

Carina Braun-Remmers

UNTERSCHIEDE IM TRAUERBEWÄLTIGUNGSVERHALTEN

**Wie sich komplizierte Trauer
von einfacher Trauer unterscheidet**

Eine Studie zur Erfassung von Unterschieden
in Bewältigungsverhalten, Persönlichkeitsstilen
und Trauerreaktionen



Cuvillier Verlag Göttingen
Internationaler wissenschaftlicher Fachverlag

Carina Braun-Remmers

Unterschiede im Trauerbewältigungsverhalten

-

Wie sich komplizierte Trauer von einfacher Trauer unterscheidet: Eine Studie zur Erfassung von Unterschieden in Bewältigungsverhalten, Persönlichkeitsstilen und Trauerreaktionen

Vom Promotionsausschuss des Fachbereichs Psychologie
der Universität Koblenz-Landau zur Verleihung des akademischen
Grades Doktor der Philosophie (Dr. phil.)
genehmigte Dissertation

Datum der Disputation: 08. Oktober 2010

Vorsitzende des Promotionsausschusses
Frau Prof. Dr. U. Six

betreut von Frau Prof. Dr. A. Schröder
und Herrn Prof. Dr. N. Halsig

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Aufl. - Göttingen : Cuvillier, 2010

Zugl.: Koblenz-Landau, Univ., Diss., 2010

978-3-86955-536-2

© CUVILLIER VERLAG, Göttingen 2010

Nonnenstieg 8, 37075 Göttingen

Telefon: 0551-54724-0

Telefax: 0551-54724-21

www.cuvillier.de

Alle Rechte vorbehalten. Ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages ist es nicht gestattet, das Buch oder Teile daraus auf fotomechanischem Weg (Fotokopie, Mikrokopie) zu vervielfältigen.

1. Auflage, 2010

Gedruckt auf säurefreiem Papier

978-3-86955-536-2

Danksagung

Mein herzlicher Dank gilt meiner Doktormutter Prof. Dr. Annette Schröder und meinem Zweitbetreuer Prof. Dr. Norbert Halsig, die mich beide in der Wahl dieses Themas bestärkt und bei der Planung und Durchführung dieser Studie hervorragend fachlich und menschlich betreut haben. Trotz der großen räumlichen Distanz gelang es Frau Schröder immer, ein offenes Ohr für meine Probleme und Fragen zu haben und mir mit wertvollen Hinweisen zur Seite zu stehen.

Für die Gewährung dieses Stipendiums bzw. der finanziellen Mittel sowie der zur Verfügung gestellten Arbeitsmöglichkeiten bedanke ich mich bei WIPP e.V. Landau, ohne dessen Förderung diese Promotion für mich sehr viel schwieriger zu bewältigen gewesen wäre.

Mein Dank gilt auch den Mitarbeitern des WIPP e.V. Frau Dr. Alexandra Zaby, Frau Hildegard Höhn, Frau Gabriele Koscher, Frau Stefanie Sauter und Frau Sabine Röbel und der Arbeitseinheit für Klinische Psychologie der Universität Koblenz-Landau Herrn Dr. Jens Heider und Frau Daniela Schwarz für ihre freundliche Unterstützung und den unterschiedlichen Hilfestellungen bei der Bewältigung dieses Themas.

Nicht versäumen möchte ich es, mich bei meinen „Mit-Stipendianden“ Daniela Ivansíc und Martin Klimitsch ganz herzlich für ihre konstruktiven Hilfestellungen und ihre aufmunternden Worte zu bedanken.

Unendlich dankbar bin ich meinem Ehemann Dr. Sebastian Remmers für die vielfältige Unterstützung, sein unerschütterliches Zutrauen in meine Arbeit und meine Fähigkeiten und seine nie versiegende Geduld. Er hat mich durch all die Höhen und Tiefen dieser Dissertation begleitet und mich jederzeit auch durch sein fachliches Hintergrundwissen mit voller Kraft unterstützt.

Außerdem danke ich meinen Eltern Berta und Johann Braun für die langjährige Hilfsbereitschaft und tatkräftige und finanzielle Unterstützung ohne Wenn und Aber, ohne die mein beruflicher Werdegang in dieser Form nicht möglich gewesen wäre.

Mein Dank geht auch an meinen Bruder Gerald Braun, der zu jeder Tages- und Nachtzeit bei technischen Problemen und als Korrektor ein absolut zuverlässiger Ansprechpartner war und verhinderte, dass die Fertigstellung dieser Dissertation an der Technik scheiterte.

Meinen Freunden, Bekannten und Verwandten danke ich für den Zuspruch und die Aufmunterung, die ich während der Fertigstellung von ihnen erfahren durfte.

Nicht zuletzt sei allen denen ein Dankeschön ausgesprochen, die nicht namentlich Erwähnung fanden, allen voran den Trauernden und den Trauerbegleitern, die mich so bereitwillig unterstützt haben und ohne deren Zutun diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

„...bis dass der Tod uns scheidet.“

Zusammenfassung

Der Tod eines nahe stehenden Menschen ist ein für die meisten Menschen unvermeidbares Ereignis, das einen mehr oder weniger gravierenden Einschnitt in das eigene Leben bedeutet. Vor allem die Bewältigung des Todes des Ehe- oder Lebenspartners stellt für die meisten Menschen eine große Herausforderung dar. Die Trauer wird dabei als Reaktion auf den Verlust einer nahestehenden Person mit allgemein normativen und vorhersagbaren Konsequenzen angesehen. Trotz der schmerzhaften und lang andauernden Intensität der Trauergefühle gelingt es den meisten Menschen, ihren Verlust zu bewältigen und zu integrieren. Für ca. 20 – 40 % der Trauernden trifft dies allerdings nicht zu. Sie leiden auch noch viele Monate später unter starken Trauerreaktionen, die zu Beeinträchtigungen in vielen Lebensbereichen führen. Akzeptierte und standardisierte Kriterien für die sogenannte komplizierte Trauerreaktion fehlen jedoch bis dato. Ziel der Studie war es daher, Unterschiede zwischen Personen mit einfacher Trauerreaktion und Personen mit komplizierter Trauerreaktion zu identifizieren und zu beschreiben. Des Weiteren sollte das von Maercker und Langner (2002) entwickelte Komplizierte Trauer Modul an einer Stichprobe mit Personen, die ihren Partner verloren hatten, validiert werden.

137 Teilnehmer wurden durch Kontakte zu Seelsorgern, Trauergruppen, Selbsthilfegruppen, Trauerbegleitern und ein Inserat in einer Tageszeitung sowie aus dem Teilnehmerkreis einer früheren Längsschnittstudie von Remmers (2009) rekrutiert. Um zu überprüfen, ob es Unterschiede zwischen den Trauernden bezüglich der angewandten Bewältigungsstrategien gibt, füllten die Probanden das Komplizierte Trauer Modul (KTM, Maercker & Langner, 2002) und modifizierte Skalen des COPE (Carver, Scheier & Weintraub, 1989) sowie Fragebogen zu Persönlichkeitsvariablen, psychischen und somatischen Symptomen aus und wurden anhand der Werte im KTM den Gruppen „Komplizierte Trauer“ oder „Einfache Trauer“ zugeteilt. Aufgrund der Werte im KTM konnten 37 Personen mit einer komplizierten Trauer identifiziert werden. Alle Teilnehmer mussten ihren Partner vor mindestens 12 Monaten verloren haben.

In Korrelationen und einfaktoriellen Varianzanalysen zeigte sich, dass, je stärker die Fähigkeit zur Akzeptanz ausgeprägt ist, desto niedriger auch die Trauerreaktion ausfällt. Je besser es einem Trauernden gelingt, seinen Verlust positiv neu zu bewerten, desto geringer

fällt die Intensität der Intrusion und der Depression aus. Die Fähigkeit zur Akzeptanz und zur positiven Neubewertung ist bei einfach Trauernden wesentlich stärker ausgeprägt als bei kompliziert Trauernden. Auch Optimismus scheint einen Schutzfaktor vor der Entwicklung einer komplizierten Trauer darzustellen. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass Optimisten deutlich besser in der Lage sind, den Tod des Partners zu akzeptieren als weniger optimistische Menschen. Bezüglich der Persönlichkeitseigenschaften zeigte sich wie erwartet ein geringerer Neurotizismus, weniger fatalistische Externalität und mehr Resilienz und Lebenszufriedenheit bei den einfach Trauernden. Auch fand sich bei kompliziert Trauernden ein erhöhtes Ausmaß an psychischer Belastung sowie eine geringere Zufriedenheit mit der vorher bestandenen Partnerschaft und ein schlechterer Gesundheitszustand.

Die Ergebnisse machen deutlich, dass es sich bei dem KTM um ein valides Verfahren zur Erfassung der Trauerreaktion bei Verlust des Partners handelt. Mit den Skalen des KTM lassen sich über 50 % der Varianz der komplizierten Trauerreaktion aufklären. Werden nur die Variablen, die die im Trauer Modul erfassten Variablen am besten vorhersagen, herangezogen, so lässt sich in Multiplen Regressionsanalysen bedeutend weniger Varianz der komplizierten Trauer vorhersagen. Für die Vorhersagbarkeit der Skalen des KTM erwiesen sich Akzeptanz, Optimismus, Neurotizismus, Trauerreaktion, Depressivität, Intrusion und der zeitliche Abstand vom Todestag als die besten Variablen zur Vorhersage der durch das Komplizierte Trauer Modul erfassten Reaktionen.

Es bestehen Unterschiede zwischen kompliziert und einfach Trauernden. Die Fähigkeit zur Akzeptanz des Verlusts des Partners und zur positiven Neubewertung hängt signifikant mit einer geringeren Trauerreaktion, insbesondere weniger Intrusionen und Depression zusammen und ist bei einfach Trauernden erwartungsgemäß stärker ausgeprägt als bei kompliziert Trauernden. Die Unterschiede in den Skalen des KTM (Intrusion, Depressivität, Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen) sowie in wesentlichen Bereichen der Bewältigung und der Persönlichkeit zwischen den Trauergruppen sprechen für die Existenz eines eigenständigen Konstrukts einer komplizierten Trauerreaktion. Durch die Aufnahme als eigenständige Diagnose in die gängigen Klassifikationssysteme könnte die Forschung zu Behandlungsansätzen vereinfacht und für Betroffene der Zugang zu therapeutischen Hilfen erleichtert werden. Das Komplizierte Trauer Modul von Maercker und Langner (2002) kann bei Verdacht auf eine komplizierte Trauerreaktion diagnostische Hinweise liefern, die die Behandlung erleichtern können.

VI

2.2.5	Soziodemographische Einflüsse.....	35
2.2.5.1	Alter.....	35
2.2.5.2	Zeitlicher Abstand vom Todestag.....	36
2.2.5.3	Zufriedenheit mit der Partnerschaft.....	37
2.2.5.4	Gläubigkeit.....	37
2.2.5.5	Exkurs: Todesursache.....	38
2.3	Begleiterscheinungen der Trauer.....	40
2.3.1	Depressivität.....	40
2.3.2	Angst.....	40
2.3.3	Weitere psychische Symptome.....	41
2.3.4	Somatische Veränderungen.....	42
3.	Entwicklung der Fragestellungen.....	43
3.1	Die Rolle der Bewältigungsstrategien.....	43
3.2	Die Rolle des Optimismus.....	44
3.3	Der Einfluss von weiteren Persönlichkeitsvariablen.....	44
3.3.1	Neurotizismus, Gewissenhaftigkeit und Offenheit.....	44
3.3.2	Kontrollüberzeugungen.....	44
3.3.3	Resilienz.....	45
3.3.4	Lebenszufriedenheit.....	45
3.4	Die Rolle des Geschlechts der Trauernden.....	45
3.5	Soziodemographische Einflüsse.....	45
3.6	Hypothesen zu den psychischen und somatischen Symptomen.....	46
3.7	Vorhersage des Komplizierten Trauer Moduls und der komplizierten Trauer.....	47
3.8	Überblick über die Hypothesen.....	48
4.	Methode.....	50
4.1	Vorgehen.....	50
4.2	Stichprobe.....	50
4.3	Messinstrumente.....	55
4.3.1	Ermittlung soziodemographischer Daten.....	55
4.3.2	Kompliziertes Trauer Modul (KTM).....	55
4.3.3	Symptom Checkliste 90 Revised (SCL-90-R).....	56

4.3.4	Beck-Depressions-Inventar (BDI-II).....	56
4.3.5	Texas-Revised-Grief-Inventory (TRIG).....	56
4.3.6	Impact of Event Scale-Revised (IES-R).....	56
4.3.7	Satisfaction With Life Scale (SWLS).....	57
4.3.8	NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI).....	57
4.3.9	IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen (IPC).....	57
4.3.10	Life-Oriented-Test-Revision (LOT-R).....	58
4.3.11	Resilienz-Skala (RS-11).....	58
4.3.12	COPE.....	58
4.3.13	Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-12).....	58
4.4	Statistische Auswertung.....	59
5.	Ergebnisse.....	61
5.1	Methodische Entwicklung des KTM und empirische Überprüfung.....	61
5.1.1	Faktorenanalyse des KTM.....	61
5.1.2	Skalenbildung und Testkennwerte.....	62
5.1.3	Faktorenpassung mit dem Originalfragebogen.....	64
5.1.4	Validierung des KTM.....	66
5.1.4.1	Validierung des KTM anhand des TRIG.....	66
5.1.4.2	Vorhersage des KTM durch den TRIG.....	66
5.1.4.3	Validierung des KTM anhand des BDI-II.....	67
5.1.4.4	Vorhersage des KTM durch den BDI-II.....	68
5.1.4.5	Validierung des KTM anhand des IES-R.....	68
5.1.4.6	Vorhersage des KTM durch den IES-R.....	69
5.1.5	Zuteilung der Teilnehmer zu den Gruppen „Komplizierte Trauer“ und „Einfache Trauer“.....	70
5.1.6	Zusammenfassung.....	72
5.2	Hypothesenprüfung.....	74
5.2.1	Unterschiede zwischen den Trauergruppen bezüglich der Bewältigungsstrategien.....	74
5.2.2	Unterschiede zwischen den Trauergruppen bezüglich des Optimismus.....	75

5.2.3	Unterschiede zwischen den Trauergruppen bezüglich Neurotizismus, Offenheit und Gewissenhaftigkeit.....	79
5.2.4	Unterschiede zwischen den Trauergruppen bezüglich der vorhandenen Kontrollüberzeugungen.....	82
5.2.5	Unterschiede zwischen den Trauergruppen bezüglich der Resilienz...	83
5.2.6	Unterschiede zwischen den Trauergruppen bezüglich der Lebenszufriedenheit.....	84
5.2.7	Geschlechtsunterschiede.....	85
5.2.7.1	Unterschiede zwischen den Geschlechtern bezüglich der Häufigkeit der komplizierten Trauer.....	85
5.2.7.2	Unterschiede zwischen den Geschlechtern bezüglich des Bewältigungsverhaltens, des Optimismus und der Persönlichkeitsvariablen.....	87
5.2.7.3	Unterschiede zwischen den Geschlechtern bezüglich der psychischen und somatischen Symptome.....	88
5.2.8	Unterschiede zwischen den Trauergruppen bezüglich des Alters.....	93
5.2.9	Unterschiede zwischen den Trauergruppen bezüglich der Ausprägung der Trauerreaktion.....	94
5.2.10	Unterschiede zwischen den Trauergruppen bezüglich der Zufriedenheit mit der Partnerschaft.....	99
5.2.11	Unterschiede zwischen den Trauergruppen bezüglich der Gläubigkeit.....	100
5.2.12	Unterschiede zwischen den Trauergruppen bezüglich der depressiven Symptome.....	101
5.2.13	Unterschiede zwischen den Trauergruppen bezüglich der Angstsymptomatik.....	103
5.2.14	Unterschiede zwischen den Trauergruppen bezüglich der psychischen Belastung.....	104
5.2.15	Unterschiede zwischen den Trauergruppen bezüglich des Gesundheitszustandes.....	107
5.2.16	Vorhersage der Skalen des KTM und der komplizierten Trauer.....	108
5.2.16.1	Vorhersage der Skalen des KTM.....	108
5.2.16.1.1	Vorhersage durch das Bewältigungsverhalten.....	108
5.2.16.1.2	Vorhersage durch den Optimismus.....	109

5.2.16.1.3	Vorhersage durch weitere Persönlichkeitsvariablen.....	109
5.2.16.1.4	Vorhersage durch psychische Symptome.....	111
5.2.16.1.5	Vorhersage durch soziodemographische Daten.....	112
5.2.16.2	Vorhersage der komplizierten Trauer.....	114
5.2.16.2.1	Vorhersage durch die Skalen des KTM.....	114
5.2.16.2.2	Vorhersage durch die abhängigen Variablen.....	115
5.2.16.2.3	Vorhersage durch die am besten zur Vorhersage der Skalen des KTM geeigneten Variablen.....	116
5.2.17	Überblick über die überprüften Hypothesen.....	118
6.	Diskussion.....	120
6.1	Bedeutung der Ergebnisse.....	120
6.2	Generalisierbarkeit der Ergebnisse.....	127
6.3	Kritische Reflexion.....	129
6.4	Komplizierte Trauer als eigenständiges Krankheitsbild.....	130
6.5	Forschungsausblick.....	131
7.	Literaturverzeichnis.....	133
8.	Tabellenverzeichnis.....	144
9.	Abbildungsverzeichnis.....	150
10.	Anhangsverzeichnis.....	152

1. Einleitung

Der Tod eines geliebten Menschen ist ein sehr belastendes Ereignis und die damit verbundene Trauer eine schmerzhaft, aber überwiegend unvermeidbare Erfahrung, mit der jeder Mensch früher oder später in seinem Leben konfrontiert wird. In Abhängigkeit von der Beziehung, die zu der verstorbenen Person bestand, kommt es zu mehr oder weniger gravierenden Veränderungen in der Umgebung des Hinterbliebenen und in dessen Rollenverständnis. Beim Tod des Ehe- oder Lebensgefährten kann dies – so formuliert es Parkes (1972) – den Verlust des „Sexualpartners, Kameraden, Buchhalters, Gärtners, Baby-Betreuers, Zuhörers, Bettwärmers usw.“ (Parkes, 1972; zitiert nach Worden, 2007, S. 23) bedeuten.

Trauer läuft auch nicht immer gleich ab, es gibt vielmehr eine große Bandbreite von unterschiedlichen Trauerreaktionen. So kann Trauer sehr kurz ausfallen und von Außenstehenden kaum wahrgenommen werden, während andere Menschen sehr lange und sehr intensiv trauern und eine Rückkehr in einen geregelten Alltag dadurch unmöglich erscheint (s. Bonanno & Kaltman, 2001). Der Verlust kann bei den Hinterbliebenen eine zeitlich begrenzte Trauerreaktion mit Traurigkeit, Sehnsucht nach der verstorbenen Person, somatischen Beschwerden und Rückzug aus dem gewohnten sozialen Umfeld hervorrufen (Kim & Jacobs, 1991; Znoj, 2004). Der Großteil der Trauernden ist dennoch in der Lage sich auf ein Leben nach dem Verlust einzustellen und ihn in sein Leben zu integrieren. Einem geringeren Prozentsatz der Trauernden gelingt dies nicht. Sie leiden auch nach mehreren Monaten noch unter einer starken Trauerreaktion, die zu Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Lebensbereichen führen kann (Horowitz et al., 1997; Prigerson et al., 1995).

Wovon hängt es aber nun ab, dass manche Menschen langfristig die Trauer über den Verlust des Partners erfolgreich bewältigen, andere dagegen auch sehr lange Zeit nach dem Tod des Partners noch unter massiven Einschränkungen im Alltag leiden?

2. Theoretische Aspekte

2.1 Überblick über den Forschungsstand

Frühere Forschungsstudien (z.B. Bonanno et al., 2002; Lehman, Wortman & Williams, 1987; Nolen-Hoeksema und Larson, 1999; Remmers, 2009; W. Stroebe & M. Stroebe, 1987; W. Stroebe, M. Stroebe & Domittner, 1988) haben sich immer wieder mit Unterschieden im Bewältigungsverhalten und in den Persönlichkeitsstilen der Hinterbliebenen, mit den Einschränkungen in wichtigen Lebensbereichen, die sich nach dem Tod eines Angehörigen einstellen, und der gezeigten depressiven Symptomatik beschäftigt.

