> HAMA-Klassifizierung der Untersuchungsgruppe	54
<i>Abb. 4.12:</i> HAMA-Klassifizierung nach Geschlecht in der Untersuchungsgruppe.....	55
<i>Abb. 4.13:</i> Erfüllung der ICG _{Fremd} -Kriterien: Trennungsschmerz, traumatische Belastung und Lebensbeeinträchtigung	55
<i>Abb. 4.14:</i> Positive ICG-Kriterien im Interview nach Geschlechtern.....	56
<i>Abb. 4.15:</i> IES-R-Gesamtwerte der Untersuchungsgruppe	58
<i>Abb. 4.16:</i> IES-R: Subskalen (Intrusion, Vermeidung und Übererregung) und IES-R-Gesamtwert im Fragebogen	58
<i>Abb. 4.17:</i> IES-R-Kategorien „leicht“ und „mäßig“ traumatisiert im Geschlechtsvergleich ...	59
<i>Abb. 4.18:</i> Erfüllung der ICG _{Selbst} -Kriterien: Trennungsschmerz, traumatische Belastung und Lebensbeeinträchtigung	59
<i>Abb. 4.19:</i> Positive ICG-Kriterien im Fragebogen nach Geschlechtern	61
<i>Abb. 4.20:</i> BDI-Gesamtwerte der Untersuchungsgruppe	64
<i>Abb. 4.21:</i> BDI-Klassifizierung der Untersuchungsgruppe	64

Abb. 4.22: BDI-Klassifizierung aller Studienpatienten und getrennt nach Geschlecht	65
Abb. 4.23: STAI: State-Angst-Werte der Untersuchungsgruppe	68
Abb. 4.24: STAI: Trait-Angst-Werte der Untersuchungsgruppe	68
Abb. 4.25: State-Angst Klassifizierung der Untersuchungsgruppe.....	69
Abb. 4.26: Trait-Angst Klassifizierung der Untersuchungsgruppe.....	69
Abb. 4.27: Geschlechtsverteilung der State-Angst	69
Abb. 4.28: Geschlechtsverteilung der Trait-Angst.....	69
Abb. 4.29: Mittelwerte der WASU-Skala der Studienpatienten im Vergleich zu gesunden Personen	72
Abb. 4.30: ICG _{Fremd} -Kriterium „Trennungsschmerz“: Vergleich zwischen Erfüllung und MADR-Gesamtwert	79
Abb. 4.31: ICG _{Fremd} -Kriterium „Traumatische Belastung“: Vergleich zwischen Erfüllung und MADR-Gesamtwert	79
Abb. 4.32: ICG _{Fremd} -Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“: Vergleich zwischen Erfüllung und MADR-Gesamtwert	79
Abb. 4.33: ICG _{Selbst} -Kriterium „Trennungsschmerz“: Vergleich zwischen Erfüllung und BDI-Gesamtwert.....	80
Abb. 4.34: ICG _{Selbst} -Kriterium „Traumatische Belastung“: Vergleich zwischen Erfüllung und BDI-Gesamtwert.....	80
Abb. 4.35: ICG _{Selbst} -Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“: Vergleich zwischen Erfüllung und BDI-Gesamtwert.....	80
Abb. 4.36: ICG _{Fremd} -Kriterium „Trennungsschmerz“: Vergleich zwischen Erfüllung und HAMA-Gesamtwert	81
Abb. 4.37: ICG _{Fremd} -Kriterium „Traumatische Belastung“: Vergleich zwischen Erfüllung und HAMA-Gesamtwert	81
Abb. 4.38: ICG _{Fremd} -Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“: Vergleich zwischen Erfüllung und HAMA-Gesamtwert	82
Abb. 4.39: ICG _{Selbst} -Kriterium „Trennungsschmerz“: Vergleich zwischen Erfüllung und STATE-Gesamtwert	82
Abb. 4.40: ICG _{Selbst} -Kriterium „Traumatische Belastung“: Vergleich zwischen Erfüllung und STATE-Gesamtwert	82
Abb. 4.41: ICG _{Selbst} -Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“: Vergleich zwischen Erfüllung und STATE-Gesamtwert	82
Abb. 4.42: ICG _{Selbst} -Kriterium „Trennungsschmerz“: Vergleich zwischen Erfüllung und IES-R-Gesamtwert	83

Abb. 4.43: ICG _{Selbst} -Kriterium „Traumatische Belastung“:	
Vergleich zwischen Erfüllung und IES-R-Gesamtwert	83
Abb. 4.44: ICG _{Selbst} -Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“:	
Vergleich zwischen Erfüllung und IES-R-Gesamtwert	84
Abb. 4.45: ICG _{Selbst} -Kriterium „Trennungsschmerz“:	
Vergleich zwischen Erfüllung und tGSI des BSI	85
Abb. 4.46: ICG _{Selbst} -Kriterium „Traumatische Belastung“:	
Vergleich zwischen Erfüllung und tGSI des BSI	85
Abb. 4.47: ICG _{Selbst} -Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“:	
Vergleich zwischen Erfüllung und tGSI des BSI	85
Abb. 4.48: ICG _{Selbst} -Kriterium „Trennungsschmerz“:	
Vergleich zwischen Erfüllung und F-SOZU-Gesamtwert	86
Abb. 4.49: ICG _{Selbst} -Kriterium „Traumatische Belastung“:	
Vergleich zwischen Erfüllung und F-SOZU-Gesamtwert	86
Abb. 4.50: ICG _{Selbst} -Kriterium „Lebensbeeinträchtigung“:	
Vergleich zwischen Erfüllung und F-SOZU-Gesamtwert	86

9.2 TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 1.1: Symptome der normalen Trauerreaktion.....	4
Tab. 1.2: Risikofaktoren für einen normalen Trauerprozess	19
Tab. 1.3: Schematischer Vergleich zwischen einer einfachen und einer komplizierten Trauerreaktion in den Dimensionen Verlauf, Symptomatik, physische Gesundheit und soziale Folgen	22
Tab. 3.1: Messinstrumente der Studie im Überblick	33
Tab. 3.2: Diagnostische Kriterien einer Depressiven Episode nach DSM-IV	35
Tab. 4.1: Familienanamnese in der Untersuchungsgruppe.....	43
Tab. 4.2: Beziehung des Patienten zum Verstorbenen	48
Tab. 4.3: Bewusstwerden des Sterbens	50
Tab. 4.4: Erwartung des Todes.....	51
Tab. 4.5: Belastung des Patienten zum Zeitpunkt des Verlustes	51
Tab. 4.6: Lebensbeeinträchtigung innerhalb des folgenden Jahres nach Verlust.....	51
Tab. 4.7: Heutige Belastung durch den Verlust.....	51
Tab. 4.8: Chi-Quadrat-Test: Signifikanz zwischen Geschlecht und ICG <i>Fremd</i> -Kriterien	57
Tab. 4.9: Chi-Quadrat-Test: Signifikanz zwischen Alter und ICG <i>Fremd</i> -Kriterien	57
Tab. 4.10: Chi-Quadrat-Test: Signifikanz zwischen Geschlecht und ICG <i>Selbst</i> -Kriterien	61
Tab. 4.11 : Chi-Quadrat-Test: Signifikanz zwischen Alter und ICG <i>Selbst</i> -Kriterien	61
Tab. 4.12: U-Test: Signifikanz zwischen ICG-Gesamtwert und Geschlechtern	62
Tab. 4.13: Korrelation zwischen ICG-Gesamtwert und Alter	63
Tab. 4.14: Mittelwerte der BSI-Skalen und der Globalen Kennwerte der Stichprobe	67
Tab. 4.15: Items der BSI-Skala „Depressivität“	68
Tab. 4.16: Mittelwert der STAI-Skalen der Studiengruppe im Vergleich zur Eichstichprobe von Laux et al.	70
Tab. 4.17: Statistische Maßzahlen des F-SOZU der Stichprobe.....	71
Tab. 4.18: Klassifikation der Studienpatienten nach ihrer sozialen Unterstützung	73
Tab. 4.19: Korrelation von BDI und MADR der Untersuchungsgruppe	74
Tab. 4.20: Korrelation von MADR und BDI getrennt nach Geschlechtern	75
Tab. 4.21: Vergleich zwischen den Klassifizierungen von MADR und BDI.....	75
Tab. 4.22: Korrelation von HAMA und State-Angst des STAI	76
Tab. 4.23: Korrelation von HAMA und State-Angst des STAI getrennt nach Geschlechtern...	76
Tab. 4.24: Vergleich zwischen den Klassifizierungen von HAMA und State-Angst des STAI .	77
Tab. 4.25: U-Test bei unabhängigen Stichproben: Vergleich der ICG-Kriterien mit der MADR und dem BDI.....	80

Tab. 4.26: U-Test bei unabhängigen Stichproben: Vergleich der ICG-Kriterien mit der HAMA und dem STAI	83
Tab. 4.27: U-Test bei unabhängigen Stichproben: Vergleich der ICG-Kriterien mit dem IES-R	84
Tab. 4.28: U-Test bei unabhängigen Stichproben: Vergleich der ICG-Kriterien mit dem BSI..	85
Tab. 4.29: U-Test bei unabhängigen Stichproben: Vergleich der ICG-Kriterien mit dem F-Sozu	87
Tab. 4.30: Mittelwert-Vergleich zwischen „kompliziert Trauernder“ und „nicht kompliziert Trauernder“	88
Tab. 4.31: U-Test: Zusammenhang zwischen „kompliziert Trauernder“ und „nicht kompliziert Trauernder“	88
Tab. 4.32: T-Test: Vergleich der Belastung zu den drei Zeitpunkten	90
Tab. 4.33: Häufigkeitsverteilung der Antworten bezüglich der Belastung zum Zeitpunkt des Todes	90
Tab. 4.34: Häufigkeitsverteilung der Antworten bezüglich der Belastung innerhalb eines Jahres nach dem Verlust	90
Tab. 4.35: Häufigkeitsverteilung der Antworten bezüglich der heutigen Belastung durch den Verlust	90
Tab. 4.36: Zusammenhang: subjektive Einschätzung der Belastung zum Zeitpunkt des Verlustes und IES-R, MADR, HAMA, BDI und STAI	91
Tab. 4.37: Zusammenhang: subjektive Einschätzung der Belastung und IES-R, MADR, HAMA, BDI und STAI	91
Tab. 4.38: Zusammenhang: subjektive Einschätzung der heutigen Belastung und IES-R, MADR, HAMA, BDI und STAI	92
Tab. 4.39: Test bei unabhängigen Stichproben: Vergleich der Ergebnisse der Belastung innerhalb eines Jahres nach dem Verlust zwischen den Gruppen 1 und 2	92
Tab. 4.40: Test bei unabhängigen Stichproben: Vergleich der Ergebnisse der heutigen Belastung zwischen den Gruppen 1 und 2	93
Tab. 4.41: Korrelation zwischen den Kriterien des ICG <i>Fremd</i> und den angegebenen Belastungen	93
Tab. 4.42: Korrelation zwischen den Kriterien des ICG <i>Selbst</i> und den angegebenen Belastungen	94
Tab. 4.43: Zusammenhang: subjektive Einschätzung der Belastung durch den Tod und ICG <i>Selbst</i> -Gesamtwert	94
Tab. 4.44: Test bei unabhängigen Stichproben: Vergleich der Ergebnisse der Angegebenen Belastungen zwischen den Gruppen 1 und 2 bezüglich des ICG <i>Selbst</i> -Gesamtwerts	95

Tab. 4.45: Untersuchung möglicher Einflussfaktoren in IES-R, MADR, HAMA, BDI und STAI	95
Tab. 4.46: Übersicht der signifikanten und tendenziellen Unterschiede zwischen den Werten der MADR und der HAMA mit unterschiedlicher Glaubensstärke.....	95
Tab. 4.47: Übersicht der signifikanten Korrelationen des F-SOZU zu BDI, BSI und STAI.....	96

9.3 ABBKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abb.	Abbildung
BDI	Beck-Depression-Inventory
BSI	Brief-Symptom-Inventory
CGM	Complicated Grief Modul
CGSQ	Complicated grief symptoms questions
DSM-IV	Abkürzung für die vierte Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EU	Emotionale Unterstützung
F-SOZU	Fragebogen zur sozialen Unterstützung
HAMA	Hamilton-Anxiety-Scale
ICD-10	International-Classifikation of Diseases – 10
ICG	Inventory of complicated grief
IES-R	Impact of Event Skala-revidierte Version
PSDI	Positive Symptom Distress Index
PST	Positive Symptom Total
PU	Praktische Unterstützung
MADRS	Montgomery-Asberg-Depression-Rating-Scale
MDD	Major depression disorder
SI	Soziale Integration
SKID	Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV
STAI	State-Trait-Anxiety-Inventory
Tab.	Tabelle
tGSI	transformierter Global Severity Index
vgl.	vergleiche
vs	versus
WASU	Wahrgenommene Unterstützung

9.4 FRAGEBÖGEN

9.4.1 IMPACT OF EVENT SKALA-REVIDIERTE VERSION (IES-R)

Im Folgenden sind Aussagen aufgeführt, die Menschen nach Verlusten formuliert haben. Bitte lesen Sie jede Aussage, und kreuzen Sie dann an, wie häufig die Aussage seit dem Verlust **der Ihnen nahe stehenden Person** auf Sie zutraf.