2.1.1 Kennzeichnende Faktoren der Trauer

Die Beschäftigung mit dem Phänomen einer komplizierten Trauer setzt voraus, dass zunächst eine Definition darüber vorhanden ist, was normale oder einfache Trauer ausmacht oder, wie Zisook und Shuchter 1986 feststellten

„there is no prescription for how to grieve properly for a lost spouse, and no research-validated guideposts for what is normal vs. deviant mourning”
(S. 288).

Vor allem in den letzten Jahrzehnten ist das Thema Trauer immer mehr in den Fokus der Wissenschaft gerückt und eine Vielzahl von Studien hat sich mit den Erscheinungsformen der Trauer und deren möglichen Indikatoren beschäftigt. In ihrem Review arbeiten Bonanno und Kaltman (2001) vier beeinträchtigte Funktionsbereiche heraus, die im ersten Jahr nach dem Verlust einer geliebten Person von der Mehrheit aller Trauernden benannt werden: kognitive Disorganisation, Dysphorie, gesundheitliche Beeinträchtigungen und Probleme in sozialen und beruflichen Bereichen (s. Tab. 2.1).

Tab. 2.1: Beeinträchtigte Funktionsbereiche bei Trauer (nach Bonanno & Kaltmann, 2001)

kognitive Disorganisation	Dysphorie	gesundheitliche Beeinträchtigungen	Probleme in sozialen und beruflichen Bereichen
Verwirrung und Sorgen	dysphorische Stimmung	gesundheitliche Beschwerden	negativer Einfluss auf andere/Abschreckung
Beeinträchtigung der Identität	Sehnsucht nach dem Verstorbenen	Immunsuppression	Schwierigkeiten mit sozialen Rollen
Zukunftsängste	Einsamkeit	erhöhte Mortalität	Schwierigkeiten mit neuen Beziehungen
Suche nach dem Sinn in dem Verlust			

In Bezug auf die gezeigte Trauerreaktion veröffentlichte Worden (2007) eine Liste von teils spezifischen, teils unspezifischen Symptomen, die die Bandbreite der normalen Trauerreaktion auf Gefühls-, Körper-, Kognitions- und Verhaltensebene deutlich macht (s. Tab. 2.2).

Tab. 2.2: Manifestationen der normalen Trauer nach Worden (2007, S. 29ff.)

Gefühlsebene	Körperliche Ebene	Kognitive Ebene	Verhaltensebene
• Traurigkeit • Zorn • Schuld und Selbstbeschuldigung • Angst • Verlassenheit, Einsamkeit • Müdigkeit • Hilflosigkeit • Schock • Sehnsucht • Befreiung • Erleichterung • Betäubung, Abgestumpftheit	• Leeregefühl im Magen • Brustbeklemmungen • Zugeshnürtsein der Kehle • Überempfindlichkeit gegen Lärm • Gefühl der Depersonalisation • Atemlosigkeit, Kurzatmigkeit • Muskelschwäche • Energiemangel • Mundtrockenheit	• Gedanken • Verwirrung • Unglaube, Nichtwahrhabenwollen • intensive Beschäftigung mit dem Toten • Gefühle der Anwesenheit des Verstorbenen • selektive Wahrnehmung • Halluzinationen	• Schlafstörungen • Appetitstörungen • geistesabwesendes Verhalten • sozialer Rückzug • Träumen von dem verstorbenen Menschen • Meiden von Erinnerungen an den Verstorbenen • Suchen und Rufen • Seufzen • rastlose Überaktivität • Weinen • Aufsuchen von Orten oder Beisichtragen von Gegenständen, die den Hinterbliebenen an den Verstorbenen erinnern • Kult mit Objekten aus dem Besitz des Verstorbenen

Burnett et al. (1994) unterschieden in ihrer Studie mit Expertenratings zwischen Symptomen, die in der akuten Trauerphase (innerhalb der ersten sechs Wochen nach dem Todesfall) auftreten und Langzeitsymptomen eines normalen Trauerverlaufs (über das erste Jahr des Verlusts hinaus). Einige Symptome wurden als in beiden Phasen üblich

eingeschätzt wie z.B. Traurigkeit, Sehnsucht nach dem Verstorbenen, das Bedürfnis über den Verstorbenen zu sprechen, intrusive Gedanken über den Verstorbenen, Beschäftigung mit Gedanken/Imaginationen über den Verstorbenen, Leid bei der Erinnerung an den Verstorbenen. Nur in der ersten Phase traten Anzeichen akuten Stresses auf (Weinen, quälende Gedanken über den Verlust). In der zweiten Phase dagegen traten Anzeichen von Nostalgie auf, die von den Autoren so interpretiert werden, dass dadurch ein gewisser Grad an Akzeptanz und Bedauern reflektiert wird. Carnelley, Wortman, Bolger und Burke (2006) interviewten in ihrer Untersuchung Personen, die vor teilweise mehreren Jahrzehnten ihre Partner verloren hatten und stellten fest, dass die Hinterbliebenen auch noch Jahrzehnte nach dem Tod regelmäßig an den Verstorbenen denken, über ihn sprechen und in Folge dessen traurig oder aufgewühlt werden und zu bestimmten Zeiten (Todestag, Geburtstag des Verstorbenen) unter starken negativen Emotionen leiden. Diese sich wiederholenden Trauerreaktionen sind im Trauerverlauf als normal anzusehen und stellen keine pathologische Intensivierung dar.

Parkes (1972) identifizierte im Rahmen der Harvard Bereavement Study sechs Determinanten, die er für den Trauerverlauf für entscheidend hielt: (1) die Funktion der verstorbenen Person für den Hinterbliebenen, (2) den Charakter der Bindung, (3) die Art und Weise des Todes, (4) frühere einschlägige Erfahrungen, (5) Persönlichkeitsvariablen und (6) soziale Variablen. Die von unterschiedlichen Forschern untersuchten Determinanten führten nicht immer zu eindeutigen Ergebnissen bzgl. ihres Einflusses auf den Verlauf (s. unten).

2.1.2 Modelle zum Trauerverlauf

Der Trauerprozess ist ein aktiver Vorgang, während dessen der Trauernde sich immer wieder mit neuen Situationen und Aufgaben konfrontiert sieht, die er bewältigen muss. Da Trauer auch immer ein individueller Prozess ist, ist eine zeitliche Eingrenzung des Trauervorgangs kaum vorzunehmen. M. Stroebe und Schut (2001) haben eine Kategorisierung der unterschiedlichen Modelle in vier Bereiche vorgenommen, von denen im Folgenden je ein Modell exemplarisch vorgestellt wird. Dies sind Theorien zu Life-Events, trauerbezogene Modelle im Allgemeinen und spezifische Trauerbewältigungs-Modelle sowie integrative Modelle.

2.1.2.1 Life-Event-Modelle – Das Stress-Response-Modell

Modelle zu stressreichen oder traumatischen Life-Events versuchen Reaktionen in solchen Situationen im Allgemeinen zu erklären.

Bei der Konzeptualisierung ihres Stress-Response-Modells folgten Horowitz, Bonanno und Hoken (1993) einem stresstheoretischen Ansatz. Die Stresstheorie (Lazarus & Folkman, 1984) geht davon aus, dass der Verlust eines geliebten Menschen ein stressreiches Lebensereignis darstellt, dass in Abhängigkeit von der Bewertung der Situation die Copingstrategien des Betroffenen übersteigen kann und das Risiko für die Entwicklung einer Störung erhöht. Der Tod eines Angehörigen als stressreiches Lebensereignis lässt sich auf das Phasenmodell der Stressreaktion (Horowitz, 1997, S. 41) übertragen (s. Abb. 2.1).

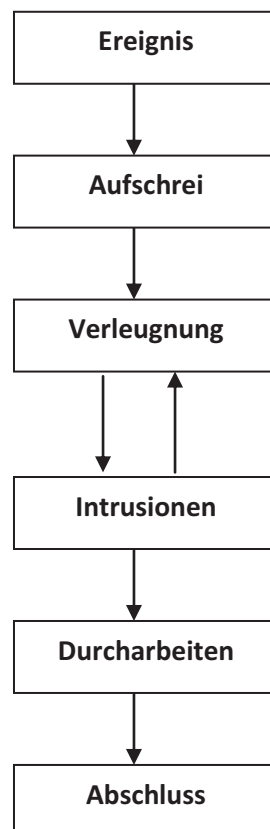


Abb. 2.1: Phasen der Stressreaktion auf ein stressreiches Lebensereignis nach Horowitz (1997)

Horowitz et al. (1993) führen aus, dass pathologische Reaktionen Intensivierungen der normalen Stressreaktionen auf das Ereignis darstellen.

In der Phase „Aufschrei“ zeigen sich bei einer pathologischen Trauer Panik, dissoziative Reaktionen oder reaktive Psychosen.

In der Phase „Verleugnung“ kommt es zu einem maladaptiven Vermeidungsverhalten von allem, was mit dem Tod assoziiert ist, zu Drogen- oder Alkoholmissbrauch, ekstatischen Zuständen, sexueller Freizügigkeit, Fugue, phobischer Vermeidung sowie zu dem Gefühl, dass man selbst tot oder unreal sei.

In der Phase „Intrusionen“, die sich mit „Verleugnung“ abwechseln kann, kann es zu einer Überflutung mit negativ besetzten Erinnerungen und Emotionen kommen, zu unkontrollierten Gedanken, selbst schädigenden, zwanghaft wiederholten Handlungen, wiederholt auftretenden Alpträumen, Verstörung durch intrusive Gefühle des Ärgers, der Angst, der Verzweiflung, der Scham oder der Schuld und zu physiologischen Erschöpfungszuständen durch Hyperarousal.

In der Phase „Durcharbeiten“ kann das Gefühl vorherrschen, dass der Tod nicht in das Leben integriert werden kann. Andauernd abgewehrte Themen können sich als ängstliche, depressive, wütende, beschämte oder schuldige Stimmungen manifestieren und psychophysiologische Syndrome treten auf.

In der Phase „Abschluss“ zeigt sich bei einer pathologischen Verarbeitung ein Unvermögen die Trauer abzuschließen, die mit einer Unfähigkeit einhergeht, wieder zu arbeiten oder Gefühle oder positive Stimmungen zu empfinden. In extremen Fällen können in dieser Phase bleibende Wahnvorstellungen oder bizarre Ideen auftreten.

2.1.2.2 Trauerbezogene Modelle – Das Phasenmodell der Trauer

Früher wurde von verschiedenen Autoren (z.B. Bowlby, 1980; Freud, 1917; Kübler-Ross, 1989) ein Phasenmodell der Trauer angenommen. Bowlby (1980) ging im Rahmen seiner Attachment Theorie durch Beobachtungen davon aus, dass ein Durcharbeiten durch die Trauer zur Veränderung von Repräsentationen der verstorbenen Person und des Selbst notwendig ist. Dieses Durcharbeiten erfolgt in einer Abfolge von überlappenden, nicht unbedingt sequentiell ablaufenden Phasen (s. Tab. 2.3). Es ist jedoch nicht empirisch belegt, dass diejenigen, die sich durch ihre Trauer durcharbeiten, eine bessere Anpassung an den Verlust zeigen. Dennoch kann das Modell in der Arbeit mit Trauernden als Heuristik eine gute Orientierung bieten.

Tab. 2.3: Phasenmodell der Trauer nach Bowlby (1980)

Erste Phase	Schock
Zweite Phase	Sehnsucht
Dritte Phase	Desorganisation und Verzweiflung
Vierte Phase	Reorganisation

2.1.2.3 Trauerbewältigungs-Modelle – Konzept der Traueraufgaben

Neben diesen allgemeinen Modellen wurden in den letzten Jahren auch vermehrt trauerspezifische Bewältigungsmodelle entwickelt (Noelen-Hoeksema & Larson, 1999; Worden, 2007).

In Abgrenzung zu dem Phasenmodell entwickelte Worden (2007) ein Konzept mit Traueraufgaben (s. Tab. 2.4), dass dem aktiven Anteil der Trauer gerechter wird. Er geht davon aus, dass „Trauern ein Vorgang ist, kein Zustand“ (2007, S. 19), der in Anlehnung an die Entwicklungstheorie von Havighurst (1953) einige Aufgaben mit sich bringt. Diese einzelnen Aufgaben müssen von dem Trauernden bewältigt werden, um sich der nächsten Aufgabe stellen und den Verlust vollständig bewältigen zu können.

Tab. 2.4: Konzept der Traueraufgaben nach Worden (2007)

I:	Den Verlust als Realität akzeptieren
II:	Den Trauerschmerz erfahren
III:	Sich anpassen an eine Umwelt, in der der Verstorbene fehlt
IV:	Emotionale Energie abziehen und in andere Beziehungen investieren

Die erste Aufgabe beinhaltet die Akzeptanz der Tatsache, dass der Verstorbene tot ist und nicht mehr zurückkommen wird. Durch die Leugnung des Verlusts an sich oder die Leugnung der Bedeutung des Verlusts für den Hinterbliebenen sowie durch die Leugnung der Endgültigkeit des Todes kann die Bewältigung dieser Aufgabe verhindert werden.

Bei der zweiten Aufgabe geht Worden davon aus, dass sich der Trauernde dem emotionalen und physischen Schmerz stellen muss, um zu erkennen, dass die Trauer zwar schmerzhaft ist, in ihrer Intensität aber variieren kann. Durch ein Vermeiden von Gedanken oder Erinnerungen an den Verstorbenen ist eine Flucht vor diesen unangenehmen Gefühlen möglich, die aber die Bewältigung verhindert.

Erst im Laufe der Zeit wird deutlich, welche Rollen der Verstorbene zu Lebzeiten übernommen hatte und wo eine Anpassung des Hinterbliebenen an eine veränderte Umwelt notwendig wird. Durch Rückzug oder Ausweichen wird diese Anpassung an die Anforderungen der Gesellschaft verhindert, die dritte Aufgabe wird nicht bewältigt.

Die vierte und letzte Aufgabe stellt die gefühlsmäßige Ablösung vom Verstorbenen dar und das emotionale Zuwenden zu anderen (partnerschaftlichen, freundschaftlichen) Beziehungen.

M. Stroebe und Schut (2001) kritisieren an dem Modell, dass es zu wenig die Veränderung von Rollen, Beziehungen und die Erarbeitung einer Akzeptanz einer veränderten Umwelt (vs. die Akzeptanz des Verlustes als Realität) berücksichtigt (S. 388).

2.1.2.4 Integrative Modelle – Das Duale Prozessmodell

Nach Parkes (1998) beeinflussen drei Faktoren den Verlauf der Trauer:

(1) Zum einen die Notwendigkeit zurückzublicken und das, was verloren wurde, wieder zu suchen, also eine Komponente, die sich an dem Trauerfall orientiert.

(2) Außerdem die konfliktreiche Notwendigkeit nach vorne zu sehen und die veränderte Umwelt zu sondieren und zu überlegen, was von der Vergangenheit mit in die Zukunft genommen werden kann, also eine Komponente, die den Bezug zu dem Hier und Jetzt beinhaltet.

(3) Unabhängig davon bestehen soziale und kulturelle Erwartungen, die beeinflussen, wie die Dränge ausgelebt oder unterdrückt werden.

Einen Ansatz, der die verschiedenen Stressoren bei Trauer berücksichtigt und versucht, die bestehenden Modelle zu integrieren, entwickelten M. Stroebe und Schut (2001) in ihrem Dualen Prozessmodell. Das Modell geht davon aus, dass der Verlust eines Partners in zwei Stressquellen mündet: Zum einen die Belastung durch den Verlust des Partners, zum anderen die sekundären Belastungen, die sich aus dem Verlust des Partners ergeben (z.B. veränderte Rollen, finanzielle Veränderungen). Sie schlagen ein eindimensionales Modell mit den Polen „Verlustorientierung“ („loss-oriented“) und „Wiederherstellungsorientierung“ („restoration-oriented“) vor, dass für die Bewältigung der Trauer das Oszillieren zwischen beiden Polen erforderlich macht (s. Abb. 2.2). Ein Trauernder kann zwischen verlustorientiertem und wiederherstellungsorientiertem Coping wechseln, sich zu einem Zeitpunkt mit dem Verlust konfrontieren und zu einem anderen Zeitpunkt ihn vermeiden.



Abb. 2.2: Duales Prozessmodell nach M. Stroebe und Schut (2001, S. 396)

2.1.3 Empirische Ergebnisse zum Trauerverlauf

Während Modelle und Konzepte auf einer theoretischen Ebene Abläufe der Trauer zu erklären versuchen, wurde in einigen wenigen Längsschnittstudien versucht, anhand von messbaren Symptomen den Trauerverlauf nachzuvollziehen.

Im deutschsprachigen Raum wurde von Remmers (2009) eine Studie zum Trauerverlauf drei, sechs und neun Monate nach dem Tod des Ehepartners durchgeführt. Er stellte fest, dass die depressive Symptomatik zwischen drei und neun Monaten nach dem Todesfall signifikant zurückging, der deutlichste Abfall zeigte sich bis zu einem halben Jahr nach dem Todesfall. Dies zeigte sich allerdings nicht für die psychosomatischen Symptome. Auch die allgemeine Lebenszufriedenheit blieb nach den ersten drei Monaten bis zu 12 Monaten nach dem Todesfall stabil. Die Bewältigungsstrategien standen auch am meisten mit einer Veränderung der depressiven Symptomatik im Zusammenhang.

Bonanno, Znoj, Siddique und Horowitz (1999) begannen ihre Teilnehmer erst sechs Monate nach dem Tod des Partners zu interviewen, dann nach 14 Monaten und ein weiteres Mal nach 25 Monaten nach dem Tod des Partners. Sie stellten fest, dass 53 % der Teilnehmer 25 Monate nach dem Tod einen milden Trauerverlauf aufwiesen. 22 % zeigten mit einer geringen Reaktion nach 14 Monaten eine frühe Regeneration von der Trauer. 11 % wiesen eine späte Regeneration (geringe Reaktion nach 25 Monaten) auf und 14 % zeigten keine Regeneration im Trauerverlauf (zu allen Messzeitpunkten starke Trauerreaktionen). Die hohe Anzahl von Personen mit milden Trauerreaktionen könnte darauf zurückzuführen sein, dass – wie Remmers (2009) feststellte – die depressive Symptomatik bereits innerhalb des ersten halben Jahres nach dem Verlust signifikant

zurück ging. Ein weiteres Drittel regenerierte sich innerhalb der ersten zwei Jahre, wohingegen eine kleine Anzahl von Personen auch nach zwei Jahren noch unter starken Trauerreaktionen litt.

Beem, Maes, Cleiren, Schut und Garssen (2000) fanden in ihrer Studie an verwitweten Frauen ebenfalls einen Rückgang psychischer Symptome im ersten Jahr. Die erste Befragung in dieser Studie fand vier Monate nach dem Verlust des Ehepartners statt, die letzte 13 Monate danach. Auch hier zeigte sich, dass zwar ein Großteil der Witwen (83 %) nur geringe bis mäßige psychische Beeinträchtigungen nach 13 Monaten aufwies, dass allerdings bei 17 % der Witwen weiterhin eine hohe psychische Belastung vorlag.

2.1.4 Unterscheidung einfache Trauer und komplizierte Trauer

An den genannten Studien wird deutlich, dass bei der Unterscheidung zwischen einfacher Trauer und komplizierter Trauer der Abstand vom Todestag eine Rolle zu spielen scheint. Denn einem geringeren Prozentsatz der Trauernden – Schätzungen gehen von 20 bis 40 % aus (Horowitz et al., 1997; Prigerson et al., 1995) – gelingt die Integration der Trauer und des Verlustes auch nach 14 (Horowitz et al., 1997) bzw. durchschnittlich 33 Monaten (Prigerson et al., 1995) nicht. Sie leiden noch unter einer starken Trauerreaktion, die zu Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Lebensbereichen führen kann. Nach Piper, Ogrodniczuk, Azim und Weideman (2001) leidet ca. jeder Dritte, der wegen einer psychischen Erkrankung eine psychiatrische Klinik aufsucht, zusätzlich unter einer moderaten bis schweren komplizierten Trauerreaktion, die Piper et al. über die Intensität der Intrusionen/Vermeidung und soziale Dysfunktionalität sowie einen zeitlichen Abstand vom Todesfall von mindestens drei Monaten definieren.