1. JEDE ART VON ERINNERUNG DARAN WECKTE AUCH DIE GEFÜHLE WIEDER.
 ----- ----- -----
überhaupt nicht selten manchmal oft
2. ICH HATTE MÜHE, EINZUSCHLAFEN ODER DURCHZUSCHLAFEN, WEIL MIR BILDER DAVON ODER GEDANKEN DARAN DURCH DEN KOPF GINGEN.
 ----- ----- -----
überhaupt nicht selten manchmal oft
3. ANDERE DINGE ERINNERTEN MICH WIEDER DARAN.
 ----- ----- -----
überhaupt nicht selten manchmal oft
4. ICH FÜHLTE MICH REIZBAR UND ÄRGERLICH.
 ----- ----- -----
überhaupt nicht selten manchmal oft
5. ICH UNTERDRÜCKTE MEINE AUFREGUNG, WENN ICH DARAN DACHTE ODER DARAN ERINNERT WURDE.
 ----- ----- -----
überhaupt nicht selten manchmal oft
6. ICH DACHTE DARAN, WENN ICH NICHT DARAN DENKEN WOLLTE.
 ----- ----- -----
überhaupt nicht selten manchmal oft
7. MIR KAM ES VOR, ALS WÄRE ES NICHT WAHR, ODER ALS WÄRE ES GAR NICHT PASSIERT.
 ----- ----- -----
überhaupt nicht selten manchmal oft
8. ICH BLIEB ALLEM FERN, WAS MICH DARAN ERINNERTE.
 ----- ----- -----
überhaupt nicht selten manchmal oft
9. BILDER DAVON DRÄNGTEN SICH MIR IN DEN SINN.
 ----- ----- -----
überhaupt nicht selten manchmal oft
10. ICH WAR NERVÖS UND LEICHT ZU ERSCHRECKEN.
 ----- ----- -----
überhaupt nicht selten manchmal oft
11. ICH VERSUCHTE, NICHT DARAN ZU DENKEN.
 ----- ----- -----
überhaupt nicht selten manchmal oft

12. MIR WAR ZWAR BEWUßT, DAß ICH NOCH GEFÜHLSMÄßIG DAMIT ZU TUN HATTE, ABER ICH KÜMMERTE MICH NICHT DARUM.
- ----- -----
überhaupt nicht selten manchmal oft
13. MEINE GEFÜHLE DARÜBER WAREN WIE BETÄUBT.
- ----- -----
überhaupt nicht selten manchmal oft
14. ICH STELLTE FEST, DAß ICH HANDELTE ODER FÜHLTE, ALS OB ICH IN DIE ZEIT DES EREIGNISSES ZURÜCKVERSETZT SEI.
- ----- -----
überhaupt nicht selten manchmal oft
15. ICH KONNTE NICHT EINSCHLAFEN.
- ----- -----
überhaupt nicht selten manchmal oft
16. ICH HATTE DESWEGEN STARKE GEFÜHLSAUFWALLUNGEN.
- ----- -----
überhaupt nicht selten manchmal oft
17. ICH VERSUCHTE, ES AUS MEINER ERINNERUNG ZU LÖSCHEN.
- ----- -----
überhaupt nicht selten manchmal oft
18. ES FIEL MIR SCHWER, MICH ZU KONZENTRIEREN.
- ----- -----
überhaupt nicht selten manchmal oft
19. DIE ERINNERUNG DARAN LÖSTE BEI MIR KÖRPERLICHE REAKTIONEN AUS (SCHWITZEN, ATEMNOT, SCHWINDEL ODER HERZKLOPFEN).
- ----- -----
überhaupt nicht selten manchmal oft
20. ICH HABE DAVON GETRÄUMT.
- ----- -----
überhaupt nicht selten manchmal oft
21. ICH EMPFAND MICH SELBER ALS SEHR VORSICHTIG, AUFMERKSAM ODER HELLHÖRIG.
- ----- -----
überhaupt nicht selten manchmal oft
22. ICH VERSUCHTE, NICHT DARÜBER ZU SPRECHEN.
- ----- -----
überhaupt nicht selten manchmal oft

9.4.2 STRUKTURIERTES KLINISCHES INTERVIEW ZUR KOMPLIZIERTEN TRAUER (nach Prigerson & Jacobs, deutsche Version des ICG: Rosner, 2003)

Dieser Fragebogen enthält 16 Aussagen, die Personen in Bezug auf Verluste geäußert haben. Bitte entscheiden Sie, inwieweit diese Aussagen am besten beschreiben, wie Sie sich in den letzten Wochen – bezogen auf Ihren persönlichen Verlust - gefühlt haben, und kreuzen Sie das entsprechende Kästchen neben der Antwort an.

1. Ich denke ständig an den Tod von ...

- Fast nie (weniger als einmal im Monat)
- Selten (einmal im Monat)
- Manchmal (wöchentlich)
- Oft (täglich)
- Immer (mehrmals am Tag)

2. Ich fühle mich von Plätzen und Dingen angezogen, die mit dem Verstorbenen in Verbindung standen.

- Fast nie (weniger als einmal im Monat)
- Selten (einmal im Monat)
- Manchmal (wöchentlich)
- Oft (täglich)
- Immer (mehrmals am Tag)

3. Ich vermisse und sehne mich so nach dem/der Verstorbenen.

- Keine Sehnsucht und vermissen
- Leicht Sehnsucht und vermissen
- Etwas Sehnsucht
- Deutliche Sehnsucht
- Überwältigende Sehnsucht

4. Ich fühle mich einsam seit ... starb.

- Keine Einsamkeit
- Ein bisschen einsam
- Etwas einsam
- Häufig einsam
- Überwältigend einsam

5. Ich mache Umwege, um Erinnerungen an den Tod von ... zu vermeiden.

- Fast nie (weniger als einmal im Monat)
- Selten (einmal im Monat)
- Manchmal (wöchentlich)
- Oft (täglich)
- Immer (mehrmals am Tag)

6. Ich fühle, dass eine Zukunft ohne die/den Verstorbene(n) weder Sinn noch Zweck hat.

- Kein Gefühl der Sinn- und Zwecklosigkeit
- Ein leichtes Gefühl der Sinn- und Zwecklosigkeit
- Etwas Sinnlosigkeit
- Deutliche Sinnlosigkeit
- Überwältigende Sinnlosigkeit

7. Ich fühle mich innerlich taub und gleichzeitig seit dem Tod von ...

- Keine emotionale Taubheit
- Leichte emotionale Taubheit
- Etwas Taubheit
- Deutliche Taubheit
- Überwältigende Taubheit

8. Ich fühle mich benommen, gelähmt und erschüttert durch den Tod von...

- Kein Gefühl der Benommenheit und Erschütterung
- Leichte Gefühle von Benommenheit und Erschütterung
- Etwas benommen, gelähmt und erschüttert
- Häufig benommen, gelähmt und erschüttert

9. Ich kann nicht glauben, dass ... tot ist.

- Fast nie (weniger als einmal im Monat)
- Selten (einmal im Monat)
- Manchmal (wöchentlich)
- Oft (täglich)
- Immer (mehrmals am Tag)

10. Ich habe das Gefühl, dass das Leben ohne die/den Verstorbene(n) leer und bedeutungslos ist.

- Kein Gefühl der Leere und Bedeutungslosigkeit
- Leichte Gefühle der Leere und Bedeutungslosigkeit
- Etwas leer und bedeutungslos
- Deutliche Gefühle von Leere und Bedeutungslosigkeit
- Überwältigende Gefühle von Leere und Bedeutungslosigkeit

11. Es fällt mir schwer, mir ein erfülltes Leben ohne die/den Verstorbene(n) vorzustellen.

- Keine Schwierigkeiten sich ein erfülltes Leben vorzustellen
- Leichte Schwierigkeiten sich ein erfülltes Leben vorzustellen
- Etwas Schwierigkeiten
- Deutliche Schwierigkeiten
- Überwältigende Schwierigkeiten

12. Ich habe das Gefühl, dass ein Teil von mir mit der/dem Verstorbenen gestorben ist.

- Fast nie (weniger als einmal im Monat)
- Selten (einmal im Monat)
- Manchmal (wöchentlich)
- Oft (täglich)
- Immer (mehrmals am Tag)

13. Ich habe das Gefühl, dass der Verlust meine Sicht der Welt verändert hat.

- Keine veränderte Weltansicht
- Leicht veränderte Weltansicht
- Etwas veränderte Weltansicht
- Deutlich veränderte Weltansicht
- Überwältigendes Gefühl einer veränderten Weltansicht

14. Ich habe Schmerzen im gleichen Körperteil, einige der gleichen Symptome oder habe mir Gewohnheiten und Verhaltensweisen von der/dem Verstorbenen angeeignet, aus der Zeit vor ihrem/seinem Tod.

- Fast nie (weniger als einmal im Monat)
- Selten (einmal im Monat)
- Manchmal (wöchentlich)
- Oft (täglich)
- Immer (mehrmals am Tag)

15. Ich bin verbittert über den Tod von...

- Kein Gefühl der Verbitterung
- Leichte Verbitterung
- Etwas Verbitterung
- Deutliche Verbitterung
- Überwältigendes Gefühl der Verbitterung

16. Ich glaube, dass meine Trauer zu Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen Bereichen meines Lebens geführt hat.

- Keine Beeinträchtigung
- Leichte Beeinträchtigung
- Etwas beeinträchtigt
- Deutliche Beeinträchtigung
- Überwältigendes Gefühl der Beeinträchtigung

9.4.3 BECK-DEPRESSIONS-INVENTORY (BDI-r)

Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Suchen Sie dann die eine Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in dieser Woche einschließlich heute gefühlt haben und kreuzen Sie die dazugehörige Ziffer an. Falls mehrere Aussagen einer Gruppe gleichermaßen zutreffen, können Sie auch mehrere Ziffern markieren. Lesen Sie in jedem Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.

- A**
- 0 ICH BIN NICHT TRAUIG
 - 1 ICH BIN TRAUIG.
 - 2 ICH BIN DIE GANZE ZEIT TRAUIG UND KOMME NICHT DAVON LOS.
 - 3 ICH BIN SO TRAUIG ODER UNGLÜCKLICH, DAß ICH ES KAUM NOCH ERTRAGE.
- B**
- 0 ICH SEHE NICHT BESONDERS MUTLOS IN DIE ZUKUNFT
 - 1 ICH SEHE MUTLOS IN DIE ZUKUNFT.
 - 2 ICH HABE NICHTS, WORAUF ICH MICH FREUEN KANN.
 - 3 ICH HABE DAS GEFÜHL, DAß DIE ZUKUNFT HOFFNUNGSLOS IST, UND DAß DIE SITUATION NICHT BESSER WERDEN KANN.
- C**
- 0 ICH FÜHLE MICH NICHT ALS VERSAGER.
 - 1 ICH HABE DAS GEFÜHL, ÖFTER VERSAGT ZU HABEN ALS DER DURCHSCHNITT.
 - 2 WENN ICH AUF MEIN LEBEN ZURÜCKBLICKE, SEHE ICH BLOß EINE MENGE FEHLSCHLÄGE.
 - 3 ICH HABE DAS GEFÜHL, ALS MENSCH EIN VÖLLIGER VERSAGER ZU SEIN.
- D**
- 0 ICH KANN DIE DINGE GENAUSO GENIEßEN WIE FRÜHER.
 - 1 ICH KANN DIE DINGE NICHT MEHR SO GENIEßEN WIE FRÜHER.
 - 2 ICH KANN AUS NICHT MEHR EINE ECHTE BEFRIEDIGUNG ZIEHEN.
 - 3 ICH BIN MIT ALLEM UNZUFRIEDEN ODER GELANGWEILT.
- E**
- 0 ICH HABE KEINE SCHULDGEFÜHLE.
 - 1 ICH HABE HÄUFIG SCHULDGEFÜHLE.
 - 2 ICH HABE FAST IMMER SCHULDGEFÜHLE.
 - 3 ICH HABE IMMER SCHULDGEFÜHLE.
- F**
- 0 ICH HABE NICHT DAS GEFÜHL, GESTRAFT ZU SEIN.
 - 1 ICH HABE DAS GEFÜHL, VIELLEICHT BESTRAFT ZU WERDEN.
 - 2 ICH ERWARTE, BESTRAFT ZU WERDEN.
 - 3 ICH HABE DAS GEFÜHL, BESTRAFT ZU SEIN.
- G**
- 0 ICH BIN NICHT VON MIR ENTTÄUSCHT.
 - 1 ICH BIN VON MIR ENTTÄUSCHT.
 - 2 ICH FINDE MICH FÜRCHTERLICH.
 - 3 ICH HASSE MICH.
- H**
- 0 ICH HABE NICHT DAS GEFÜHL, SCHLECHTER ZU SEIN ALS ALLE ANDEREN.
 - 1 ICH KRITISIERE MICH WEGEN MEINER FEHLER UND SCHWÄCHEN.
 - 2 ICH MACHE MIR DIE GANZE ZEIT VORWÜRFE WEGEN MEINER MÄNGEL.
 - 3 ICH GEBE MIR FÜR ALLES DIE SCHULD, WAS SCHIEFGEHT.