Trotz der hohen Prävalenz der Symptomatik fehlen allgemein akzeptierte und standardisierte Kriterien für die komplizierte Trauerreaktion. Die Tatsache, dass Trauer vielfältige Formen annehmen kann und durch kulturelle Erwartungen geprägt ist, erschwert die Bestimmung eindeutiger Kriterien für komplizierte Trauer (Znoj, 2004). Dieses Problem zeigt sich auch in der Bezeichnung der Symptomatik: Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Bezeichnungen für die abweichenden Formen der Trauer. Am geläufigsten sind „pathologisch“, „kompliziert“ und „abnormal“ (Marwit, 1996).

Da sich bei immer mehr Autoren (z.B. Maercker & Langner, 2002; Znoj, 2004) im deutschsprachigen Raum eine Tendenz in Richtung des Begriffs „Komplizierte Trauer“ zeigt, wird dieser auch in der folgenden Studie eingesetzt.

2.1.4.1 Aktuelle diagnostische Einordnung

In der letzten Ausgabe des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (*DSM-IV*; Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 1998) werden ausgeprägte Trauerreaktionen nicht als eigene Diagnose anerkannt. Das DSM-IV sieht Trauer als eine Reaktion auf den Verlust einer nahestehenden Person mit allgemein normativen und vorhersagbaren Konsequenzen, wenn auch unterschiedlicher Dauer und Intensität in Abhängigkeit von der kulturellen Zugehörigkeit. Die Kodierung von Trauerreaktionen erfolgt im DSM-IV unter den zusätzlichen Kodierung V62.82 „Einfache Trauer“. Diese Kategorie soll dann verwendet werden, wenn die Reaktion auf den Tod einer geliebten Person im Vordergrund steht. Die Diagnose Major Depression soll nur dann vergeben werden, wenn depressive Gefühle auch nach zwei Monaten noch vorhanden sind.

In der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (*ICD-10*, Dilling & Freyberger (Hrsg.), 2006) heißt es zu „Normale Trauerreaktionen“:

„Kontakte mit medizinischen oder psychiatrischen Diensten wegen normaler Trauerreaktion entsprechend der Kultur des Betroffenen, die üblicherweise die Dauer von sechs Monaten nicht überschreiten, sollten nicht in diesem Kapitel kodiert werden, sondern im Kapitel XXI, etwa unter Z63.4 (Verschwinden oder Tod eines Familienangehörigen) (...).“ (S. 166 f.)

Trauerreaktionen, die „wegen ihrer Form oder wegen ihres Inhalts als abnorm betrachtet werden“ (Dilling & Freyberger, 2006, S. 167) sollen unter den entsprechenden Unterkategorien der Anpassungsstörungen (F43.2) kodiert werden.

2.1.4.2 Abgrenzung von vorhandenen Störungsbildern

Trauerreaktionen finden im DSM-IV unter Major Depression, Posttraumatischer Belastungsstörung, Anpassungsstörung und zusätzlichen Kodierungen Erwähnung. Dies lässt auf die Komplexität und die mögliche Multidimensionalität des Phänomens schließen (M. Stroebe et al., 2000). Trotz der hohen Komorbiditäten und der teilweise vorhandenen Überlappungen mit der depressiven Symptomatik bestehen auch einige deutliche Unterschiede zu den existierenden Kategorien (Prigerson et al., 1995; Prigerson & Jacobs, 2001).

Im Unterschied zu der *Posttraumatischen Belastungsstörung* (PTBS) ist die komplizierte Trauer nicht auf den Verlust eines Gefühls von Sicherheit zurückzuführen, sondern auf den Verlust eines geliebten Menschen. Laut ICD-10 ist hierfür ein Stressor außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes, der bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde, Voraussetzung. Zwar ist der Tod eines geliebten Menschen für die Hinterbliebenen in der Regel ein tragisches Ereignis, stellt als Situation jedoch keine Belastung von außergewöhnlichem Ausmaß dar, wie das z.B. bei Naturkatastrophen, Folter oder Vergewaltigung der Fall ist. Auch bleibt bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung das soziale Umfeld einer Person weitgehend intakt, während das bei dem Verlust einer nahestehenden Person nie der Fall ist (Marwit, 1996). Ein weiterer Unterschied zur Posttraumatischen Belastungsstörung liegt in der Varietät der Intrusionen bei Trauernden. Die Intrusionen können neben Bildern und Erinnerungen an den Umstand des Todes des Angehörigen auch angenehme Erinnerungen an schöne Zeiten mit dem Verstorbenen enthalten (Maercker, Bonanno, Znoj & Horowitz, 1998).

Die *Anpassungsstörung* erscheint nicht geeignet als Diagnose bei einer komplizierten Trauerreaktion, da die Symptome für eine Anpassungsstörung nicht länger als sechs Monate nach dem Auftreten des belastenden Lebensereignisses andauern sollten.

Durch die *Depressive Störung* kann die komplizierte Trauer ebenfalls nicht ausreichend abgedeckt werden. Trotz der hohen Komorbidität mit Depression erfüllt ein großer Prozentsatz der kompliziert Trauernden die Diagnose einer depressiven Störung nicht und kann durch diese Diagnose nicht erfasst werden (Horowitz et al., 1997; Zisook, Shuchter, Sledge, Paulus & Judd, 1994). In einer zur Behandlung der komplizierten Trauer durchgeführten Studie zeigte sich auch eine nur geringe Wirksamkeit der eingesetzten depressionsbezogenen Medikamente bei komplizierter Trauer mit komorbider Depression (Reynolds III et al., 1999). Während Depression und Psychopathologie in den ersten 12 Monaten nach dem Todesfall sukzessive abklingen (Parkes & Weiss, 1983; Thompson Gallagher-Thompson, Futterman, Gilewski & Peterson, 1991), kann das psychische Leiden/die Trauer über den Verlust mehrere Jahre anhalten.

2.1.4.3 Vorschlag für diagnostische Kriterien der komplizierten Trauer

Da die Trauersymptomatik in einigen Fällen über viele Monate und Jahre hinweg fortbesteht, bei den Betroffenen erhebliches Leid verursacht und sich nicht durch eine andere Diagnose aus dem Bereich der psychischen Störungen ausreichend erfassen lässt, schlug unter anderen auch die Forschungsgruppe um Horowitz (Horowitz et al., 1993) vor, eine eigenständige Diagnose für pathologische Trauer in das DSM aufzunehmen oder die Kriterien der vorhandenen Posttraumatischen Belastungsstörung soweit zu modifizieren, dass auch dysfunktionale Reaktionen auf Verlusterfahrungen diagnostiziert und einer Behandlung zugänglich gemacht werden können.

Aus der Beobachtung heraus, dass die Phasen des oben beschriebenen Stress Response Modells nicht immer sequenziell ablaufen und nicht jeder diese Phase durchläuft, leiteten Horowitz et al. (1993, S. 263) ein Modell mit verschiedenen Reaktionen auf den Tod einer nahestehenden Person ab (s. Tab. 2.5). Neben einer resilienten Reaktion ohne eine emotionale Belastung nach dem Ereignis und einer normalen Stressreaktion mit einer nicht behandlungsbedürftigen Phase der emotionalen Belastung nach dem Ereignis unterscheiden sie eine pathologische Stressreaktion.

Tab. 2.5: Modell der unterschiedlichen Reaktionen auf stressreiche Ereignisse

Zeit	Resiliente Reaktion	Normale Stressreaktion	Pathologische Stressreaktion
Vor dem Ereignis	Ausgeglichenheit	Ausgeglichenheit	Ausgeglichenheit (oder Unruhe vor dem Ereignis)
Während des Ereignisses	emotionale Beunruhigung	Phase „Aufschrei“	anhaltende oder intensivierte Phase des Aufschreis
Nach dem Ereignis	Ausgeglichenheit	Phase „Verleugnung“ Phase „Intrusion“ Kombination von „Verleugnung“ und „Intrusion“, „Durcharbeiten“ mit einer Reduktion der „Verleugnung“ und „Intrusion“ Ausgeglichenheit	exzessive oder anhaltende Verleugnung, Verdrängung, Dissoziation exzessive oder anhaltende Intrusionen oder Zustände der Überflutung Kombination von „Verleugnung“ und „Intrusion“ ohne einer Reduktion im Laufe der Zeit Reschematisierung in ein pathologisches Gleichgewicht

Die Art der pathologischen Stressreaktion hängt laut Horowitz et al. (1993) neben der Art des Ereignisses, der Platzierung im Lebenslauf im Bezug auf andere stressreiche Lebensereignisse und neben sozialen und physischen Umweltbedingungen von der vorhandenen Persönlichkeitsstruktur der Person ab.

Sie gehen davon aus, dass Personen, die sowohl Widersprüche in ihrem Beziehungsschema über den Verstorbenen aufweisen als auch dazu neigen unerwünschte

Gefühle übermäßig zu unterdrücken, eher eine pathologische Trauerreaktion entwickeln. Schemata enthalten eine Menge an Informationen über die Rolle der Person in Beziehungen und Handlungsstrategien in Interaktionen und helfen einer Person zu generalisieren und sich zu organisieren. Nach Horowitz (1990) erfolgt bei der Trauer eine Reschematisierung des Schemas, das die Beziehungsinformationen zu dem Verstorbenen enthält. Die Reschematisierung führt zu einer Aktivierung der Widersprüche und die Diskrepanz der widersprüchlichen Schemata führt zu starken und schmerzhaften Gefühlen, die eine Modifikation des Schemas erschweren und zu vermehrten Trauerreaktionen führen können.

Bezogen auf die Trauer spezifiziert Horowitz (1997, S. 115) die Reaktionen auf stressreiche Lebensereignisse in eine normale Reaktion und eine pathologische Intensivierung (s. Tab. 2.6).

Tab. 2.6: Normale Reaktionen auf Trauer und ihre pathologische Intensivierung

Phase	Normale Reaktion	Pathologische Intensivierung
Sterben	emotionaler Ausdruck und unmittelbares Coping mit dem Sterbeprozess	vermeidend, überwältigt, benommen, verwirrt, selbstbestrafend, unangemessen feindlich
Tod und Aufschrei	emotionaler Ausbruch bei der Nachricht des Todes und Hilfesuchendes Verhalten oder Rückzug mit Selbsthilfe	Panik, dissoziative Reaktionen, reaktive Psychosen
Verleugnung	Vermeidung von Dingen, die an das Ereignis erinnern, sozialer Rückzug, Fokussierung auf andere Dinge, emotionale Betäubung, kein Nachdenken über die Folgen des Todes für die eigene Person oder über bestimmte Themen	maladaptive Vermeidung der Konfrontation mit den Folgen des Todes, Alkohol- oder Drogenmissbrauch, ekstatische Zustände, sexuelle Freizügigkeit, Fugue, phobische Vermeidung, Gefühl tot oder unreal zu sein

Intrusionen	intrusive Erlebnisse inklusive der Rückerinnerung an negative Beziehungserfahrungen mit dem Verstorbenen, schlechte Träume, Konzentrationsschwierigkeiten, zwanghafte Wiederholungen	Überflutung mit negativen Bildern und Emotionen, unkontrolliertes Gedankenauftauchen, selbstschädigende zwanghaft wiederholte Handlungen, Pavor nocturnus, andauernde Albträume, Verstörung durch intrusive Gefühle des Ärgers, der Angst, der Verzweiflung, der Scham oder der Schuld, physiologische Erschöpfungszustände durch Hyperarousal
Durcharbeiten	Rückerinnerungen an den Verstorbenen und Nachdenken über die eigene Person mit reduzierter Aufdringlichkeit der Erinnerungen und Fantasien, erhöhte rationale Akzeptanz, reduzierte Betäubtheit und Vermeidung, dosierte Rückerinnerungen und ein Gefühl des Durcharbeitens des Verlusts	Eindruck, den Tod nicht in die Sicht von sich selbst und von dem weiteren Leben integrieren zu können, andauernd abgewehrte Themen können sich als ängstliche, depressive, wütende, beschämte oder schuldige Stimmungen manifestieren, psychophysiologische Syndrome
Abschluss	Reduktion der emotionalen Ausschläge mit einem Gefühl der Selbst-Kohärenz und der Bereitschaft für neue Beziehungen, Fähigkeit positive Gemütsverfassungen wahrzunehmen	Das Scheitern beim Abschluss der Trauer kann einhergehen mit einer Unfähigkeit zu arbeiten oder Gefühle oder positive Gemütszustände wahrzunehmen

Bereits einige Jahre früher wurden von Parkes und Weiss (1983) sieben spezifische Trauerphasen beschrieben (anfängliche Vermeidung und Verleugnung des Verlusts, Alarmreaktionen wie Angstzustände, Unruhe und physiologische Beschwerden, Suchen nach der verstorbenen Person, Ärger- und Schuldgefühle, Verlustgefühle, Übernahme von Verhaltensweisen des Verstorbenen und Akzeptanz und Loslösung), die sich auch gut in das Stress-Response-Modell von Horowitz übertragen lassen.

Im Unterschied zu früheren Diagnoseansätzen mit multiplen Kategorien pathologischer Trauer (z.B. Lindemann, 1944; Parkes & Weiss, 1983; Rando, 1992; Raphael, 1983) erlaubt dieses Modell, das das Vorhandensein unterschiedlicher Ausmaße an Emotionalität und Beschäftigung mit dem Verlust ermöglicht, die Zusammenfassung der unterschiedlichen Formen der Trauerreaktionen unter eine Diagnose der pathologischen Trauer.

Horowitz et al. (1984) identifizierten drei Symptomgruppen, die Trauernde mit anhaltenden Trauerreaktionen zeigten: Intrusionen, Vermeidung und Anpassungsprobleme an das Verlustereignis. Anhand einer Studie an 70 verwitweten Personen sechs und 14 Monate nach dem Todesereignis leiteten Horowitz et al. (1997) aus 30 trauerbezogenen Symptomen, die sich den oben genannten Symptomgruppen zuordnen lassen, verschiedene Kernsymptome als Diagnosekriterien für komplizierte Trauer (s. Tab. 2.7) ab.

Tab. 2.7: Die vorgeschlagenen Diagnosekriterien für komplizierte Trauer nach Horowitz et al. (1997)

A: Ereigniskriterium
Trauer (Verlust eines Ehepartners, anderen Verwandten oder Intimpartners) vor mindestens 14 Monaten
B: Anzeichen und Symptomkriterien
Im letzten Monat mindestens 3 der folgenden 7 Symptome in einer Intensität, die das alltägliche Handeln beeinträchtigt
Intrusive Symptome
1. ungewollte Erinnerungen oder intrusive Phantasien im Zusammenhang mit der verlorenen Beziehung
2. Schmerz und heftige Emotionen bzgl. der verlorenen Beziehung
3. starke Sehnsucht oder Wünsche, dass der Verstorbene noch am Leben wäre
Anzeichen von Vermeidung und Anpassungsproblemen
4. starke Gefühle der Einsamkeit oder einer inneren Leere
5. exzessives Vermeiden von Personen, Plätzen oder Aktivitäten, die an den Verstorbenen erinnern
6. Schlafstörungen
7. Verlust des Interesses an beruflichen, sozialen, fürsorglichen oder erholsamen Aktivitäten in einem bedeutenden Ausmaß

2.1.4.4 Epidemiologie und Komorbidität

Angesichts der Tatsache, dass 38 % der Verwitweten in einer Studie von Vauchon, Rogers et al. (1982) und Vauchon, Sheldon et al. (1982) ein Jahr nach dem Todesfall ein hohes Ausmaß an Leid erlebten und auch zwei Jahre nach dem Todesfall noch 26 %, ist daraus zu schließen, dass das 14-Monats-Kriterium in den Diagnosekriterien von Horowitz et al. (1997) nicht zu spät gewählt ist. Auch Zisook, Devaul und Click (1982) untersuchten in einer frühen Studie an einer Population von Trauernden welches trauerbezogene Verhalten aktuell noch gezeigt wurde. Im Durchschnitt lag der Todesfall viereinhalb Jahre zurück und 40 % der Teilnehmer gaben an, beim Gedanken an den Verstorbenen immer noch das Bedürfnis zu haben, zu weinen. Bei 17 % zeigten sich Gefühle von Ärger und Schuld. Es wurde offensichtlich, dass Trauer nicht nach einem bestimmten Zeitintervall endet. Obwohl einige Symptome gehäuft ein bis zwei Jahre nach dem Todesfall auftraten

(vor allem bzgl. dysphorischer Stimmung), blieben viele Symptome und Verhaltensweisen über Jahre bestehen.

Horowitz et al. (1997) fanden in ihrer Studie, dass 41 % der Teilnehmer nach den oben genannten Diagnosekriterien die Diagnose einer komplizierten Trauer erfüllten und dass von diesen wiederum 21 % zusätzlich die Kriterien für eine Major Depression erfüllten. Bei einem hohen Prozentsatz der kompliziert Trauernden (79 %) waren jedoch auch die Kriterien für eine vorangehende Lebenszeit-Diagnose einer Major Depression erfüllt. Die Autoren schlossen daraus, dass eine vorher bestehende Vulnerabilität für eine depressive Episode diese Personen für die Entwicklung einer komplizierten Trauer anfälliger machte. Kein signifikanter Zusammenhang bestand hingegen zwischen der komplizierten Trauer und einem Bericht über eine früher aufgetretene Angststörung.

Bonanno et al. (2007) erhoben in zwei Studien mit den Kriterien von Horowitz et al. (1997) zu drei Zeitpunkten (vier und 18 Monate sowie 30 – 42 Monate nach dem Tod eines Angehörigen) Angaben zur Trauer sowie zu PTBS und Depression. Nach vier Monaten erfüllten 17 % der Teilnehmer die Kriterien einer komplizierten Trauer und nach 18 Monaten 10 %. Zum ersten Messzeitpunkt erfüllten 39 % und zum zweiten Messzeitpunkt 57 % der kompliziert Trauernden weder die Diagnose einer Major Depression noch einer PTBS. In der zweiten Studie, in der Angehörige von Personen, die bei den Anschlägen des 11. September 2001 ums Leben gekommen waren, befragt wurden, erfüllten 39,8 % die Kriterien einer komplizierten Trauer, aber 98,55 % von diesen erfüllten nicht die Kriterien einer Major Depression oder einer PTBS. In beiden Studien stellten die Symptome der komplizierten Trauer neben der Depression und der PTBS einen bedeutsamen Prädiktor zur Vorhersage des allgemeinen Funktionsniveaus dar.

Auch in früheren Studien (z.B. Boelen & van den Bout, 2005; Boelen, van den Bout & de Keijser, 2003; Lichtenthal, Cruess & Prigerson, 2004; Prigerson et al., 1995; Prigerson & Jacobs, 2001; Simon et al., 2007) konnte immer wieder gezeigt werden, dass die Symptome der komplizierten Trauer eine nosologische Einheit darstellen, die sich von Störungen wie Depression, Angst, PTBS und Anpassungsstörungen unterscheiden.

2.2 Die Trauer beeinflussende Faktoren

2.2.1 Bewältigungsverhalten

In Situationen, die als stressreich bewertet werden – und hierzu gehört in besonderem Maße der Tod eines nahe stehenden Angehörigen, kommt Copingstrategien eine besondere Rolle zu. Folkman und Lazarus (1980) unterscheiden zwei Arten von Copingstrategien:

Problemzentriertes Coping tritt überwiegend auf, wenn wahrgenommen wird, dass etwas unternommen werden kann um die Stressursache zu beseitigen.

Emotionszentriertes Coping tritt vor allem in Situationen auf, in denen gegen den Stressor nur wenig oder nichts unternommen werden kann. Folkman und Lazarus zeigten 1985, dass in vielen stressvollen Ereignissen beide Strategien gleichzeitig eingesetzt werden bzw. dass sich im Verlauf der Zeit der Einsatz von problemzentriertem Coping hin zu emotionszentriertem Coping verändert.