- I** 0 ICH DENKE NICHT DARAN, MIR ETWAS ANZUTUN.
1 ICH DENKE MANCHMAL AN SELBSTMORD, ABER ICH WÜRD E S NICHT TUN.
2 ICH MÖCHTE MICH AM LIEBSTEN UMBRINGEN.
3 ICH WÜRD E MICH UMBRINGEN, WENN ICH DIE GELEGENHEIT HÄTTE.
- J** 0 ICH WEINE NICHT ÖFTER ALS FRÜHER.
1 ICH WEINE JETZT MEHR ALS FRÜHER.
2 ICH WEINE JETZT DIE GANZE ZEIT.
3 FRÜHER KONNTE ICH WEINEN, ABER JETZT KANN ICH ES NICHT MEHR, OBWOHL ICH ES MÖCHTE.
- K** 0 ICH BIN NICHT REIZBAR ALS SONST.
1 ICH BIN JETZT LEICHTER VERÄRGERT ODER GEREIZT ALS FRÜHER.
2 ICH FÜHLE MICH DAUERND GEREIZT.
3 DIE DINGE, DIE MICH FRÜHER GEÄRGERT HABEN, BERÜHREN MICH NICHT MEHR.
- L** 0 ICH HABE NICHT DAS INTERESSE AN MENSCHEN VERLOREN.
1 ICH INTERESSIERE MICH JETZT WENIGER FÜR MENSCHEN ALS FRÜHER.
2 ICH HABE MEIN INTERESSE AN ANDEREN MENSCHEN ZUM GRÖßTEN TEIL VERLOREN.
3 ICH HABE MEIN GANZES INTERESSE AN ANDEREN MENSCHEN VERLOREN.
- M** 0 ICH BIN SO ENTSCHLUßFREUDIG WIE IMMER.
1 ICH SCHIEBE ENTSCHEIDUNGEN JETZT ÖFTER ALS FRÜHER AUF.
2 ES FÄLLT MIR JETZT SCHWERER ALS FRÜHER, ENTSCHEIDUNGEN ZU TREFFEN.
3 ICH KANN ÜBERHAUPT KEINE ENTSCHEIDUNGEN MEHR TREFFEN.
- N** 0 ICH HABE NICHT DAS GEFÜHL, SCHLECHTER AUSZUSEHEN ALS FRÜHER.
1 ICH MACHE MIR SORGEN, DAß ICH ALT ODER UNATTRAKTIV AUSSEHE.
2 ICH HABE DAS GEFÜHL, DAß VERÄNDERUNGEN IN MEINEM AUSSEHEN EINTRETEN, DIE MICH HÄßLICH MACHEN.
3 Ich finde mich hässlich.
- O** 0 ICH KANN SO GUT ARBEITEN WIE FRÜHER.
1 ICH MUß MIR EINEN RUCK GEBEN, BEVOR ICH EINE TÄTIGKEIT IN ANGRIFF NEHME.
2 ICH MUß MICH ZU JEDER TÄTIGKEIT ZWINGEN.
3 ICH BIN UNFÄHIG ZU ARBEITEN.
- P** 0 ICH SCHLAFE SO GUT WIE FRÜHER.
1 ICH SCHLAFE NICHT MEHR SO GUT WIE FRÜHER.
2 ICH WACHE 1 BIS 2 STUNDEN FRÜHER AUF ALS SONST, UND ES FÄLLT MIR SCHWER, WIEDER EINSZUSCHLAFEN.
3 ICH WACHE MEHRERE STUNDEN FRÜHER AUF ALS SONST UND KANN NICHT MEHR EINSCHLAFEN.
- Q** 0 ICH ERMÜDE NICHT STÄRKER ALS SONST.
1 ICH ERMÜDE SCHNELLER ALS FRÜHER.
2 FAST ALLES ERMÜDET MICH.
3 ICH BIN ZU MÜDE, UM ETWAS ZU TUN.

- R**
- 0 MEIN APPETIT IST NICHT SCHLECHTER ALS SONST.
 - 1 MEIN APPETIT IST NICHT MEHR SO GUT WIE FRÜHER.
 - 2 MEIN APPETIT HAT SEHR STARK NACHGELASSEN.
 - 3 ICH HABE ÜBERHAUPT KEINEN APPETIT MEHR.

- S**
- 0 Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen.
 - 1 ICH HABE MEHR ALS 2 KILO ABGENOMMEN.
 - 2 ICH HABE MEHR ALS 5 KILO ABGENOMMEN.
 - 3 ICH HABE MEHR ALS 8 KILO ABGENOMMEN.

Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen:

JA NEIN

- T**
- 0 ICH MACHE MIR KEINE GRÖßEREN SORGEN UM MEINE GESUNDHEIT ALS SONST.
 - 1 ICH MACHE MIR SORGEN ÜBER KÖRPERLICHE PROBLEME, WIE SCHMERZEN, MAGENBESCHWERDEN ODER VERSTOPFUNG.
 - 2 ICH MACHE MIR GROßE SORGEN ÜBER GESUNDHEITLICHE PROBLEME, DAß ES MIR SCHWERFÄLLT, AN ETWAS ANDERES ZU DENKEN.
 - 3 ICH MACHE MIR SO GROßE SORGEN ÜBER GESUNDHEITLICHE PROBLEME, DAß ICH AN NICHTS ANDERES MEHR DENKEN KANN.

- U**
- 0 ICH HABE IN LETZTER ZEIT KEINE VERÄNDERUNG MEINES INTERESSES AN SEX BEMERKT.
 - 1 ICH INTERESSIERE MICH WENIGER FÜR SEX ALS FRÜHER.
 - 2 ICH INTERESSIERE MICH JETZT VIEL WENIGER FÜR SEX.
 - 3 ICH HABE DAS INTERESSE AN SEX VÖLLIG VERLOREN.

9.4.4 BRIEF-SYMPTOM-INVENTORY (BSI)

Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar während der vergangenen 7 Tage bis heute. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

1. Wie sehr litten Sie unter Nervosität oder innerem Zittern?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

2. Wie sehr litten Sie unter Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

3. Wie sehr litten Sie unter der Idee, dass irgendjemand Macht über Ihre Gedanken hat?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

4. Wie sehr litten Sie unter dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

5. Wie sehr litten Sie unter Gedächtnisschwierigkeiten?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

6. Wie sehr litten Sie unter dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

7. Wie sehr litten Sie unter Herz- und Brustschmerzen?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

8. Wie sehr litten sie unter Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

9. Wie sehr litten Sie unter Gedanken, sich das Leben zu nehmen?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

10. Wie sehr litten Sie unter dem Gefühl, dass man den meisten Leuten nicht trauen kann?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

11. Wie sehr litten Sie unter schlechtem Appetit?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

12. Wie sehr litten Sie unter plötzlichem Erschrecken ohne Grund?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

13. Wie sehr litten Sie unter Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

14. Wie sehr litten Sie unter Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

15. Wie sehr litten Sie unter dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

16. Wie sehr litten Sie unter Einsamkeitsgefühlen?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

17. Wie sehr litten Sie unter Schwermut?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

18. Wie sehr litten Sie unter dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

19. Wie sehr litten Sie unter Furchtsamkeit?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

20. Wie sehr litten Sie unter Verletzlichkeit in Gefühlsdingen?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

21. Wie sehr litten Sie unter dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

22. Wie sehr litten Sie unter Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

23. Wie sehr litten Sie unter Übelkeit und Magenverstimmung?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

24. Wie sehr litten Sie unter dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

25. Wie sehr litten Sie unter Einschlafschwierigkeiten?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

26. Wie sehr litten Sie unter dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

27. Wie sehr litten Sie unter Schwierigkeiten, sich zu entscheiden?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

28. Wie sehr litten Sie unter Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

29. Wie sehr litten Sie unter Schwierigkeiten beim Atmen?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

30. Wie sehr litten Sie unter Hitzewallungen oder Kälteschauern?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

31. Wie sehr litten Sie unter der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

32. Wie sehr litten Sie unter Leere im Kopf?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

33. Wie sehr litten Sie unter Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

34. Wie sehr litten Sie unter dem Gefühl, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

35. Wie sehr litten Sie unter einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

36. Wie sehr litten Sie unter den Konzentrationsschwierigkeiten?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

37. Wie sehr litten Sie unter Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

38. Wie sehr litten Sie unter dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

39. Wie sehr litten Sie unter Gedanken an den Tod und ans Sterben?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

40. Wie sehr litten Sie unter dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

41. Wie sehr litten Sie unter dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

42. Wie sehr litten Sie unter starker Befangenheit im Umgang mit anderen?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

43. Wie sehr litten Sie unter Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

44. Wie sehr litten Sie unter dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

45. Wie sehr litten Sie unter Schreck- oder Panikanfällen?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

46. Wie sehr litten Sie unter der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

47. Wie sehr litten Sie unter Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

48. Wie sehr litten Sie unter mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

49. Wie sehr litten Sie unter so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

50. Wie sehr litten Sie unter dem Gefühl, wertlos zu sein?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

51. Wie sehr litten Sie unter dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn sie es zulassen würden?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

52. Wie sehr litten Sie unter Schuldgefühlen?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

53. Wie sehr litten Sie unter dem Gedanken, dass irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist?

----- ----- ----- -----
0 – überhaupt nicht 1 – ein wenig 2 – ziemlich 3 – sehr 4 sehr stark

9.4.5 STATE-TRAIT-ANXIETY-INVENTORY (STAI)

Anleitung: Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich **jetzt**, d.h. **in diesem Moment**, fühlen. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung das Kästchen der von Ihnen gewählten Antwort an.
Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die Ihren **augenblicklichen** Gefühlszustand am besten beschreibt.