Carver, Scheier und Weintraub (1989) unterteilen diese Copingstrategien in weitere Dimensionen: Zum problemzentrierten Coping zählen „Aktive Bewältigung“, „Planen“, „Unterdrückung konkurrierender Aktivitäten“ „Zurückhaltendes Coping“ und das „Aufsuchen instrumenteller Unterstützung“. Zu den emotionszentrierten Strategien lassen sich „Aufsuchen emotionaler sozialer Unterstützung“, „Positive Neubewertung“, „Akzeptanz“, „Verleugnung“ und „Zuwendung zur Religion“ zählen. Sie identifizierten ebenfalls Copingstrategien, die weniger hilfreich zu sein scheinen, wie „Aufmerksamkeit auf und Ausdruck von Emotionen“, „Resignation“, „Ablenkung“ und „Substanzmissbrauch“.

2.2.1.1 Problemzentriertes versus emotionszentriertes Coping

Während früher (z.B. Marris, 1958; Parkes & Weiss, 1983) davon ausgegangen wurde, dass das mangelnde „Durcharbeiten“ der Trauer durch Verleugnung oder Verdrängung langfristig zu emotionalen Schwierigkeiten führe, zogen Wortman und Silver (1989) in ihrem Review den Schluss, dass frühe Anzeichen eines intensiven „Durcharbeitens“ der Trauer auf nachfolgende Bewältigungsschwierigkeiten hinweisen könnten. In ihrer eigenen Studie an Eltern, die einen plötzlichen Kindstod zu bewältigen hatten, fanden Silver und Wortman (1988, zitiert in Wortman & Silver, 1989) heraus, dass die Eltern, die einen starken Prozess des Durcharbeitens drei Wochen nach dem Tod des Säuglings aufzeigten, 18 Monate später mehr psychische Belastungen aufwiesen. „Durcharbeiten“ wurde

operationalisiert durch die aktive Anstrengung der Eltern einen Sinn im Verlust zu finden und den Verlust zu verarbeiten.

Als generelle signifikante Prädiktoren für persönliches Wachstum an stressreichen Ereignissen konnten Park, Cohen und Murch (1996) in ihrer Studie die Bewältigungsstrategien positive Neubewertung und Akzeptanz identifizieren. Lehman et al. (1987) gaben an, dass mehr als ein Drittel der verwitweten Personen mehr als vier Jahre nach dem Todesfall Schwierigkeiten hatte, den Tod als Realität zu akzeptieren und dass sie sich, obwohl sie realisiert hatten, dass dies nicht möglich sei, immer noch die Rückkehr der verstorbenen Person vorstellten.

Davis und Nolen-Hoeksema (2001) untersuchten in einer prospektiven Studie, inwieweit Personen, denen es nach einiger Zeit gelingt, in dem Tod einer nahe stehenden Person auch einen Vorteil oder Nutzen zu finden, sich besser an den Verlust anpassen können. Unabhängig vom Ereignis ließ sich der berichtete Nutzen in drei Kategorien einteilen: Wachsen des Charakters, Veränderung der Lebensperspektive, gestärkte Beziehungen oder eine Zunahme des Gefühls der stärkeren Verbindung zu anderen. Das Auffinden eines Vorteils in einer unveränderbaren Situation scheint weniger mit dem Ereignis selbst zu tun zu haben als vielmehr mit der Erfahrung jedes Einzelnen (S. 735). Es zeigte sich auch, dass die Anpassung an den Verlust weniger von der Art des gefundenen Nutzens abhängt als viel mehr vom Vorhandensein desselben. Sie fanden, dass Personen, die in der Lage waren, Nutzen in dem Verlust zu sehen, signifikante Verbesserungen in ihrer emotionalen Anpassung an das Ereignis zeigten.

Stein, Folkman, Trabasso und Richards (1997) fanden, dass ein Jahr nach dem Tod des Partners positive Bewertungen in narrativen Analysen mit einem signifikant erhöhtem psychischen Wohlbefinden und geringeren depressiven Symptomen einhergingen. Maercker et al. (1998) kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Sie konnten in ihrer Studie zur Vorhersage komplizierter Trauer zeigen, dass sich durch den Anteil der positiven Erzählungen über den Verstorbenen von Personen, die vor drei bis sechs Monaten ihren Partner verloren hatten, der Verlauf der Trauer 14 Monate nach dem Todesfall vorhersagen ließ. Personen mit mehr positiven Erzählinhalten zeigten bessere Fortschritte im Trauerprozess. Der Anteil der negativen Erzählungen dagegen hatte keinen signifikanten Einfluss. Die Autoren schlossen daraus, dass kompliziert Trauernde negative Gedanken,

Gefühle und Ideen in ihren Erzählungen im gleichen Ausmaß wie andere Trauernde zeigen, sich aber hinsichtlich des positiven Affekts in ihren Erzählungen unterscheiden.

Bei Bonnano et al. (2002) zeigte sich bei resilienten Trauernden signifikant mehr Akzeptanz des Todes als bei kompliziert Trauernden. Die Autoren gehen davon aus, dass Menschen, deren Weltsicht auch die Akzeptanz des Todes einschließt, eher dazu in der Lage sein dürften, mit dem Tod des Partners umzugehen.

Auch Remmers (2009) fand einen positiven Einfluss von Akzeptanz und positiver Neubewertung auf den Trauerverlauf. Das Ausmaß der Akzeptanz und der positiven Neubewertung drei Monate nach dem Verlust des Ehepartner korreliert signifikant positiv mit allgemeiner Lebenszufriedenheit und negativ mit psychosomatischen und depressiven Symptomen drei, sechs und neun Monate nach dem Todesfall. Außerdem stellte die Akzeptanz einen signifikanten Prädiktor zur Vorhersage der Veränderung depressiver und psychosomatischer Symptome und allgemeiner Lebenszufriedenheit im Trauerverlauf dar.

Bei Schnider, Elhai und Gray (2007) stellte nur die vermeidend emotionale Strategie, zu der Verleugnung, Selbstvorwürfe, Ablenkung, Resignation und Substanzmissbrauch gehören, einen signifikanten Prädiktor der komplizierten Trauer dar. In diese Studie wurden aber auch Angaben von Personen einbezogen, die den Verlust einer anderen nahe stehenden Person wie z.B. eines Freundes betrauernten, zu dem nicht unbedingt eine so intensive Beziehung wie zu einem Partner bestanden haben muss.

Wie langwierig der Prozess der Akzeptanz und der Annahme der Realität sein kann, zeigten Shuchter und Zisook (1993) in ihrer Studie an verwitweten Hinterbliebenen. Nach zwei Monaten fiel es 70 % der Teilnehmer schwer zu glauben, dass der Verstorbene tatsächlich tot sei, und dies galt auch noch für ca. 50 % im zweiten Trauerjahr.

Die vorangegangenen Studien zeigen, dass problemzentriertes Coping bei der Bewältigung von Trauer nicht unbedingt hilfreich zu sein scheint.

Es ist aber zu vermuten, dass die Fähigkeit, Bewältigungsstrategien einzusetzen wie die Akzeptanz eines so stressreichen und negativen Ereignisses und die positive Neubewertung dieses Ereignisses, die Entwicklung einer komplizierten Trauerreaktion vorhersagen kann (s. Abb. 2.3).

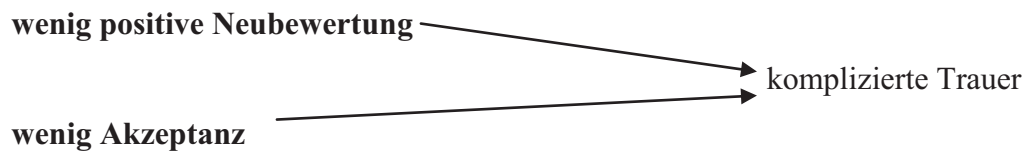


Abb. 2.3: Erwartete Wirkung der Copingstrategien auf die komplizierte Trauer

2.2.1.2 Exkurs: Soziale Unterstützung

Rogers, Hansen, Levy, Tate und Sikkema (2005) fanden in ihrer Studie an HIV-infizierten Menschen, die den Verlust einer nahe stehenden Person betraueren, keinen signifikanten Zusammenhang zwischen aktivem Coping und sozialer Unterstützung. Es zeigte sich aber ein negativer Zusammenhang zwischen vermeidendem Coping und sozialer Unterstützung. Die Abwesenheit von sozialer Unterstützung geht mit vermeidenden Copingstrategien einher. W. Stroebe, Zech, M. Stroebe und Abakoumkin (2005) fanden, dass soziale Unterstützung – auch wenn sie im Einzelfall als hilfreich erlebt wird – weder den Einfluss des Verlusts abzuschwächen noch den Verlauf der Trauer zu beschleunigen scheint. Auch in anderen Studien (z.B. Folkman, Chesney, Collette, Boccellari & Cooke, 1996; Remmers, 2009; W. Stroebe, M. Stroebe, Abakoumin & Schut, 1996; W. Stroebe et al., 2005) zeigte sich kein schützender Einfluss sozialer Unterstützung auf die Entwicklung depressiver Symptome nach dem Todesfall.

Im Gegensatz dazu stellten Nolen-Hoeksema & Larson (1999) fest, dass die Suche nach sozialer Unterstützung mit einer Abnahme von Depression und Stress einhergeht. Sie hat allerdings als Copingstrategie nicht einen so großen Einfluss wie andere Copingstrategien.

Brown, Brown, House und Smith (2008) untersuchten den Einfluss von durch den Trauernden gespendeter sozialer Unterstützung an andere auf die depressiven Symptome. Sie fanden keine Hinweise darauf, dass ein erhöhtes Hilfeverhalten oder der Erhalt sozialer Unterstützung vor dem Todesfall vor der Entwicklung einer depressiven Trauerreaktion schützt. Es zeigte sich jedoch bei den Menschen, die sechs Monate nach dem Todesfall unter einer starken Trauerreaktion litten und über Hilfeverhalten berichteten, im folgenden Jahr eine signifikante Abnahme depressiver Symptome. Für Trauernde, die unter einer weniger starken Ausprägung der Trauerreaktion litten, traf dies nicht zu. Die Studie offenbarte jedoch auch, dass Hilfeverhalten nicht generell als etwas Positives angesehen werden kann, da sich die Pflege des Partners vor dessen Tod als Prädiktor für eine schlechtere Erholung von dessen Tod erwies.

Die Forschung zum Einfluss der sozialen Unterstützung auf die Trauer führt zu vielen widersprüchlichen Ergebnissen, es kann also nicht von einer generell positiven Beeinflussung des Trauerverlaufs durch soziale Unterstützung ausgegangen werden.

2.2.2 Optimismus

In Abhängigkeit davon, ob eher eine pessimistische oder eher eine optimistische Grundhaltung vorliegt, werden eher pessimistische oder optimistische Erwartungen für die Zukunft abgeleitet.

Scheier und Carver (1985) sehen Optimismus als stabile Persönlichkeitseigenschaft, die beeinflusst, wie Menschen mit stressvollen Lebensereignissen umgehen. Optimisten zeigen z.B. weniger körperliche Symptomatik in stressigen Situationen (Scheier & Carver, 1985). Scheier, Weintraub und Carver (1986) gingen allerdings davon aus, dass Optimismus einen Einfluss darauf nimmt, welche Copingstrategien Menschen auswählen, um mit Stress umzugehen. Bei Carver et al. (1989) zeigte sich, dass Optimisten mehr effektive Copingstrategien anwenden als Pessimisten. Optimismus korrelierte vor allem dann hoch mit problemzentriertem Coping, wenn die wahrgenommene Kontrollierbarkeit der Situation hoch war (Scheier et al., 1986). Optimismus korrelierte ebenfalls hoch mit emotionszentriertem Coping, hier vor allem mit positiver Neubewertung und Suche nach sozialer Unterstützung. Ein negativer Zusammenhang besteht zwischen Optimismus und Vermeidung. Nur in unkontrollierbaren Situationen zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Optimismus und Akzeptanz. Daraus wäre zu schließen, dass optimistische Menschen in einer unkontrollierbaren Situation wie dem Tod des Partners den Verlust besser akzeptieren können.

Auch Nolen-Hoeksema und Larson (1999) kamen zu diesem Ergebnis. Optimisten wandten auch mehr adaptive Copingstrategien wie z.B. Neubewertung an. Optimismus zum Zeitpunkt einen Monat nach dem Tod konnte Depressivität nach 13 und 18 Monaten vorhersagen. Dispositionelle Optimisten waren signifikant weniger depressiv und niedergeschlagen, sie zeigten mehr Problemlöseverhalten, mehr Neubewertung und emotionalen Ausdruck sowie weniger Rumination und vermeidendes Coping als Pessimisten. Eine Studie von O'Rourke (2004) ergab signifikante Zusammenhänge zwischen dispositionellem Optimismus und Lebenszufriedenheit und der Abwesenheit von psychischen Symptomen.

Davis et al. (1998) gingen davon aus, dass Optimisten mehr positive Erwartungen von ihrer Zukunft haben und dadurch eher dazu tendieren sollten, in Stresssituationen eine

positive Neubewertung der Situation zu versuchen. Optimismus erwies sich hier als signifikanter Prädiktor für die Suche nach Vorteilen im Verlust. Auch bei Park et al. (1996) zeigten sich signifikante Korrelationen zwischen Optimismus und den Skalen „Positive Neubewertung“ und „Akzeptanz“ des COPE (Carver et al., 1989). Remmers (2009) konnte diese Ergebnisse replizieren und fand außerdem signifikante Korrelationen zwischen Optimismus und allgemeiner Lebenszufriedenheit. Er konnte allerdings auch zeigen, dass der Zusammenhang zwischen Optimismus und der Ausprägung von Symptomen während des Trauerverlaufs maßgeblich durch die angewandte Bewältigungsstrategie, vor allem Akzeptanz, vermittelt wird.

In der Studie von Rogers et al. (2005) an HIV-infizierten Menschen, die einen nahe stehenden Menschen verloren haben, zeigte sich, dass sich Optimismus durch aktives Coping und depressive Symptome hervorsagen lässt.

Optimismus sollte sowohl einen direkten Einfluss auf komplizierte Trauer aufweisen als auch für diese unkontrollierbare Situation über positive Neubewertung und Akzeptanz die Trauer beeinflussen (s. Abb. 2.4).

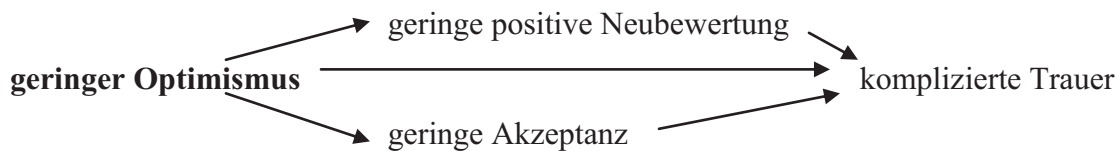


Abb. 2.4: Erwartete direkte und indirekte Wirkung des Optimismus auf die komplizierte Trauer

2.2.3 Weitere Persönlichkeitsvariablen

Bezüglich des Zusammenhangs unterschiedlicher Persönlichkeitsstile und erfolgreicher Bewältigung des Verlusts gibt es noch verhältnismäßig wenige Studien.

2.2.3.1 Neurotizismus, Offenheit und Gewissenhaftigkeit

W. Stroebe und M. Stroebe (1987) zeigten, dass emotional instabile, unsichere oder ängstliche Personen dazu tendieren, weniger adaptiv den Verlust zu bewältigen. Emotionale Stabilität (geringer Neurotizismus) kann also eine Ressource bei Verlust des Partners darstellen, die vor zu starker Destabilisierung durch den Tod schützt (W. Stroebe & M. Stroebe, 1987; Wijngaards-de Meij et al., 2007). Andere mögliche Schutzfaktoren

stellen Gewissenhaftigkeit, Verträglichkeit, Offenheit für neue Erfahrungen, Introspektionsfähigkeit und wahrgenommene Zuversicht in die eigene Bewältigungsfähigkeit dar (Lund et al., 1985; nach Bonanno et al., 2002).

Wijngaards-de Meij et al. (2007) zeigten in ihrer Studie an verwaisten Eltern, dass Neurotizismus einen größeren Teil der Varianz von Trauer und Depression aufklärt als die Bindungsstile „ängstlich“ und „vermeidend“. Auch nach Meuser und Marwit (2000) steht Neurotizismus mit einer schlechteren Anpassung an einen Verlust in Verbindung. Diener, Emmons, Larsen und Griffin (1985) fanden einen negativen Zusammenhang zwischen Neurotizismus und Lebenszufriedenheit. In einer Studie von Robinson und Marwit (2006) an trauernden Müttern fand sich ein stärkerer direkter Einfluss durch Neurotizismus auf die Trauer als über emotionsorientierte, prozessorientierte oder vermeidungsorientierte Copingstrategien als Vermittler.

Ogrodniczuk, Piper, Joyce, McCallum und Rosie (2003) konnten in ihrer Studie Zusammenhänge zwischen Gewissenhaftigkeit und Offenheit mit einem guten Behandlungsergebnis durch Gruppentherapie bei komplizierter Trauer aufweisen, Neurotizismus dagegen stand mit einem schlechteren Behandlungsergebnis in Zusammenhang.

Neurotizismus, Offenheit für neue Erfahrungen und Gewissenhaftigkeit sollten die Entwicklung einer komplizierten Trauerreaktion direkt beeinflussen.

Je neurotischer eine Person ist, desto größer dürfte die Gefahr sein, dass diese Person bei Verlust des Partners eine komplizierte Trauerreaktion entwickelt. Ein hohes Ausmaß an Gewissenhaftigkeit sowie Offenheit für neue Erfahrungen dagegen sollte einen Schutzfaktor darstellen (s. Abb. 2.5).

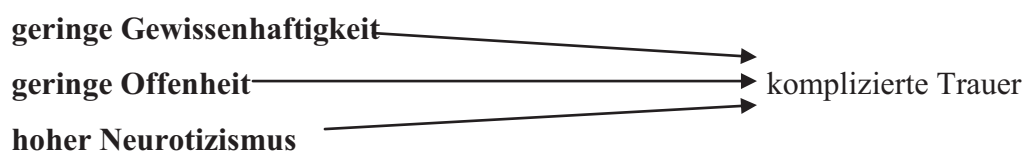


Abb. 2.5: Erwartete Wirkung von Gewissenhaftigkeit, Offenheit und Neurotizismus auf komplizierte Trauerreaktionen

2.2.3.2 Kontrollüberzeugungen

Mit der Entwicklung seiner sozialen Lerntheorie vertrat Rotter (1954) die Position, dass die Persönlichkeit eine Interaktion des Individuums mit seiner Umwelt repräsentiert. In seinem Konzept des „Locus of control“ geht Rotter von zwei unterschiedlichen Kontrollüberzeugungen aus, die die Zuschreibung von Verstärkungen, die eigenen Handlungen folgen, beschreiben:

Personen mit einer internalen Kontrollüberzeugung nehmen die Verstärkungen, die dem eigenen Handeln folgen, als kontingent zum eigenen Verhalten wahr.

Personen mit einer externalen Kontrollüberzeugung sehen die Verstärkung, die eigenen Handlungen folgt, nicht im Zusammenhang mit der eigenen Handlung, sondern als abhängig von Zufall, Glück oder anderen Personen.

Im Sinne der Theorie der gelernten Hilflosigkeit von Seligmann (1979) sollte es dann bei einer geringen internalen Kontrollüberzeugung bei dem Verlust des Partners eher zu depressionsähnlichen Symptomen von Hilflosigkeit kommen.

Laut Krampen (1982) sind Personen mit hoher externaler Kontrollüberzeugung u.a. gekennzeichnet durch eine stärkere Ausprägung von Neurotizismus, Hoffnungslosigkeit und Angst. Menschen mit internalen Kontrollüberzeugungen dagegen vertrauen eher auf ihre Bewältigungsmöglichkeiten und bedienen sich eher konstruktiver Bewältigungsstrategien (nach Krampen, 1982). „Vereinfacht kann (...) gesagt werden, dass Externalität eher mit psychischer Desregulation, emotionaler Labilität und klinischer Pathologie allgemein kovariert“ (Krampen, 1982, S. 135).