1. ICH BIN RUHIG

----- ----- -----
1 – überhaupt nicht 2 – ein wenig 3 – ziemlich 4 – sehr

2. ICH FÜHLE MICH GEBORGEN

----- ----- -----
1 – überhaupt nicht 2 – ein wenig 3 – ziemlich 4 – sehr

3. ICH FÜHLE MICH ANGESPANNT

----- ----- -----
1 – überhaupt nicht 2 – ein wenig 3 – ziemlich 4 – sehr

4. ICH BIN BEKÜMMERT

----- ----- -----
1 – überhaupt nicht 2 – ein wenig 3 – ziemlich 4 – sehr

5. ICH BIN GELÖST

----- ----- -----
1 – überhaupt nicht 2 – ein wenig 3 – ziemlich 4 – sehr

6. ICH BIN AUFGEREGT

----- ----- -----
1 – überhaupt nicht 2 – ein wenig 3 – ziemlich 4 – sehr

7. ICH BIN BESORGT, DAß ETWAS SCHIEFGEHEN KÖNNTE

----- ----- -----
1 – überhaupt nicht 2 – ein wenig 3 – ziemlich 4 – sehr

8. ICH FÜHLE MICH AUSGERUHT

----- ----- -----
1 – überhaupt nicht 2 – ein wenig 3 – ziemlich 4 – sehr

9. ICH BIN BEUNRUHIGT

----- ----- -----
1 – überhaupt nicht 2 – ein wenig 3 – ziemlich 4 – sehr

10. ICH FÜHLE MICH WOHL

----- ----- -----
1 – überhaupt nicht 2 – ein wenig 3 – ziemlich 4 – sehr

11. ICH FÜHLE MICH SELBSTSICHER

----- ----- -----
1 – überhaupt nicht 2 – ein wenig 3 – ziemlich 4 – sehr

12. ICH BIN NERVÖS

----- ----- -----
1 – überhaupt nicht 2 – ein wenig 3 – ziemlich 4 – sehr

13. ICH BIN VERKRAMPFT

----- ----- -----
1 – überhaupt nicht 2 – ein wenig 3 – ziemlich 4 – sehr

14. ICH BIN ZAPPELIG

----- ----- -----
1 – überhaupt nicht 2 – ein wenig 3 – ziemlich 4 – sehr

15. ICH BIN ENTSPANNT

----- ----- -----
1 – überhaupt nicht 2 – ein wenig 3 – ziemlich 4 – sehr

16. ICH BIN ZUFRIEDEN

----- ----- -----
1 – überhaupt nicht 2 – ein wenig 3 – ziemlich 4 – sehr

17. ICH BIN BESORGT

----- ----- -----
1 – überhaupt nicht 2 – ein wenig 3 – ziemlich 4 – sehr

18. ICH BIN ÜBERREIZT

----- ----- -----
1 – überhaupt nicht 2 – ein wenig 3 – ziemlich 4 – sehr

19. ICH BIN FROH

----- ----- -----
1 – überhaupt nicht 2 – ein wenig 3 – ziemlich 4 – sehr

20. ICH BIN VERGNÜGT

----- ----- -----
1 – überhaupt nicht 2 – ein wenig 3 – ziemlich 4 – sehr

Anleitung: Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich **im Allgemeinen** fühlen. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung das Kästchen der von Ihnen gewählten Antwort an. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die am besten beschreibt, wie Sie sich **im Allgemeinen** fühlen.

21. ICH BIN VERGNÜGT

----- ----- -----
1 – fast nie 2 – manchmal 3 – oft 4 – fast immer

22. ICH WERDE SCHNELL MÜDE

----- ----- -----
1 – fast nie 2 – manchmal 3 – oft 4 – fast immer

23. MIR IST ZUM WEINEN ZUMUTE

----- ----- -----
1 – fast nie 2 – manchmal 3 – oft 4 – fast immer

24. ICH GLAUBE, MIR GEHT ES SCHLECHTER ALS ANDEREN LEUTEN

----- ----- -----
1 – fast nie 2 – manchmal 3 – oft 4 – fast immer

25. ICH VERPASSE GÜNSTIGE GELEGENHEITEN, WEIL ICH MICH NICHT SCHNELL GENUG ENTSCHEIDEN KANN

----- ----- -----
1 – fast nie 2 – manchmal 3 – oft 4 – fast immer

26. ICH FÜHLE MICH AUSGERUHT

----- ----- -----
1 – fast nie 2 – manchmal 3 – oft 4 – fast immer

27. ICH BIN RUHIG UND GELASSEN

----- ----- -----
1 – fast nie 2 – manchmal 3 – oft 4 – fast immer

28. ICH GLAUBE, DAß MIR MEINE SCHWIERIGKEITEN ÜBER DEN KOPF WACHSEN

----- ----- -----
1 – fast nie 2 – manchmal 3 – oft 4 – fast immer

29. ICH MACHE MIR ZUVIEL GEDANKEN ÜBER UNWICHTIGE DINGE

----- ----- -----
1 – fast nie 2 – manchmal 3 – oft 4 – fast immer

30. ICH BIN UNGLÜCKLICH

----- ----- -----
1 – fast nie 2 – manchmal 3 – oft 4 – fast immer

31. ICH NEIGE DAZU, ALLES SCHWER ZU NEHMEN

----- ----- -----
1 – fast nie 2 – manchmal 3 – oft 4 – fast immer

32. MIR FEHLT ES AN SELBSTVERTRAUEN

----- ----- -----
1 – fast nie 2 – manchmal 3 – oft 4 – fast immer

33. ICH FÜHLE MICH GEBORGEN

----- ----- -----
1 – fast nie 2 – manchmal 3 – oft 4 – fast immer

34. ICH MACHE MIR SORGEN ÜBER MÖGLICHE MIßGESCHICKE

----- ----- -----
1 – fast nie 2 – manchmal 3 – oft 4 – fast immer

35. ICH FÜHLE MICH NIEDERGESCHLAGEN

----- ----- -----
1 – fast nie 2 – manchmal 3 – oft 4 – fast immer

36. ICH BIN ZUFRIEDEN

----- ----- -----
1 – fast nie 2 – manchmal 3 – oft 4 – fast immer

37. UNWICHTIGE GEDANKEN GEHEN MIR DURCH DEN KOPF UND BEDRÜCKEN MICH

----- ----- -----
1 – fast nie 2 – manchmal 3 – oft 4 – fast immer

38. ENTTÄUSCHUNGEN NEHME ICH SO SCHWER, DAß ICH SIE NICHT VERGESSEN KANN

----- ----- -----
1 – fast nie 2 – manchmal 3 – oft 4 – fast immer

39. ICH BIN AUSGEGLICHEN

----- ----- -----
1 – fast nie 2 – manchmal 3 – oft 4 – fast immer

40. ICH WERDE NERVÖS UND UNRUHIG, WENN ICH AN MEINE DERZEITIGEN ANGELEGENHEITEN DENKE

----- ----- -----
1 – fast nie 2 – manchmal 3 – oft 4 – fast immer

9.4.6 FRAGEBOGEN ZUR SOZIALEN UNTERSTÜTZUNG (F-SOZU)

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beziehungen zu wichtigen Menschen, also zum Partner, zu Familienmitgliedern, Freunden und Bekannten, Kollegen und Nachbarn. Wir möchten erfahren, wie Sie diese Beziehungen erleben und einschätzen.

Der Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen. Bitte kreuzen Sie jeweils an, inwieweit die jeweilige Aussage auf Sie zutrifft. Kreuzen Sie bitte eine *1* an, wenn die Aussage *überhaupt nicht zutrifft*, die *2*, wenn sie *ein wenig zutrifft*, bis hin zur *5*, wenn sie *ganz genau zutrifft*.