Generell zeigten sich Personen, die einen Partner verloren haben, weniger davon überzeugt, mit schwerwiegenden Problemen oder großen Veränderungen in ihrem Leben umgehen zu können im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (Lehman et al., 1987).

W. Stroebe et al. (1988) konnten in ihrer Studie nachweisen, dass ein unerwarteter Todesfall bei Personen mit geringen internalen Kontrollüberzeugungen über ihr Leben in hoher Depression und somatischen Beschwerden resultiert. Geringere Beschwerden zeigten sich bei Personen mit hohen internalen Kontrollüberzeugungen. Kontrollüberzeugungen könnten so als Moderatorvariablen auf die Entwicklung einer komplizierten Trauerreaktion Einfluss nehmen. Vor allem die Kombination von geringen internalen Kontrollüberzeugungen und unerwartetem Todesfall scheint einen Risikofaktor darzustellen.

Schwartzberg und Janoff-Bulmann (1994) stellten in ihrer Untersuchung an Studenten, die einen Elternteil verloren hatten, fest, dass im Vergleich zu einer Kontrollgruppe diese Studenten stärker daran glaubten, dass Lebensereignisse nach dem Zufallsprinzip eintreten. Die Personen, die eine größere Trauerintensität angaben, waren auch stärker davon überzeugt, dass Ereignisse zufällig eintreten oder von Personen in mächtigeren Positionen beeinflusst werden.

Bonanno et al. (2002) fanden, dass chronisch trauernde Menschen signifikant höhere Werte bzgl. des Glaubens in die Unkontrollierbarkeit negativer Ereignisse aufwiesen als Menschen, die nicht chronisch trauerten. Dieses Ergebnis stützt die Vermutung, dass komplizierte Trauerreaktionen durch die Art der vorhandenen Kontrollüberzeugungen vorhersagbar sind. Ebenso sollte die komplizierte Trauerreaktion über den Einfluss der Kontrollüberzeugungen auf die depressiven Symptome vorhersagbar sein.

Burke, Shrout und Bolger (2007) gehen davon aus, dass Trauernde, die bereits vor dem Verlust nur ein geringes Zutrauen in ihre eigene Effektivität – hinsichtlich ihrer Fähigkeit Bewältigungsstrategien einzusetzen – aufweisen, mehr depressive Symptome aufweisen, als die, die sich auch trotz schwieriger Umstände in der Lage sehen, ihre Strategien einzusetzen.

Kontrollüberzeugungen sollten mit dem Vorhandensein einer komplizierten Trauerreaktion in Zusammenhang stehen. Geringe internale und starke externale Kontrollüberzeugungen treten vermutlich überwiegend bei Personen mit einer komplizierten Trauer auf (s. Abb. 2.6).



Abb. 2.6: Erwartete Wirkung der Kontrollüberzeugungen auf die komplizierte Trauer

2.2.3.3 Resilienz

Für resilientes Verhalten besteht kein allgemeingültig definiertes Konzept. Resilienz kann sowohl die Abwesenheit von psychopathologischen Symptomen, anhaltenden Stressreaktionen oder maladaptiven Bewältigungsstrategien bedeuten, aber auch ein überdurchschnittliches Coping über die lebenszeitliche Entwicklung hinweg (Agaibi &

Wilson, 2005). Eine weitere Möglichkeit der Definition sahen u.a. Schumacher, Leppert, Gunzelmann, Strauß und Brähler (2005) mit der Resilienz als „relative[r] Widerstandsfähigkeit gegenüber pathologischen Umständen und Ereignissen“ (S. 17). Masten und Obradovic (2008) beschreiben Resilienz als ein Phänomen, das auf drei unterschiedliche Arten und Weisen auftreten kann: Zum einen, indem Hochrisikogruppen eine bessere Bewältigung zeigen als erwartet. Zum anderen, indem in stark belastenden Situationen Kompetenzen entwickelt werden oder die Funktionsfähigkeit aufrecht erhalten wird. Und zum dritten, indem nach einer Phase von traumatischen Erfahrungen oder überwältigenden Belastungen wieder ein normales Funktionsniveau erreicht wird. Schumacher et al. (2005) fanden in ihrer Studie signifikant positive Korrelation zwischen Resilienz als flexibler psychischer Widerstandsfähigkeit und Selbstwirksamkeitserleben als einer „hohe[n] optimistische[n] Kompetenzerwartung, also das Vertrauen darauf, schwierige Situationen meistern zu können, wobei der Erfolg der eigenen Kompetenz zugeschrieben wird“ (S. 21f.).

Bonanno et al. (2002) fanden, dass sich bei resilienten Trauernden eine deutlich bessere Akzeptanz des Todes findet als bei weniger resilienten Menschen. Die Ergebnisse von Schumacher et al. (2005) lassen vermuten, dass auch positive Korrelationen zwischen Resilienz, Optimismus und Kontrollüberzeugung vorliegen. Neben dem Alter spielte in dieser Studie auch Resilienz eine wichtige Rolle als Prädiktor für körperliche Beschwerden.

Bei Leppert, Gunzelmann, Schumacher, Strauß und Brähler (2005) zeigte sich, dass ein höheres Ausmaß an Resilienz mit einer höheren Lebenszufriedenheit und geringeren subjektiven Beschwerden einhergeht. Ältere Frauen weisen eine geringere Resilienz auf als Männer und scheinen demnach ein höheres Risiko für die Entwicklung einer komplizierten Trauerreaktion aufzuweisen.

Es ist zu vermuten, dass Resilienz mit komplizierter Trauer in Zusammenhang steht. Je höher die Resilienz eines Menschen ausgeprägt ist, desto geringer sollte das Risiko für eine komplizierte Trauerreaktion sein (s. Abb. 2.7). Menschen mit einer komplizierten Trauerreaktion sollten sich bzgl. ihrer psychischen Widerstandsfähigkeit von Menschen mit einfachen Trauerreaktionen unterscheiden.



Abb. 2.7: Erwartete Wirkung der Resilienz auf die komplizierte Trauer

2.2.3.4 Lebenszufriedenheit

Diener (1984; 2000) geht in seiner Theorie zum subjektiven Wohlbefinden davon aus, dass sich dieses aus zwei Hauptkomponenten zusammensetzt: der emotionalen Komponente und der kognitiv-evaluativen Komponente. Während die erste Komponente mit den Teilbereichen „Positiver Affekt“, „Negativer Affekt“ und „Glück“ das subjektive emotionale Wohlbefinden darstellt, umfasst die zweite Komponente die globale Lebenszufriedenheit. Diener geht davon aus, dass die globale Lebenszufriedenheit als Trait relativ überdauernd und zeitstabil ist.

Shu, Diener und Fujita konnten 1996 in ihrer Studie an Studenten zeigen, dass das subjektive Wohlbefinden zwar durch kritische Lebensereignisse beeinflusst wird, dass es jedoch nach relativ kurzer Zeit wieder zum individuellen Ausgangswert zurückkehrt. So konnten sie nachweisen, dass sich der Einfluss vieler Lebensereignisse in weniger als drei Monaten wieder reduziert.

Winter, Lawton, Casten und Sando (2000) fanden dagegen in ihrer Studie an älteren Menschen, dass Verwitwung im Gegensatz zu anderen Lebensereignissen einen anhaltenden Einfluss auf die Lebenszufriedenheit aufweist.

Auch Berg (2008) fand, dass der Verlust des Partners bei über 80-Jährigen mit einer dauerhaft geringeren Lebenszufriedenheit einhergeht. Dieser Effekt trat deutlicher für die Männer auf, was die Autorin darauf zurückführt, dass Männer durchschnittlich später verwitwen, weniger soziale Unterstützung haben und vor allem Männer in älteren Generationen durch starrere Rollenverteilung mehr praktische Schwierigkeiten im Alltag erleben.

Lucas, Clark, Georgellis und Diener (2003) fanden, dass die Lebenszufriedenheit nach dem Partnerverlust sich zwar insgesamt über einen langen Zeitraum hinweg wieder dem Ausgangszustand wie vor dem Verlust annähert, diesen jedoch in vielen Fällen nicht mehr erreicht. Sie weisen auch darauf hin, dass eine Berechnung der Lebenszufriedenheit über alle Teilnehmer darüber hinweg täuscht, dass es große Unterschiede zwischen den Teilnehmern bzgl. ihrer Lebenszufriedenheit gibt. So gibt es viele Menschen, die eine sehr

gute Anpassungsleistung zeigen, aber auch Menschen, bei denen sich keine Anpassung an den Verlust im Hinblick auf die Lebenszufriedenheit abzeichnet.

Neben dem Alter scheint bei der Lebenszufriedenheit auch die Rolle der verstorbenen Personen für den Hinterbliebenen einen Einfluss zu haben.

Bei Lehman et al. (1987) zeigte sich, dass Personen, deren Partner verstorbenen war, eine signifikant geringere Lebenszufriedenheit angaben als eine Kontrollgruppe, dass dies jedoch nicht für Personen zutraf, die ein Kind verloren haben.

Lebenszufriedenheit korrelierte in einer Studie von Diener et al. (1985) negativ mit Neurotizismus und ebenfalls negativ mit psychischen Symptomen (Arrindell, Meeuwesen, & Huyse, 1991), dagegen signifikant positiv mit Optimismus (O'Rourke, 2004), von dem ebenfalls wie oben erläutert ein direkter und indirekter Einfluss auf die komplizierte Trauer vermutet wird. Depressive Symptome und Lebenszufriedenheit weisen eine signifikante negative Korrelation auf (Blais, Vallerand, Pelletier & Briere, 1989).

Die Ausprägung der globalen Lebenszufriedenheit scheint die Ausbildung einer komplizierten Trauerreaktion bei Verlust des Partners zu beeinflussen (s. Abb. 2.8). Einfach Trauernde scheinen insgesamt deutlich zufriedener zu sein mit ihrem Leben.

geringe Lebenszufriedenheit —————> komplizierte Trauer

Abb. 2.8: Erwartete Wirkung der Lebenszufriedenheit auf komplizierte Trauerreaktionen

2.2.4 Geschlechtsunterschiede

2.2.4.1 Bewältigungsstrategien

Endler und Parker (1990) untersuchten, ob es Unterschiede in der Anwendung verschiedener Bewältigungsstrategien zwischen Männern und Frauen gibt und fanden, dass Frauen mehr emotionsorientierte und mehr an Vermeidung orientierte Copingstrategien einsetzten als Männer. Ptacek, Smith und Zanas (1992) konnten dieses Ergebnis bestätigen und fanden zusätzlich, dass Männer generell mehr problemfokussierte Bewältigungsstrategien einsetzen.

In einer späteren Studie fanden M. Stroebe und W. Stroebe (1991), dass auch bzgl. der Effektivität angewandter Bewältigungsstrategien in Trauersituationen

Geschlechtsunterschiede bestehen. Männer, die Vermeidungsstrategien anwandten, leiden mehrere Monate nach dem Todesfall unter höherer Depressivität, während dies für Frauen, die diese Strategie anwandten, nicht zutrifft. Bei Witwen machte es kaum einen Unterschied, ob sie eine eher vermeidende oder konfrontierende Bewältigungsstrategie anwandten.

Im Gegensatz zu den Ergebnissen von Endler und Parker (1990), die sich mit der Bewältigung stressreicher Situationen generell beschäftigten, fand Remmers (2009) in seiner Studie an Verwitweten, dass sich Männer und Frauen drei und sechs Monate nach dem Verlust des Ehepartners nur bezüglich der problemfokussierten Strategie des Aufsuchens instrumenteller Unterstützung unterschieden. Hier waren es die Frauen, die häufiger diese Form der Unterstützung suchten. Bezüglich der anderen eingesetzten Copingstrategien (aktive Bewältigung, Akzeptanz, positive Neubewertung, Ausdruck von Gefühlen) zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

2.2.4.2 Psychische Probleme

Bezüglich der Ausprägung psychischer Symptome in Abhängigkeit vom Geschlecht der Trauernden gibt es ebenfalls unterschiedliche Ergebnisse.

In einer frühen Studie zu Geschlechtsunterschieden bzgl. Depressivität stellte Radloff 1975 fest, dass verwitwete Männer depressiver sind als verwitwete Frauen, während ansonsten Frauen generell depressiver sind als Männer. M. Stroebe und W. Stroebe (1983) stellen in ihrer Analyse fest, dass, falls Unterschiede in der Trauerreaktion bzgl. Depressivität, psychischer Störungen, körperlicher Krankheit, Mortalität oder Suizidalität zwischen Männern und Frauen bestehen, die Männer diejenigen sind, die anscheinend mehr leiden.

Bebbington (1987) fand, dass verwitwete oder geschiedene Personen häufiger unter affektiven Störungen litten als Singles oder verheiratete Personen. Verwitweten Männern kam dabei ein erhöhtes relatives Risiko im Vergleich zu verwitweten Frauen zu. Bebbington (1987) schloss daraus, dass für die Männer durch die Verwitwung in Bezug auf affektive Störungen eine größere Veränderung eintritt als für Frauen. Hagedoorn et al. (2006) fanden dagegen bei dem berichteten Leiden keine Geschlechtsunterschiede in Abhängigkeit von dem Familienstand.

Thompson et al. (1991) fanden, dass Frauen mehr depressive und psychopathologische Symptome berichteten als Männer, unabhängig davon, ob es sich um Personen handelte,

die ihren Partner verloren hatten oder ein nahe stehendes Familienmitglied. Bezüglich der Trauerreaktion fanden sie dagegen nur minimale Geschlechtsunterschiede. Auch bei Carey (1977) zeigte sich eine bessere Anpassung an den Verlust des Partners nach über einem Jahr für Männer im Vergleich zu den verwitweten Frauen.

Vor allem bezüglich des Auftretens von depressiven Symptomen bei Männern und Frauen sind die Ergebnisse der durchgeführten Studien sehr unterschiedlich. Neben Studien, die eine höhere psychische Belastung bei Männern feststellten, finden sich auch Studien, die keine Unterschiede oder eine höhere Belastung bei Frauen feststellten.

Tendenziell zeichnet sich jedoch ab, dass Männer nach dem Verlust der Partnerin ein höheres relatives Risiko aufweisen eine affektive Störung zu entwickeln. Frauen scheinen dagegen das höhere absolute Risiko zu haben. Obwohl Männer eine stärkere Beeinträchtigung durch den Verlust aufzuweisen scheinen, ist insgesamt eher mit einer höheren Belastung bei Frauen zu rechnen.

2.2.4.3 Körperliche Symptome

Betrachtet man die Entwicklung psychosomatischer Symptome nach dem Todesfall, so fällt zunächst auf, dass Frauen über einen Zeitraum von einem Jahr nach dem Tod des Partners eine signifikant höhere Belastung durch psychosomatische Symptome angeben im Vergleich zu Männern (Remmers, 2009).

Auch Glick, Weiss und Parkes (1974) fanden in ihrer Studie 14 Monate nach dem Todesfall insgesamt höhere Werte der körperlichen Beeinträchtigung für Frauen, zeigten aber, dass nur für Männer ein signifikanter Anstieg im Vergleich zu verheirateten Männern festzustellen war. Goldman, Korenman und Weinstein (1995) fanden, dass verwitwete Personen einen schlechteren gesundheitlichen Zustand aufwiesen als verheiratete Personen, dass aber nur die verwitweten Männer ein deutlich höheres Risiko für funktionale Einschränkungen aufwiesen im Vergleich zu den verheirateten Männern.

In ihrem Review stellten M. Stroebe und W. Stroebe (1993) fest, dass die Mortalitätsrate verwitweter Männer im Vergleich zu verheirateten Männern relativ höher liegt als die von verwitweten Frauen im Vergleich zu verheirateten Frauen. Schaefer, Quesenberry und Soora (1995) fanden, dass das relative Morbiditätsrisiko für sowohl Männer als auch Frauen im ersten Jahr der Verwitwung erhöht ist, dass es aber dann für die Frauen abnimmt, während es für die Männer weiterhin erhöht bleibt.

Verwitung scheint zu einer erhöhten Morbidität und Mortalität für Männer und Frauen zu führen mit einem höheren relativen Risiko für Männer. Es wird erwartet, dass kompliziert Trauernde im Vergleich zu einfach Trauernden einen schlechteren gesundheitlichen Zustand aufweisen und dass dies insbesondere für Männer gilt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass hinsichtlich der Geschlechtsunterschiede die vorliegenden empirischen Studien nicht immer zu übereinstimmenden Ergebnissen kommen vor allem bezüglich der eingesetzten Bewältigungsstrategien. Im Hinblick auf die psychische und körperliche Symptomatik nach dem Tod des Partners zeichnet sich in den unterschiedlichen Studien ab, dass Männer ein höheres relatives Risiko für affektive und körperliche Probleme aufweisen. Oder wie M. Stroebe, W. Stroebe und Schut am Ende ihres Reviews kurz und prägnant formulieren: „Men suffer more“ (2001, S. 78).

2.2.5 Soziodemographische Einflüsse

2.2.5.1 Alter

Im Unterschied zu den Ergebnissen der Resilienzforschung von Leppert et al. (2005) fanden Nolen-Hoeksema und Larson (1999), dass ältere Menschen nach dem Todesfall signifikant weniger depressiv und gestresst waren als jüngere. Sie zeigten weniger maladaptive Bewältigungsstrategien wie Vermeidung und Rumination als Jüngere und auch weniger emotionale Expression. Als mögliche Erklärungen dafür geben die Autoren an, dass ältere Personen mit anderen sozialen Normen aufgewachsen sind: Rumination und Gefühle ausdrücken sind evtl. nicht akzeptable Wege für Ältere um mit dem Tod umzugehen.

Carey fand bereits 1977, dass ältere Verwitwete eine bessere Anpassungsleistung zeigen als jüngere. Dieses Ergebnis wurde jedoch nur für die Frauen signifikant.

Auch Remmers (2009) fand eine signifikant höhere Lebenszufriedenheit nach dem Tod des Partners bei älteren Hinterbliebenen im Vergleich zu jüngeren.

Es wird erwartet, dass ein negativer Zusammenhang zwischen dem Alter und der komplizierten Trauerreaktion besteht. Ältere Menschen sollten weniger häufig eine komplizierte Trauerreaktion aufweisen als jüngere. Das Alter sollte über Depressivität und Lebenszufriedenheit Einfluss auf die komplizierte Trauerreaktion haben (s. Abb. 2.9).

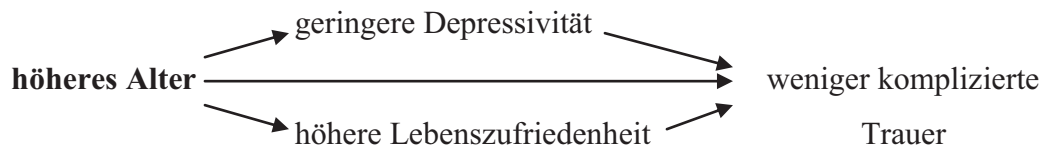


Abb. 2.9: Erwartete Wirkung des Alters auf komplizierte Trauerreaktionen

2.2.5.2 Zeitlicher Abstand vom Todestag

Lucas et al. (2003) formulierten in ihrer Set-Point-Theorie des Glücks, dass, egal ob ein positives oder ein belastendes Ereignis eintritt, der Mensch sich mit der Zeit seinem Ausgangswert bezüglich der Belastungssymptome wieder anpasst. Mit zunehmendem zeitlichen Abstand vom Todestag ist im Sinne dieser Theorie zu erwarten, dass sich durch den Trauerprozess die Einschränkungen in wichtigen Lebensbereichen im Durchschnitt immer weiter zurück entwickeln und der Hinterbliebene eine bessere Anpassung an die alltäglichen Anforderungen zeigt.

Remmers (2009) fand in seiner Studie zwar keine Veränderung der allgemeinen Lebenszufriedenheit zwischen drei und sechs Monaten nach dem Tod des Partners, bemerkte aber einen Rückgang der depressiven Symptome über diese Zeit.

Die Anpassung an den Verlust des Partners scheint spätestens nach vier bis fünf Jahren abgeschlossen zu sein. Die Studie von Lehman et al. (1987) zeigte, dass Personen, die vor vier bis fünf Jahren einen Partner verloren hatten, sich in ihrem Funktionsniveau nicht signifikant von Personen unterscheiden, die vor sechs bis sieben Jahren einen Partner verloren hatten (s. Abb. 2.10).



Abb. 2.10: Erwartete Wirkung des Abstands vom Todestag auf die Trauerreaktion

Es wird erwartet, dass sich der Verlauf einer Anpassung von kompliziert Trauernden von dem normalen Verlauf einer Anpassung einfach Trauernder unterscheidet. Es wird erwartet, dass kompliziert Trauernden die Anpassung nicht so gut gelingt und sie somit im Verlauf signifikant höhere Trauerreaktionen zeigen.

2.2.5.3 Zufriedenheit mit der Partnerschaft

Futterman, Gallagher, Thompson, Lovett und Gilewski (1990) fanden in ihrer Studie an verwitweten und verheirateten Personen, dass die verwitweten Personen die Übereinstimmung in der Ehe positiver einschätzten als die verheirateten. Je besser die verwitweten Teilnehmer die Beziehung einschätzten, desto stärker war die depressive Symptomatik ausgeprägt. Bei den verheirateten Teilnehmern zeigte sich ein gegensätzliches Bild. Je schlechter die Beziehung eingeschätzt wurde, desto höher waren die depressiven Werte.

Burke et al. (2007) dagegen fanden, dass die Qualität der Ehe eine negative Korrelation zu depressiven Symptomen vor und auch nach dem Verlust des Partners aufwies.

Es ist anzunehmen, dass Personen, die ihre Partnerschaft als zufriedenstellend einschätzen, weniger stark unter ihrer Trauerreaktion leiden und dadurch die Gefahr einer komplizierten Trauerreaktion bei ihnen weniger stark ausgeprägt ist (s. Abb. 2.11).

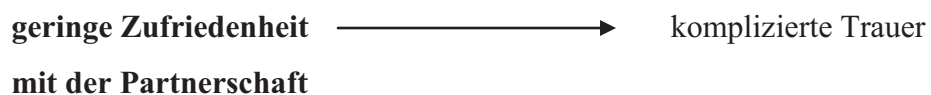


Abb. 2.11: Erwartete Wirkung der Zufriedenheit mit der Partnerschaft auf die komplizierte Trauerreaktion

2.2.5.4 Gläubigkeit

In einer Studie von McIntosh, Silver und Wortman (1993) an verwaisten Eltern korrelierte Religiosität mit der Zuschreibung einer Bedeutung an den Tod des Kindes. Sie war indirekt mit mehr Wohlbefinden und weniger Leiden nach 18 Monaten verbunden. Je mehr Bedeutung Religion für einen Menschen hatte, desto mehr war er fähig, einem negativen Event eine befriedigende Bedeutung zuzuschreiben. Die Fähigkeit, einem Verlust eine Bedeutung zuzuschreiben ging mit einem höheren Wohlbefinden nach drei Wochen einher und weniger Leiden. Religiosität hatte somit einen indirekten Einfluss auf das Wohlbefinden über die Zuschreibung von Bedeutung.

Auch Davis et al. (1998) gehen davon aus, dass ein Faktor, der wahrscheinlich das Ausmaß beeinflusst, in dem Menschen in ihrem Verlust Sinn finden können, die Religiosität bzw. Spiritualität ist. Menschen, die sich als religiös bezeichnen, wenden mehr adaptive Copingstrategien an und versuchen eher eine positive Neubewertung ihrer Situation.

Es ist zu vermuten, dass Personen, die fest im Glauben verwurzelt sind und über ihren Glauben dem Tod eine neue Bewertung zukommen lassen können, weniger häufig eine komplizierte Trauerreaktion entwickeln (s. Abb. 2.12). Es ist zu erwarten, dass sich kompliziert Trauernde als weniger gläubig einschätzen im Vergleich zu einfach Trauernden.

geringe Gläubigkeit  **komplizierte Trauer**

Abb. 2.12: Erwartete Wirkung der Gläubigkeit auf die komplizierte Trauerreaktion

2.2.5.5 Exkurs: Todesursache

Viele Hinterbliebene berichten von ihrer Überzeugung, dass die Art und Weise, wie ihr Angehöriger ums Leben gekommen ist, einen entscheidenden Einfluss auf ihre Trauer und deren Verlauf habe. Betroffene und auch Nicht-Betroffene gehen davon aus, dass z.B. der Suizid oder der unerwartete Tod durch einen Verkehrsunfall eines nahen Angehörigen schwerer zu bewältigen sei als der absehbare Tod eines unheilbar an Krebs erkrankten Menschen.

Die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien können den Einfluss der Todesursache jedoch nicht so eindeutig belegen.

Kaltman und Bonanno (2003) fanden Unterschiede zwischen Personen, die ihren Partner durch einen gewaltsamen oder natürlichen Tod verloren hatten. Erstere zeigten mehr posttraumatische und chronisch depressive Symptome. Auch Zisook, Chentsova-Dutton und Shuchter (1998) kamen zu einem ähnlichen Ergebnis, was darauf hinweisen könnte, dass die Todesursache (gewaltsam vs. natürlich) einen Einfluss auf die Entwicklung einer chronischen Trauerreaktion hat.

Maercker und Langner (2002) fanden dagegen, dass die Hinterbliebenen, für die der Tod unerwartet kam, sich bzgl. der Trauerintensität nicht signifikant von denen unterschieden, die den Tod erwartet hatten. Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Kim und Jacobs (1991). Donnelly, Field und Horowitz (2000) dagegen berichten in ihrer Studie über eine verbesserte Anpassung an den Verlust des Partners bei objektiver Erwartbarkeit des Verlustes.

W. Stroebe et al. (1988) konnten interne Kontrollüberzeugungen als Moderatorvariable ausmachen. Personen, die davon überzeugt waren, wenig Kontrolle über ihr Leben zu

haben, litten bei einem unerwarteten Todesfall vermehrt unter depressiven und somatischen Beschwerden.

Das Ergebnis dieser letzten Studie weist darauf hin, dass vielleicht weniger der Einfluss der Todesursache als solcher von Bedeutung ist, sondern vielmehr die damit im Zusammenhang stehenden Moderatorvariablen wie interne Kontrollüberzeugungen Einfluss auf die Trauerbewältigung nehmen.

2.3 Begleiterscheinungen der Trauer

2.3.1 Depressivität

Eine der häufigsten Begleiterscheinungen mit einer Symptomatik, die der Trauer sehr ähnlich ist, ist die Depression.

Bei einem hohen Prozentsatz (79 %) der kompliziert Trauernden fanden Horowitz et al. (1997) in der Vorgeschichte eine depressive Episode. Die Autoren schlossen daraus, dass eine Vulnerabilität für depressive Erkrankungen die Wahrscheinlichkeit, nach einem Todesfall eine komplizierte Trauerreaktion zu entwickeln, stark erhöht.

In anderen Studien variiert in Abhängigkeit von der Definition der komplizierten Trauer das Vorliegen einer komorbiden Depression zwischen 12 % (Zisook et al., 1994) und 94 % (Kim & Jacobs, 1991). In einer früheren Studie von Lund, Caserta und Dimond (1986) an älteren Trauernden fand sich ein Prozentsatz von 12,5 – 20 %, die zu einem Zeitpunkt in einem Zeitraum von vier Wochen bis zwei Jahre nach dem Todesfall Anzeichen einer depressiven Episode zeigten. Lehman et al. (1987) fanden sogar bei 56 % der Teilnehmer, die ihren Partner durch einen Unfalltod verloren haben, über zwei Jahre nach dem Tod noch depressive Symptome.

Während Trauer auf der einen Seite einen signifikanten positiven Zusammenhang mit depressiven Symptomen zeigt (Middleton, Raphael, Burnett & Martinek, 1997), fanden Blais et al. (1989) dazu passend eine signifikant negative Korrelation zwischen depressiven Symptomen und allgemeiner Lebenszufriedenheit. Zur Vorhersage dieser depressiven Symptome bei Trauernden erwies sich eine geringe Ausprägung von Akzeptanz als Bewältigungsstrategie als bester Prädiktor (Remmers, 2009).

In vielen Studien wurde bereits ein Zusammenhang zwischen komplizierter Trauer und Depressivität festgestellt. Depressivität kann sowohl als eigenständige Reaktion auf den Tod auftreten als auch im Sinne einer Vulnerabilität durch das Vorhandensein von depressiven Episoden in der Vorgeschichte die Wahrscheinlichkeit einer komplizierten Trauerreaktion erhöhen.

2.3.2 Angst

In einer Studie von Jacobs et al. (1990) zeigten 44 % der verwitweten Hinterbliebenen nach 12 Monaten eine Art von Angststörung. Die Prävalenzraten lagen für alle Angststörungen höher als in der Normalbevölkerung, am häufigsten war die Generalisierte

Angststörung vertreten. Die Angststörungen bei den Teilnehmern gingen mit einer starken Trauerreaktion und erhöhter Depressivität einher.

Kaltman und Bonanno (2003) unterschieden in ihrer Studie zu Trauer und Trauma zwischen Personen, die ihren Partner durch einen gewaltsamen Tod (Suizid, Unfall, Tötung) verloren hatten und solchen, deren Partner unter natürlichen Umständen ums Leben kam. Teilnehmer, deren Partner gewaltsam verstorben war, zeigten über 25 Monate hinweg mehr Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Zisook et al. (1998), die Verwitwete zwei Monate nach dem Todesfall befragten. 10 % derer, deren Partner an einer chronischen Krankheit verstarb, und 9 % derer, deren Partner unerwartet starb, erfüllten die Kriterien für eine Posttraumatische Belastungsstörung. Dagegen erfüllten von den Personen, deren Partner einen gewaltsamen Tod (Suizid oder Unfall) starben, 36 % die Kriterien für eine Posttraumatische Belastungsstörung.

2.3.3 Weitere psychische Symptome

Lehman et al. (1987) fanden, dass psychiatrische Symptome wie Zwanghaftigkeit, Ängstlichkeit, Unsicherheit, Depressivität, die sie über den SCL-90-R erfasst haben, bei Frauen, deren Partner bei einem Unfalltod ums Leben gekommen war, signifikant stärker ausgeprägt waren als bei der Normalbevölkerung.

In der Studie von Thompson et al. (1991) zeigte sich, dass Personen, die ihren Partner verloren haben, verglichen mit Personen, die ein nahe stehendes Familienmitglied verloren haben, signifikant mehr psychisches Leid berichten. Die Schwere der Depressivität und der Psychopathologie ging jedoch bei älteren Verwitweten nach 12 Monaten auf das Niveau der Vergleichsgruppe zurück, die Unterschiede in der Trauerreaktion blieben dagegen über 30 Monate nach dem Tod bestehen.

Beem et al. (2000) zeigten in ihrer Untersuchung, dass es zwischen den Zeitpunkten vier und 12 Monate nach dem Tod des Partners zu einer signifikanten Abnahme depressiver, agoraphobischer, ängstlicher und feindseliger Symptome bei Witwen kam.

Hagedoorn et al. (2006) fanden in ihrer Studie an älteren Personen, dass verwitwete Personen eine gute Anpassung an ihre neue Single-Rolle zeigen. Das Ergebnis, dass verheiratete Menschen weniger Leid berichten als verwitwete trifft nur zu, wenn die verheirateten in einer glücklichen und gleichberechtigten Beziehung leben und die verwitweten erst seit kurzem verwitwet sind.

2.3.4 Somatische Veränderungen

Lehman et al. (1987) fanden keine signifikanten Unterschiede bezüglich der physiologischen Gesundheit zwischen trauernden und nicht-trauernden Personen.

In einer Längsschnittstudie an Verwitweten von Bonanno, Znoj et al. (1999) zeigte sich dagegen, dass sich die Trauernden im Verlauf bezüglich ihrer körperlichen Beschwerden unterscheiden. 35 % der Trauernden zeigten milde somatische Symptome über 25 Monate nach dem Tod des Partners hinweg, 23 % eine frühe Erholung von somatischen Symptomen (zwischen dem ersten und zweiten Trauerjahr), 20 % zeigten ein unterschiedliches Muster von somatischen Beschwerden über die Messzeitpunkte und 13 % berichteten auch 25 Monate nach dem Todesfall noch über körperliche Beschwerden. Bonanno stellte in einer weiteren Studie mit seinen Kollegen Mihalecz und LeJeune (1999) fest, dass eine harmonische Partnerschaft mit reduzierten somatischen Symptomen nach dem ersten Trauerjahr in Zusammenhang stand.

Schlafstörungen traten bei Witwen signifikant häufiger auf als bei einer nicht verwitweten Kontrollgruppe, reduzierten sich jedoch signifikant innerhalb eines Jahres (Beem et al., 2000).

In einer groß angelegten Studie zur Mortalität innerhalb von vier Jahren nach dem Tod des Partners werteten Kaprio, Koskenvuo und Rita (1987) die Daten von 95.647 Finnen aus. Die allgemeine Mortalität war für diese Stichprobe um 6,5 % erhöht. Während die Mortalität durch natürliche Todesursachen um 3,2 % erhöht war, lag die Wahrscheinlichkeit, einen gewaltsamen Tod zu finden, 93 % höher als erwartet. Die Wahrscheinlichkeiten für einen Verkehrsunfall mit 153 % und für Suizid mit 141 % waren stark erhöht. Das Risiko war vor allem im ersten Trauerjahr am höchsten und nahm dann sukzessive ab. Auch andere Forscher (z.B. Lehman et al., 1987; M. Stroebe & W. Stroebe, 1983) kommen zu dem Ergebnis, dass die Mortalitätsrate in der Folge der Verwitwung ansteigt.

3. Entwicklung der Fragestellungen

Der theoretische Überblick macht deutlich, dass in vielen Bereichen in der Trauerforschung noch erheblicher Bedarf an weiterer Forschung besteht, aber auch, dass unterschiedliche Studien bei dem gleichen Forschungsansatz immer wieder zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Zu einem nicht unerheblichen Teil sind diese Unterschiede wohl darauf zurückzuführen, dass bislang keine einheitlichen Kriterien existieren, was einfache Trauer von komplizierter Trauer unterscheidet. Ziel dieser Studie ist es deshalb, Aussagen darüber zu machen, wodurch sich Personen mit einfachen Trauerreaktionen von Personen mit komplizierter Trauer unterscheiden. Für die Unterscheidung zwischen komplizierter Trauer und einfacher Trauer wird ein bereits in einer früheren Studie an einer deutschen Stichprobe validiertes Modul von Maercker und Langner (2002) eingesetzt. Das Komplizierter Trauer Modul (KTM; Maercker & Langner, 2002) basiert auf den von Horowitz et al. (1997) entwickelten Kriterien der komplizierten Trauer. Da sich in verschiedenen Studien (z.B. Bonanno, Papa, Lalande, Zhang & Noll, 2005) immer wieder Unterschiede in der Bewältigung des Verlustes eines Partners und der Bewältigung des Verlustes eines anderen Angehörigen (z.B. Kind oder Eltern) zeigten, beschränkt sich die vorliegende Studie auf Unterschiede bei dem Verlust des Lebens-/Ehepartners.

3.1. Die Rolle der Bewältigungsstrategien

In einer Vielzahl von Studien (z.B. Bonanno et al., 2002; Davis & Nolen-Hoeksema, 2001; Park et al., 1996; Remmers, 2009) hat sich immer wieder ein positiver Einfluss von Akzeptanz und positiver Neubewertung auf die Bewältigung und den Verlauf der Trauer gezeigt, wohingegen Ergebnisse zu problemzentriertem Coping sehr unterschiedlich ausfielen. Deswegen werden in dieser Studie nur die Coping-Strategien „Akzeptanz“ und „Positive Neubewertung“ einbezogen. Es soll überprüft werden, inwieweit sich Personen mit einer komplizierten Trauerreaktion von einfach Trauernden bezüglich dieser genannten für die Trauerbewältigung effektiven Strategien unterscheiden. Es wird vermutet, dass einfach Trauernde häufiger die Strategien „Akzeptanz“ und „Positive Neubewertung“ anwenden.

3.2. Die Rolle des Optimismus

Bezüglich des Einflusses des Optimismus lassen sich anhand der theoretischen und empirischen Befunde unterschiedliche Hypothesen formulieren (z.B. Carver et al., 1989; Nolen-Hoeksema und Larson, 1999; Remmers, 2009; Scheier et al., 1986). Optimismus sollte zum einen bei Menschen mit einfacher Trauerreaktion stärker ausgeprägt sein als bei Menschen mit komplizierter Trauerreaktion. Außerdem ist zu erwarten, dass Optimisten in dieser unkontrollierbaren Situation häufiger die emotionszentrierte Bewältigungsstrategie „Akzeptanz“ einsetzen als Menschen, deren Optimismus weniger stark ausgeprägt ist.

3.3. Der Einfluss von weiteren Persönlichkeitsvariablen

3.3.1. Neurotizismus, Gewissenhaftigkeit und Offenheit

Unterschiedliche Studien (z.B. Meuser & Marwit, 2000; W. Stroebe & M. Stroebe, 1987; Wijngaards-de Meij et al., 2007) weisen darauf hin, dass eine hohe Ausprägung von Neurotizismus mit einer schlechteren Bewältigung des Verlusts in Zusammenhang steht. Menschen mit einer komplizierten Trauerreaktion sollten ein höheres Ausmaß an Neurotizismus aufweisen als Menschen mit einer einfachen Trauerreaktion. Andererseits wird angenommen, dass Menschen mit einer einfachen Trauer über ein höheres Ausmaß an Offenheit und Gewissenhaftigkeit verfügen als kompliziert Trauernde.

3.3.2. Kontrollüberzeugungen

Auf der Grundlage verschiedener Theorien zu Kontrollüberzeugungen und gelernter Hilflosigkeit (Rotter, 1954; Seligman, 1979), die in unterschiedlichen Studien empirisch belegt wurden (z.B. Bonanno et al., 2002; Lehman et al., 1987; Schwartzberg & Janoff-Bulmann, 1994), lässt sich die Hypothese ableiten, dass kompliziert Trauernde im Vergleich zu einfach Trauernden über eine geringere interne Kontrollüberzeugung verfügen. Bezüglich der externalen Kontrollüberzeugung wird nach Krampen (1982) in eine sozial bedingte und eine fatalistische Externalität differenziert. In der vorliegenden Studie wird die fatalistische Externalität erfasst, die durch die Grundhaltung, dass die Welt unstrukturiert ist und dass das Leben von Schicksal und Zufall abhängt, gekennzeichnet ist. Es wird davon ausgegangen, dass vor allem Menschen, die eine stark ausgeprägte fatalistisch-externale Kontrollüberzeugung aufweisen, unter einer komplizierten Trauerreaktion leiden.

3.3.3. Resilienz

Bezüglich des Einflusses der Resilienz lässt sich anhand der empirischen Ergebnisse (z.B. Bonanno et al., 2002) vermuten, dass kompliziert Trauernde ein signifikant geringeres Ausmaß an Resilienz aufweisen im Vergleich zu einfach Trauernden.

3.3.4. Lebenszufriedenheit

Es wird erwartet, dass die globale Lebenszufriedenheit als zeitlich stabiles Merkmal einen Einfluss auf den Verlauf der Trauer nimmt. Ausgehend von den Ergebnissen von Winter et al. (2000) und Berg (2008) sollten Menschen mit komplizierten Trauerreaktionen nach dem Verlust des Partners eine insgesamt deutlich geringer ausgeprägte Lebenszufriedenheit aufweisen als einfach Trauernde.

3.4. Die Rolle des Geschlechts der Trauernden

Die Ergebnisse zu Geschlechtsunterschieden bei Trauer in vorangegangenen Studien sind eher uneinheitlich (z.B. Bebbington, 1987; Remmers, 2009; M. Stroebe & W. Stroebe, 1993; Thompson et al., 1991). Es wird erwartet, dass sich keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern bzgl. der Trauergruppenzugehörigkeit zeigen. Es sollten sich auch keine Unterschiede im Hinblick auf die eingesetzten Bewältigungsstrategien (Akzeptanz, positive Neubewertung) zeigen. Da sich insgesamt jedoch eher abzeichnet, dass Männer einem erhöhten relativen Risiko ausgesetzt sind, psychische und körperliche Symptome nach dem Verlust des Ehepartners zu entwickeln, wird davon ausgegangen, dass, falls sich Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigen, die Männer diejenigen sind, die eine stärkere Zunahme von psychischen und körperlichen Symptomen aufweisen. Da keine Ausgangswerte vor dem Tod des Partners erhoben werden, ist aber insgesamt aufgrund des höheren absoluten Risikos in dieser Studie damit zu rechnen, dass Frauen mehr unter den psychischen Symptomen leiden.