Es gibt dabei keine „richtigen“ oder „falschen“ Angaben, es kommt auf Ihr Erleben an. Am besten kreuzen Sie ohne lange zu überlegen an der Stelle an, die Ihrer ersten Einschätzung entspricht. Bitte achten Sie darauf, daß Sie alle Aussagen beantworten. Wenn in den folgenden Aussagen allgemein von „Menschen“ oder von „Freunden / Angehörigen“ die Rede ist, dann sind *die Menschen gemeint, die für Sie wichtig sind*.

1. ICH HABE MENSCHEN, DIE SICH UM MEINE WOHNUNG (BLUMEN, HAUSTIERE) KÜMMERN KÖNNEN, WENN ICH MAL NICHT DA BIN.

trifft zu: ... ----- ----- ----- -----

überhaupt nicht ein wenig etwas ziemlich ganz genau

2. ES GIBT MENSCHEN, DIE MICH SO NEHMEN, WIE ICH BIN.

trifft zu: ... ----- ----- ----- -----

überhaupt nicht ein wenig etwas ziemlich ganz genau

3. MEINEN FREUNDEN / ANGEHÖRIGEN IST ES WICHTIG, MEINE MEINUNG ZU BESTIMMTEN DINGEN ZU ERFAHREN.

trifft zu: ... ----- ----- ----- -----

überhaupt nicht ein wenig etwas ziemlich ganz genau

4. ICH WÜNSCHE MIR VON ANDEREN MEHR VERSTÄNDNIS UND ZUWENDUNG.

trifft zu: ... ----- ----- ----- -----

überhaupt nicht ein wenig etwas ziemlich ganz genau

5. ICH KENNE EINEN SEHR VERTRAUTEN MENSCHEN, MIT DESSEN HILFE ICH IN JEDEM FALL RECHNEN KANN.

trifft zu: ... ----- ----- ----- -----

überhaupt nicht ein wenig etwas ziemlich ganz genau

6. BEI BEDARF KANN ICH MIR WERKZEUG ODER LEBENSMITTEL AUSLEIHEN.

trifft zu: ... ----- ----- ----- -----

überhaupt nicht ein wenig etwas ziemlich ganz genau

7. ICH HABE FREUNDE / ANGEHÖRIGE, DIE AUCH MAL GUT ZUHÖREN KÖNNEN, WENN ICH MICH AUSSPRECHEN MÖCHTE.

trifft zu: ... ----- ----- ----- -----

überhaupt nicht ein wenig etwas ziemlich ganz genau

8. ICH KENNE FAST NIEMANDEN, MIT DEM ICH GERNE AUSGEHE.

trifft zu: ... ----- ----- ----- -----

überhaupt nicht ein wenig etwas ziemlich ganz genau

9. ICH HABE FREUNDE / ANGEHÖRIGE, DIE MICH AUCH EINFACH MAL UMARMEN.

trifft zu: ... ----- ----- ----- -----
überhaupt nicht ein wenig etwas ziemlich ganz genau

10. WENN ICH KRANK BIN, KANN ICH OHNE ZÖGERN FREUNDE / ANGEHÖRIGE BITTEN, WICHTIGE DINGE (Z.B. EINKAUFEN) FÜR MICH ZU ERLEDIGEN.

trifft zu: ... ----- ----- ----- -----
überhaupt nicht ein wenig etwas ziemlich ganz genau

11. WENN ICH MAL TIEF BEDRÜCKT BIN, WEIß ICH, ZU WEM ICH GEHEN KANN.

trifft zu: ... ----- ----- ----- -----
überhaupt nicht ein wenig etwas ziemlich ganz genau

12. ICH FÜHLE MICH OFT ALS AUßENSEITER.

trifft zu: ... ----- ----- ----- -----
überhaupt nicht ein wenig etwas ziemlich ganz genau

13. ES GIBT MENSCHEN, DIE LEID UND FREUDE MIT MIR TEILEN.

trifft zu: ... ----- ----- ----- -----
überhaupt nicht ein wenig etwas ziemlich ganz genau

14. BEI MANCHEN FREUNDEN / ANGEHÖRIGEN KANN ICH AUCH MAL GANZ AUSGELASSEN SEIN.

trifft zu: ... ----- ----- ----- -----
überhaupt nicht ein wenig etwas ziemlich ganz genau

15. ICH HABE EINEN VERTRAUTEN MENSCHEN, IN DESSEN NÄHE ICH MICH SEHR WOHL FÜHLE.

trifft zu: ... ----- ----- ----- -----
überhaupt nicht ein wenig etwas ziemlich ganz genau

16. ICH HABE GENUG MENSCHEN, DIE MIR WIRKLICH HELFEN, WENN ICH MAL NICHT WEITER WEIß.

trifft zu: ... ----- ----- ----- -----
überhaupt nicht ein wenig etwas ziemlich ganz genau

17. ES GIBT MENSCHEN, DIE ZU MIR HALTEN, AUCH WENN ICH FEHLER MACHE.

trifft zu: ... ----- ----- ----- -----
überhaupt nicht ein wenig etwas ziemlich ganz genau

18. ICH WÜNSCHE MIR MEHR GEBORGENHEIT UND NÄHE.

trifft zu: ... ----- ----- ----- -----
überhaupt nicht ein wenig etwas ziemlich ganz genau

19. ES GIBT GENUG MENSCHEN, ZU DENEN ICH EIN WIRKLICH GUTES VERHÄLTNIS HABE.

trifft zu: ... ----- ----- ----- -----
überhaupt nicht ein wenig etwas ziemlich ganz genau

20. ES GIBT EINE GEMEINSCHAFT VON MENSCHEN (FREUNDESKREIS, CLIQUE), ZU DER ICH MICH ZUGEHÖRIG FÜHLE.

trifft zu: ... ----- ----- ----- -----
überhaupt nicht ein wenig etwas ziemlich ganz genau

21. DURCH MEINEN FREUNDES- UND BEKANNTENKREIS ERHALTE ICH OFT GUTE TIPPS (Z.B. GUTER ARZT)

trifft zu: ... ----- ----- ----- -----
überhaupt nicht ein wenig etwas ziemlich ganz genau

22. ES GIBT MENSCHEN, DENEN ICH ALLE MEINE GEFÜHLE ZEIGEN KANN, OHNE DAß ES PEINLICH WIRD.

trifft zu: ... ----- ----- ----- -----
überhaupt nicht ein wenig etwas ziemlich ganz genau