3.5. Soziodemographische Einflüsse

Bezüglich der soziodemographischen Einflüsse wird aufgrund früherer empirischer Studien (z.B. Nolen-Hoeksema & Larson, 1999) erwartet, dass das Alter mit der komplizierten Trauer in Zusammenhang steht. Ältere Menschen sollten signifikant weniger Belastungssymptome bei dem Verlust des Partners zeigen als jüngere. Somit sollten ältere Menschen seltener unter einer komplizierten Trauerreaktion leiden als jüngere.

Ausgehend von früheren empirischen Studien (Lehman et al., 1987; Remmers, 2009) ist zu erwarten, dass sich der Verlauf einer Anpassung von kompliziert Trauernden von dem Anpassungsverlauf einfach Trauernder unterscheidet. Kompliziert Trauernde sollten größere Anpassungsprobleme haben und im Verlauf signifikant stärkere Trauerreaktionen aufweisen.

Hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Partnerschaft wird erwartet, dass kompliziert Trauernde retrospektiv weniger zufrieden sind mit ihrer Beziehung als Menschen mit einer einfachen Trauerreaktion (Burke et al., 2007).

Bezüglich der erfassten Religiosität ist vor allem die wahrgenommene Gläubigkeit von Interesse. Es wird vermutet, dass Menschen, die sich als gläubig einschätzen, durch den Einsatz funktionaler Copingstrategien weniger häufig eine komplizierte Trauerreaktion entwickeln (Davis et al., 1998; McIntosh et al., 1993). Kompliziert Trauernde sollten sich als weniger gläubig einschätzen im Vergleich zu einfach Trauernden.

3.6. Hypothesen zu den psychischen und somatischen Symptomen

In einer Reihe von Studien (z.B. Horowitz et al., 1997; Lehman et al., 1987; Middleton et al., 1997) zeigte sich bereits ein Zusammenhang zwischen Trauerreaktionen allgemein bzw. komplizierter Trauer und depressiven Symptomen. Es wird vermutet, dass kompliziert Trauernde ein höheres Ausmaß an Depressivität aufweisen als Menschen mit einer einfachen Trauerreaktion.

Eine Reihe von Studien (z.B. Jacobs et al., 1990; Kaltman & Bonanno, 2003) zeigte, dass starke Trauerreaktionen mit ängstlichen Symptomen oder Angststörungen wie Posttraumatischer Belastungsstörung oder Generalisierter Angststörung einhergehen. Es wird deswegen erwartet, dass kompliziert Trauernde deutlich mehr ängstliche Symptome aufweisen als einfach Trauernde.

Frühere Studien (z.B. Beem et al., 2000; Thompson et al., 1991) zeigten, dass Trauernde allgemein unter einer erhöhten psychischen Belastung leiden. Bei den meisten Verwitweten geht diese erhöhte psychische Belastung jedoch innerhalb des ersten Trauerjahres signifikant zurück. Bei kompliziert Trauernden ist dagegen davon auszugehen, dass diese Belastung darüber hinaus noch stark ausgeprägt bleibt. Es wird

daher erwartet, dass kompliziert Trauernde signifikant mehr Symptome einer erhöhten psychischen Belastung aufweisen.

Aufgrund der in mehreren Studien (z.B. Bonanno, Znoj et al., 1999; M. Stroebe & W. Stroebe, 1983) aufgezeigten erhöhten somatischen Symptome und der erhöhten Mortalität nach einem Todesfall wird davon ausgegangen, dass dies für kompliziert Trauernde in einem noch stärker ausgeprägtem Maß ebenfalls zutrifft. Kompliziert Trauernde sollten ihren Gesundheitszustand als wesentlich schlechter einschätzen als einfach Trauernde.

3.7. Vorhersage des Komplizierten Trauer Moduls und der komplizierten Trauer

Es wird davon ausgegangen, dass die erhobenen Variablen gut geeignet sind, um ein hohes Ausmaß der Varianz der Skalen des Komplizierten Trauer Moduls aufzuklären. Durch die bereits in anderen Studien (s.o.) immer wieder festgestellten Zusammenhänge wird erwartet, dass sich vor allem durch die Bewältigungsstrategien Akzeptanz und positive Neubewertung sowie Optimismus, Neurotizismus, Depressivität, Intrusion und Trauerintensität die Skalen des KTM vorhersagen lassen.

Es wird von einem Nutzen des Komplizierten Trauer Moduls ausgegangen (s. Abb. 3.1). Durch die Variablen, die am meisten Varianz des Komplizierten Trauer Moduls aufklären, sollte sich weniger Varianz (a) der komplizierten Trauerreaktion aufklären als lassen als durch die Skalen des Komplizierten Trauer Moduls (b).

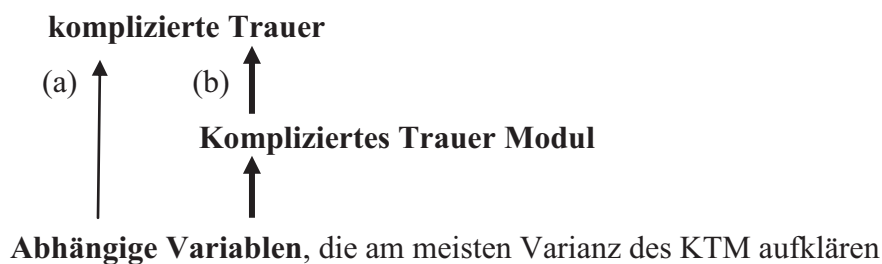


Abb. 3.1: Stärke der Vorhersage durch die Prädiktoren Kompliziertes Trauer Modul und am besten zur Vorhersage des Komplizierten Trauer Moduls geeigneten Variablen

3.8. Überblick über die Hypothesen

Anhand der genannten Fragestellungen lassen sich folgende spezifische Hypothesen formulieren:

- H1: Kompliziert Trauernde unterscheiden sich von einfach Trauernden im Bezug auf die angewandten Bewältigungsstrategien. Einfach Trauernde weisen signifikant häufiger die Strategien der Akzeptanz des Verlusterlebens und der positiven Neubewertung auf.
- H2a: Kompliziert Trauernde unterscheiden sich von einfach Trauernden bezüglich ihres dispositionellen Optimismus. Kompliziert Trauernde zeigen signifikant geringere Werte bezüglich Optimismus als einfach Trauernde.
- H2b: Optimisten sind signifikant besser in der Lage, den Verlust des Partners zu akzeptieren.
- H2c: Wird der Optimismus um das Ausmaß der Akzeptanz bereinigt, reduziert sich auch der Zusammenhang zwischen Optimismus und der Stärke der Trauerreaktion.
- H2d: Wird der Optimismus um das Ausmaß der positiven Neubewertung bereinigt, reduziert sich auch der Zusammenhang zwischen Optimismus und der Stärke der Trauerreaktion signifikant.
- H3a: Kompliziert Trauernde weisen signifikant höhere Werte auf der Skala Neurotizismus auf.
- H3b: Kompliziert Trauernde weisen signifikant niedrigere Werte auf der Skala Gewissenhaftigkeit auf.
- H3c: Kompliziert Trauernde weisen signifikant niedrigere Werte auf der Skala Offenheit für neue Erfahrungen auf.
- H4a: Bei kompliziert Trauernden finden sich signifikant mehr externale fatalistische Kontrollüberzeugung als bei einfach Trauernden.
- H4b: Kompliziert Trauernde weisen signifikant weniger interne Kontrollüberzeugungen auf als einfach Trauernde.
- H5: Kompliziert Trauernde unterscheiden sich signifikant von einfach Trauernden hinsichtlich ihrer Resilienz. Kompliziert Trauernde weisen weniger psychische Widerstandsfähigkeit in Belastungssituationen auf.
- H6: Kompliziert Trauernde weisen signifikant weniger Lebenszufriedenheit auf als einfach Trauernde.

- H7a: Es gibt keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens einer komplizierten Trauer.
- H7b: Es gibt keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der eingesetzten Bewältigungsstrategien Akzeptanz und positive Neubewertung.
- H7c: Geschlechtsunterschiede zeigen sich hinsichtlich der psychischen und körperlichen Symptome. Frauen leiden signifikant mehr unter diesen als Männer.
- H8: Es besteht ein signifikanter Unterschied zwischen jüngeren und älteren Menschen hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens einer komplizierten Trauer. Ältere Menschen leiden signifikant seltener unter einer komplizierten Trauer als jüngere.
- H9: Kompliziert Trauernde unterscheiden sich im Verlauf signifikant von einfach Trauernden hinsichtlich der Stärke der Trauerreaktion. Kompliziert Trauernde zeigen eine stärkere Trauerreaktion.
- H10: Kompliziert Trauernde schätzen ihre Partnerschaft als signifikant weniger zufriedenstellend ein als einfach Trauernde.
- H11: Kompliziert Trauernde unterscheiden sich von einfach Trauernden hinsichtlich ihrer Gläubigkeit. Kompliziert Trauernde schätzen sich als signifikant weniger gläubig ein.
- H12: Kompliziert Trauernde weisen signifikant mehr depressive Symptome auf als einfach Trauernde.
- H13: Menschen mit einer komplizierten Trauerreaktion weisen im Vergleich zu einfach Trauernden signifikant mehr Angstsymptome auf.
- H14: Kompliziert Trauernde weisen allgemein eine signifikant höhere psychische Belastung auf als einfach Trauernde.
- H15: Im Vergleich zu einfach Trauernden weisen kompliziert Trauernde einen signifikant schlechteren Gesundheitszustand auf.
- H16a: Durch die erhobenen Variablen und vor allem durch die Bewältigungsstrategien Akzeptanz und positive Neubewertung sowie Optimismus, Neurotizismus, Depressivität, Intrusion und Trauerreaktion lassen sich die Skalen des Komplizierten Trauer Moduls vorhersagen.
- H16b: Durch die Variablen, die am meisten Varianz des Komplizierten Trauer Moduls aufklären, aber vor allem auch durch die Bewältigungsstrategien Akzeptanz und positive Neubewertung sowie Optimismus, Neurotizismus, Depressivität, Intrusion und Trauerreaktion, lässt sich weniger Varianz der komplizierten Trauerreaktion aufklären als durch die Skalen des Komplizierten Trauer Moduls

4. Methode

4.1. Vorgehen

Alle Teilnehmer erhielten in der Regel zunächst ein Informationsblatt über die Studie, in dem über die Ziele der Studie aufgeklärt wurde. Teilnehmer wurden über die Verwendung und Speicherung ihrer Daten sowie über die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Studie informiert. Anschließend wurden die Fragebogen entweder direkt oder über eine Kontaktperson (Gruppenleiter, Seelsorger etc.) weitergeleitet, um so die vollständige Anonymität zu wahren. Anhand der Werte im Komplizierten Trauer Modul (KTM) wurden die Teilnehmer den Gruppen „Komplizierte Trauer“ oder „Einfache Trauer“ zugeteilt.

4.2. Stichprobe

Teilnehmer wurden deutschlandweit unsystematisch durch telefonische, schriftliche und persönliche Kontakte zu Seelsorgern, Trauergruppen, Selbsthilfegruppen, Trauerbegleitern, sowie über den Bekanntenkreis der Autorin und ein Inserat in einer Tageszeitung in Rheinland-Pfalz rekrutiert. Ein Teil der Stichprobe hatte bereits an einer Längsschnittstudie von Remmers (2009) zum Trauerverlauf teilgenommen und willigte ein, erneut an einer Studie mitzuwirken.

Von den 218 ausgegebenen Fragebogen kamen 152 (69,72 %) während des Erhebungszeitraums ausgefüllt zurück. Vier Fragebogen (1,83 %) trafen erst nach Abschluss des Erhebungszeitraums Ende Oktober 2008 ein und konnten in der Auswertung nicht mehr berücksichtigt werden.

Von den 60 in der früheren Studie von Remmers kontaktierten Teilnehmern reagierten 35 % nicht auf das Anschreiben und 58,3 % willigten ein, erneut an einer Studie zur Trauer teilzunehmen, 55 % nahmen tatsächlich teil und 6,7 % waren unbekannt verzogen. Insgesamt stellten die erneut aus der Gruppe der Studie von Remmers rekrutierten Teilnehmer 21,4 % der Gesamtteilnehmer dieser Studie dar.

Acht Personen meldeten sich auf ein Inserat hin, wovon sechs Personen an der Studie teilnahmen, also 3,9 % der Teilnehmer darstellten.

Teilnehmer mussten mindestens 18 Jahre alt sein und sollten ihren Ehe- oder Lebenspartner vor mindestens 12 Monaten verloren haben. Personen, die sich aktuell in Psychotherapie befanden (7,2 %) wurden von der Auswertung ausgeschlossen, ebenso

Personen, bei denen sich eine Woche vor oder nach dem Zeitpunkt des Ausfüllens der Todestag des Partners jährte (2,6 %), um auszuschließen, dass es durch die von vielen Trauernden berichtete Verschlechterung der Symptomatik um den Todestag herum zu einer Verzerrung der Ergebnisse kommt. Eine Person wurde aus der Auswertung ausgeschlossen, da das 12-Monats-Kriterium nicht erfüllt war.

Insgesamt flossen 137 Fragebogen in die Auswertung ein. 78,8 % der Teilnehmer (entspricht 108 Personen) waren weiblich, 20,4 % männlich (entspricht 28 Personen). Eine Person machte keine Angaben zu ihrem Geschlecht.

Teilnehmer waren zwischen 30 und 85 Jahren alt. Das Durchschnittsalter betrug 60,6 Jahren (SD = 10,8 Jahre) (s. Abb. 4.1).

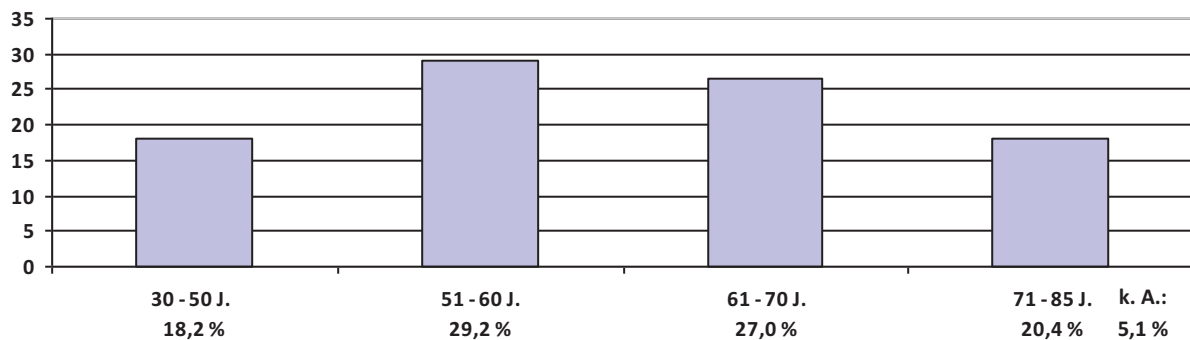


Abb. 4.1: Altersverteilung der Teilnehmer

Als höchsten Schulabschluss gaben 33,6 % der Teilnehmer die Hauptschule an, 25,5 % hatten eine Realschule besucht, 11,7 % eine Handelsschule und 4,4 % ein Gymnasium. 20,4 % hatten ein abgeschlossenes Studium, 2,2 % hatten ihr Studium abgebrochen und 2,2 % keine Angaben gemacht.

Im Durchschnitt hatten die Teilnehmer 32,5 Jahre eine Ehe oder Partnerschaft mit ihrem Partner geführt (SD = 11,8 Jahre). 97,8 % der befragten Teilnehmer waren mit dem verstorbenen Partner verheiratet. 97,8 % hatten in einer gemeinsamen Wohnung mit ihrem Partner gelebt.

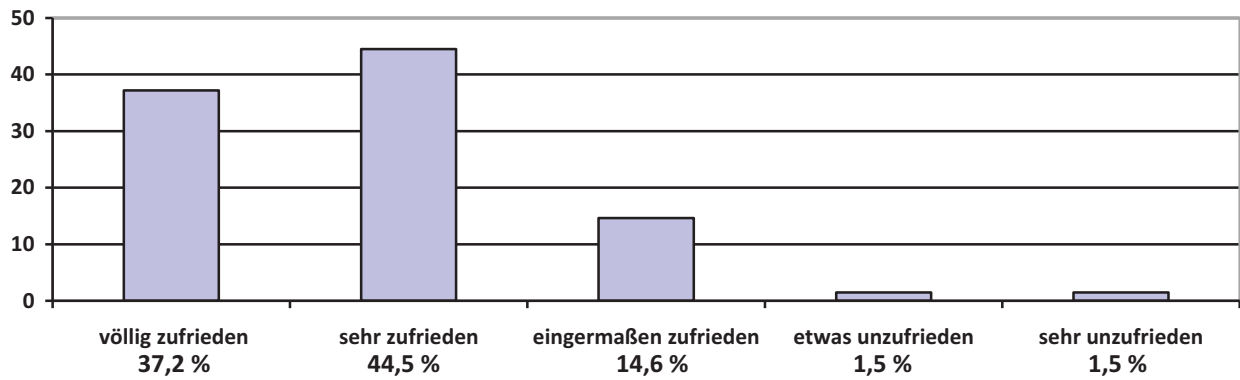


Abb. 4.2: Zufriedenheit mit der Partnerschaft

81,7 % gaben an, mit ihrer Partnerschaft völlig bis sehr zufrieden gewesen zu sein, 14,6 % einigermaßen zufrieden und 3,0 % etwas bis sehr unzufrieden (s. Abb. 4.2). 76,6 % der Teilnehmer hatten gemeinsame Kinder. 61,3 % ein bis zwei Kinder und 15,4 % mehr als zwei Kinder. Das Alter der Kinder wurde im Schnitt mit 32,8 Jahren angegeben.

Tab. 4.1: Todesursache des verstorbenen Partners

Todesursache	Prozent
Krankheit	76,6
Unfall	2,9
Suizid	2,9
andere	16,1
keine Angaben	1,5

Die häufigste Todesursache stellte Krankheit dar (s. Tab. 4.1), bei der Todesursache „andere“ wurde am häufigsten Herzinfarkt genannt.

Der Zeitpunkt des Todes lag in den meisten Fällen zwischen zwei und drei Jahre zurück (s. Abb. 4.3). Im Durchschnitt waren die Teilnehmer 27 Monate verwitwet.

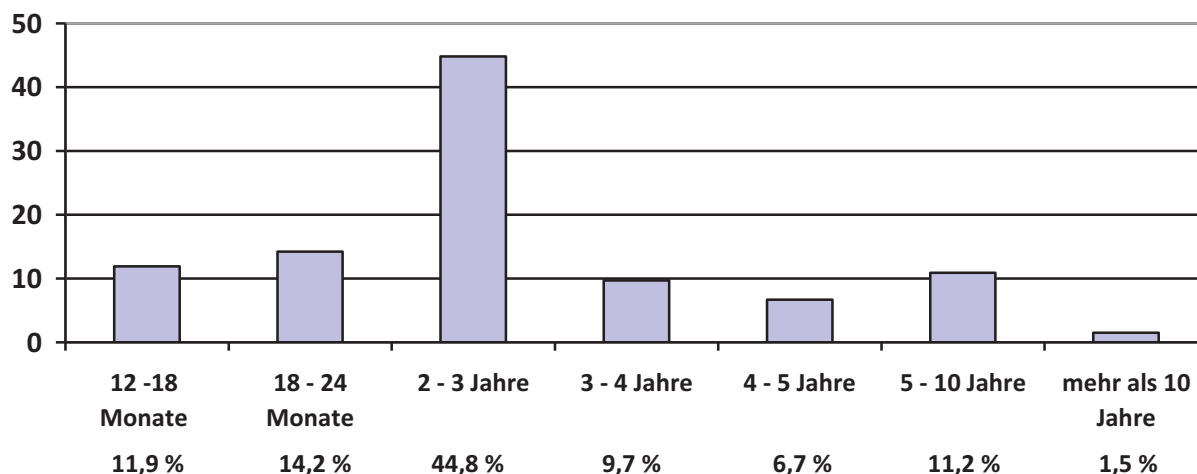


Abb. 4.3: Dauer der Verwitwung

58 Personen machten Angaben zu dem Besuch einer Trauergruppe. Von diesen hatten 58,9 % früher eine Trauergruppe besucht, 39,7 % besuchten aktuell eine Gruppe.

Tab. 4.2: Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft und Gläubigkeit

Glaubensgemeinschaft	Prozent	davon gläubig (Prozent)
Evangelisch	56,2	75,3
Katholisch	28,5	89,7
andere	2,9	100
keine Religionszugehörigkeit	8,8	-
keine Angabe	3,6	-

Die meisten Teilnehmer waren evangelisch (s. Tab. 4.2). Unter die Gruppe „andere Glaubensrichtung“ fiel die Zugehörigkeit zu den Mormonen, zur orthodoxen oder zur neuapostolischen Glaubensgemeinschaft.

57 Teilnehmer machten Angaben zu einer neuen Partnerschaft, davon führten 26,3 % eine neue Partnerschaft. 62,0 % aller Teilnehmer lebten alleine, 26,3 % mit den Kindern zusammen und 7,2 % mit anderen Personen.

Tab. 4.3: Berufliche Tätigkeit

Berufstätigkeit	Prozent
Voll-/Teilzeit	39,4
Rentner	47,4
Hausfrau/Hausmann	9,5
arbeitsunfähig	0,7
arbeitslos	1,5
keine Angabe	1,5

Fast die Hälfte der Teilnehmer war zum Zeitpunkt der Erhebung berentet, ein fast ebenso großer Teil in Voll- oder Teilzeit berufstätig (s. Tab. 4.3).

4.3. Messinstrumente

4.3.1. Ermittlung soziodemographischer Daten

Anhand eines selbst entwickelten Fragebogens wurden soziodemographische Daten erfasst. Neben dem Alter und dem Geschlecht der Teilnehmer wurde die Art der Beziehung (Ehe/Partnerschaft), die Wohnsituation mit dem Partner (gemeinsam/getrennt), die Länge der Ehe/Partnerschaft und – falls vorhanden – Anzahl und Alter der gemeinsamen Kinder erfasst. Die Zufriedenheit mit der Beziehung wurde über eine sechsstufige Skala mit den Antwortalternativen völlig zufrieden – sehr zufrieden – einigermaßen zufrieden – etwas unzufrieden – sehr unzufrieden – völlig unzufrieden erfasst. Weiterhin wurde erfasst, wann und unter welchen Umständen (Krankheit/Unfall/Suizid/andere) der Partner verstorben ist und ob nach dem Tod das Angebot einer Trauergruppe in Anspruch genommen wurde oder wird. Die Zugehörigkeit und Art der Religion sowie die empfundene Gläubigkeit wurde erfragt. Teilnehmer sollten außerdem angeben, ob sie einen neuen Partner haben, die aktuelle Wohnsituation beschreiben sowie Schulabschluss und Berufstätigkeit angeben. Eine aktuelle bzw. frühere Behandlung durch einen Psychotherapeuten oder Psychiater wurde erhoben sowie die Gesamtbefindlichkeit auf einer fünfstufigen Skala. Neben der Einnahme von ärztlich verordneten oder frei verfügbaren Medikamenten wurde nach dem Alkohol-, Drogen- und Nikotinkonsum und Veränderungen in den Monaten nach dem Tod des Partners gefragt. Die vollständige Fragebogenbatterie ist im Anhang C 5 abgedruckt.

4.3.2. Kompliziertes Trauer Modul (KTM)

Zur Erhebung der Trauerreaktion nach dem Verlust des Ehe- oder Lebenspartners wurde die Kurzform des Komplizierten Trauer Moduls von Maercker (2002) eingesetzt. Die auf einer Symptomliste von Horowitz et al. (1997) basierende Langform des Moduls wurde 2005 von Langner und Maercker validiert und auf 26 Items reduziert. Da die daraus entwickelte Fragebogenversion noch nicht validiert war, kam in dieser Studie die verkürzte Interviewversion zum Einsatz, die den Teilnehmer als Fragebogen zur Selbsteinschätzung mit 26 Items auf einer Skala von 0 (trifft nicht zu) bis 6 (trifft völlig zu) vorgelegt wurde. Die Items lassen sich den Subskalen „Intrusionen“, „Vermeidung“ und „Anpassungsfehler“ zuteilen. Die Interne Konsistenz für die Skala „Intrusion“ liegt bei $\alpha = .88$, für „Vermeidung“ bei $\alpha = .82$ und für die Skala „Anpassungsfehler“ bei $\alpha = .84$.

4.3.3. Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R)

Die SCL-90-R (Franke, 2002) misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung einer Person durch körperliche und psychische Symptome. Mit den 90 Items zur Selbstbeschreibung werden die Bereiche „Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“, „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Depressivität“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität“, „Phobische Angst“, „Paranoides Denken“ und „Psychotizismus“ auf einer Skala von 0 (überhaupt nicht) bis 4 (sehr stark) erfasst.

Die Internen Konsistenzen der einzelnen Skalen liegen zwischen $\alpha = .75$ und $\alpha = .97$. Die Reliabilität wird von der Autorin für die Normstichprobe als befriedigend, für klinische Gruppen als gut bis sehr gut angegeben.

4.3.4. Beck-Depressions-Inventar (BDI-II)

Das BDI-II (Hautzinger, Keller & Kühner, 2006) ist ein Instrument zur Selbstbeurteilung der Schwere depressiver Symptome. Zu 21 Symptomen der Depression werden jeweils vier Aussagen vorgegeben, von denen diejenige auszuwählen ist, die am besten beschreibt, wie sich der Teilnehmer in den vergangenen zwei Wochen gefühlt hat.

Die deutsche Version wurde bei zahlreichen Studien eingesetzt. Interne Konsistenzschätzungen liegen je nach Stichprobe bei $\alpha = .89$ bis $\alpha = .93$. Für die Retest-Reliabilität wurde ein Wert von $r_{tt} = .78$ ermittelt.

4.3.5. Texas-Revised-Grief-Inventory (TRIG)

Das TRIG ist ein Trauerintensität-Selbstbeurteilungsfragebogen mit 13 Items zur Einschätzung der gegenwärtigen Gefühle nach dem Verlust einer geliebten Person auf einer Skala von 1 (trifft nicht zu) bis 5 (trifft zu), eignet sich aber nicht zur Identifizierung komplizierter Trauerreaktionen. Das TRIG wurde im Original von Faschingbauer, Zisook und DeVaul (1987) entwickelt. Die vorliegende deutsche Version wurde von einer Arbeitsgruppe um Znoj (2004) übersetzt und 2008 einer ersten Validierung an Eltern mit Kindsverlust unterzogen. Es zeigten sich gute Interne Konsistenzen ($\alpha = .87$).

4.3.6. Impact of Event Scale-Revised (IES-R)

Die IES-R (Weiss & Marmar, 1996; Maercker & Schützwohl, 1998) erfasst mit den Subskalen „Intrusionen“, „Vermeidung“ und „Übererregung“ typische Formen individueller Reaktionen auf extrem belastende Ereignisse. Die Skala besteht aus 22 Items mit einem vierstufigen Antwortformat von „überhaupt nicht“ bis „oft“. Die Internen

Konsistenzen der einzelnen Skalen für die deutsche Version liegen zwischen $\alpha = .79$ und $\alpha = .90$. Die Retest-Reliabilitäten betragen zwischen $r_{tt} = .66$ und $r_{tt} = .80$.

4.3.7. Satisfaction With Life Scale (SWLS)

Die SWLS wurde im Original von Diener et al. (1985) entwickelt. Die deutschsprachige Version des Selbstbeurteilungsverfahrens in dieser Studie wurde von Schumacher übersetzt (Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2003). Die Skala enthält fünf Items zur Erfassung der globalen Lebenszufriedenheit, die auf einer siebenstufigen Ratingskala beurteilt werden (7 = „stimme genau zu“ bis 1 = „stimme überhaupt nicht zu“).

Interne Konsistenzen für die deutsche Version liegen zwischen $\alpha = .87$ und $\alpha = .88$. Die Retest-Reliabilität ergab einen Wert von $r_{tt} = .74$ (Sölva, Baumann & Lettner, 1995).

4.3.8. NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI)

Das NEO-FFI (in der deutschen Version von Borkenau & Ostendorf, 1993) ist ein multidimensionales Persönlichkeitsinventar, das die fünf Dimensionen „Neurotizismus“, „Extraversion“, „Offenheit für neue Erfahrungen“, „Gewissenhaftigkeit“ und „Verträglichkeit“ erfasst. In der vorliegenden Studie kommen nur die Skalen „Neurotizismus“, „Offenheit für neue Erfahrungen“ und „Gewissenhaftigkeit“ zum Einsatz. Die insgesamt 36 Items dieser drei Skalen wurden nach dem Zufallsprinzip in eine Reihenfolge gebracht mit einem fünfstufigen Antwortformat von „starke Ablehnung“ bis „starke Zustimmung“.

Die Internen Konsistenzen für das gesamte deutschsprachige Inventar liegen zwischen $\alpha = .72$ und $\alpha = .87$, die Retest-Reliabilitäten zwischen $r_{tt} = .71$ und $r_{tt} = .82$.

4.3.9. IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen (IPC)

Der IPC von Krampen (1981) ist ein Verfahren zur Bestimmung der generalisierten Kontrollüberzeugungen. Es werden die drei Aspekte „Internalität“, „Sozial bedingte Externalität“ und „Fatalistische Externalität“ auf einer sechsstufigen Likertskala von 0 (sehr falsch) bis 5 (sehr richtig) erfasst. In der vorliegenden Studie wurden die Skalen „Internalität“ und „Fatalistische Externalität“ eingesetzt.

Die Internen Konsistenzen der Skalen liegen zwischen $\alpha = .91$ und $\alpha = .98$ und die Test-Retest-Reliabilitäten zwischen $r_{tt} = .78$ und $r_{tt} = .90$.

4.3.10. Life-Orientation-Test-Revision (LOT-R)

Der LOT-R stammt von Scheier und Carver (1985; Scheier, Carver & Bridges, 1994) und dient der Erhebung individueller Differenzen von generalisiertem Optimismus versus Pessimismus im Sinne einer Persönlichkeitsvariable. Die deutsche Version nach Glaesmer, Hoyer, Klotzsch und Herzberg (2008) weist die Skalen „Optimismus“ mit einer Internen Konsistenz von $\alpha = .69$ und „Pessimismus“ mit einer Internen Konsistenz von $\alpha = .59$ auf. Zur Auswertung des Fragebogens wurde in dieser Studie der Gesamtwert herangezogen. Der Fragebogen enthält 10 Items, die auf einer fünfstufigen Skala von „trifft ausgesprochen zu“ bis „trifft überhaupt nicht zu“ beantwortet werden. Die Ergebnisse zur Retest-Korrelation decken sich mit $r_{tt} = .59$ für „Optimismus“ und $r_{tt} = .65$ für „Pessimismus“ mit den Ergebnissen der Originalversion.

4.3.11. Resilienz-Skala (RS-11)

Die deutschsprachige Version von Schumacher et al. (2005) der Resilienz-Skala (Wagnild & Young, 1993) erfasst die psychische Widerstandsfähigkeit. In der Studie wurde die eindimensionale Kurzska mit 11 Items mit einem siebenstufigen Antwortformat (1 = ich stimme nicht zu bis 7 = ich stimme völlig zu) verwendet. Die Interne Konsistenz der RS-11 liegt bei $\alpha = .91$.

4.3.12. COPE

Der Fragebogen COPE von Carver, Scheier und Weintraub (1989) enthält 13 Skalen zur Erfassung von problemorientiertem und emotionsorientiertem Coping sowie weniger nützlichen Copingstrategien. In dieser Studie wurden die Skalen „Akzeptanz“ und „Positive Neubewertung“ einbezogen. Die verwendeten Skalen wurden von Remmers (2009) modifiziert, um einen Bezug zur Trauer herzustellen.

Die Interne Konsistenz liegt für die Skala „Akzeptanz“ des Originalfragebogens bei $\alpha = .65$, für die Skala „Positive Neubewertung“ bei $\alpha = .68$. Retest-Reliabilitäten liegen bei $r_{tt} = .63$ bzw. $r_{tt} = .48$. Remmers fand in seiner Studie Interne Konsistenzen von $\alpha = .92$ für die Skala „Akzeptanz“ und $\alpha = .77$ für die Skala „Positive Neubewertung“.

4.3.13. Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-12)

Der SF-12 ist eine Kurzversion des SF-36 von Bullinger und Kirchberger (1998) zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit den Summenskalen „Körperliche Gesundheit“ und „Psychische Gesundheit“. Der Fragebogen enthält in der Kurzversion

12 Items mit wechselndem Antwortformat. Die Internen Konsistenzen der Subskalen liegen zwischen $\alpha = .57$ und $\alpha = .94$.

4.4. Statistische Auswertung

Sämtliche statistische Auswertungen erfolgten mit dem Statistik-Programm SPSS Version 16.0.1.

In alle Berechnungen wurden nur die Daten der Personen einbezogen, auf die die Ausschlusskriterien nicht zutrafen (s. Kap. 4.2). Insgesamt wurden für die Auswertung die Daten von 137 Personen herangezogen.

Zunächst wurden bei Annahme intervallskalierter Daten mehrere Faktorenanalysen zur testanalytischen Überprüfung des Komplizierten Trauer Moduls berechnet. Mit 137 Probanden wurden dabei die Voraussetzungen bei 26 Items erfüllt. Anhand der Faktorenanalyse wurden Skalen gebildet und deskriptive Statistiken sowie interne Konsistenzen (Cronbach α) berechnet.

Zur Validierung des veränderten Trauer Moduls wurden Korrelationen mit dem BDI, dem TRIG und den Skalen des IES-R sowie Regressionsanalysen mit den genannten Verfahren als Prädiktoren berechnet.

Zur Einteilung der Teilnehmer in den Gruppen „Komplizierte Trauer“ und „Einfache Trauer“ wurden die Häufigkeitsverteilungen auf den Skalen des KTM herangezogen. Die Häufigkeitsverteilungen entsprachen keinen Normalverteilungen (s. Kap. 5, Abb. 5.2 - 5.4). Die Einteilung erfolgte daher nach dem Median, der bei nicht normalverteilten Grundgesamtheiten robuster gegen Ausreißerwerte ist als der Modus und der Mittelwert. Damit die Zuteilung zur Gruppe „Komplizierte Trauer“ erfolgen konnte, mussten die Werte einer Person auf allen Skalen oberhalb des Medians liegen.

Zur Überprüfung der Hypothesen, die sich überwiegend auf Mittelwertunterschiede zwischen den Trauergruppen bezogen, wurden für die Skalen des KTM Korrelationen mit allen Variablen berechnet und zur Bestimmung der Mittelwertunterschiede einfaktorielle Varianzanalysen. In den Fällen, in denen die Voraussetzungen für Varianzhomogenität für die Varianzanalysen nicht gegeben waren, wurde der Mann-Whitney-U-Test durchgeführt.

Zur Überprüfung der Unabhängigkeit der kategorial-skalierten Variablen Geschlecht und Trauergruppenzugehörigkeit sowie Gläubigkeit und Trauergruppenzugehörigkeit wurden Chi-Quadrat-Tests berechnet.

Um zu überprüfen, inwieweit der Zusammenhang zwischen den Skalen des KTM und dem Optimismus über den Einfluss der Bewältigungsstrategien zustande kommt, wurden Partialkorrelationen berechnet und der Anteil der Akzeptanz bzw. der positiven Neubewertung auspartialisiert.

Zur Überprüfung, ob sich eventuell Wechselwirkungen zwischen Geschlecht und Trauergruppenzugehörigkeit auf Mittelwertunterschiede zwischen den Trauernden auswirken, wurden Multivariate Varianzanalysen durchgeführt.

Zur Beantwortung der Fragestellung, ob sich die Skalen des KTM und die komplizierte Trauer durch die eingesetzten Variablen bzw. die Skalen des KTM vorhersagen lassen, wurden schrittweise durchgeführte Multiple Regressionsanalysen mit dem Bewältigungsverhalten, dem Optimismus, den Persönlichkeitsvariablen, den psychischen und somatischen Symptomen, den soziodemographischen Daten und den Skalen des KTM als Prädiktoren berechnet.

5. Ergebnisse

5.1 Methodische Entwicklung des KTM und empirische Überprüfung

In einem ersten Schritt wird eine Testanalyse des Fragebogen KTM durchgeführt und im Weiteren eine Validierung anhand von Korrelationen mit der Trauerreaktion im TRIG vorgenommen.

5.1.1 Faktorenanalyse des KTM

Es wird zunächst eine Hauptkomponentenanalyse ohne Vorgabe von Faktoren durchgeführt (Ergebnisse s. Anhang A 1). Die Eigenwerte der ersten fünf Faktoren betragen 11.10, 2.45, 1.50, 1.17, 1.03. Die aufgeklärte Varianz durch die ersten fünf Faktoren beträgt 66.32 %. Der Screeplot spricht für eine Drei-Faktoren-Lösung (s. Abb. 5.1). Deswegen wird erneut eine Hauptkomponentenanalyse mit drei vorgegebenen Faktoren durchgeführt (Ergebnisse s. Anhang A 2). Die aufgeklärte Varianz beträgt 57.86 %.

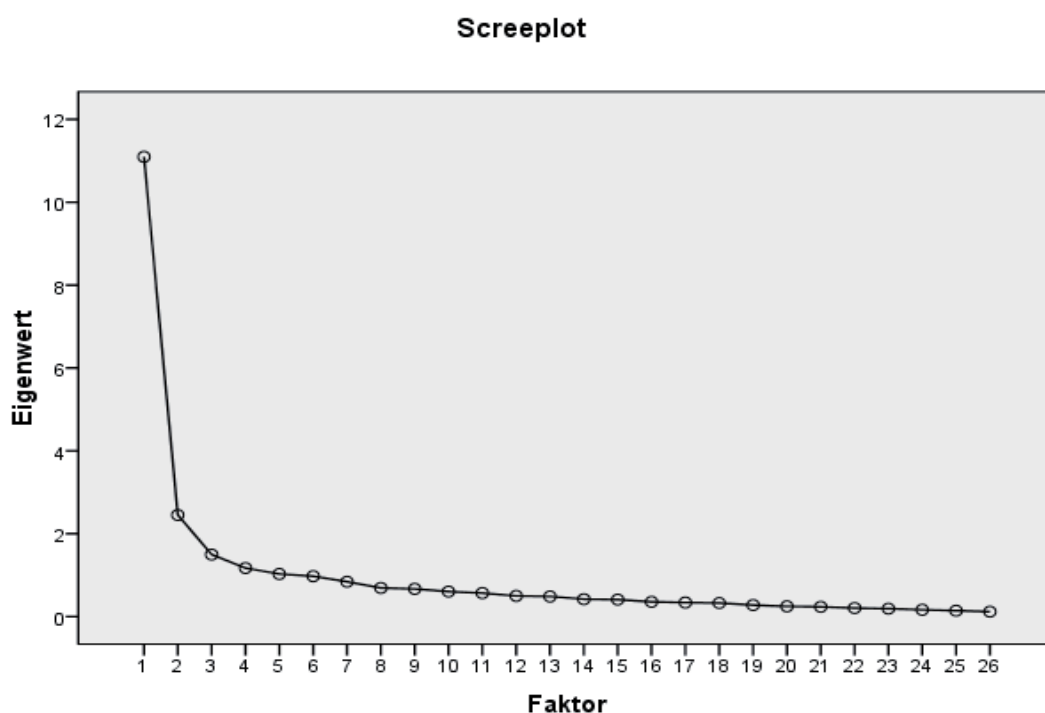


Abb. 5.1: Screeplot der Faktorenanalyse des KTM

Für eine weitere Faktorenanalyse werden alle Items entfernt, die geringe Trennschärfen ($< .5$), auf allen Faktoren geringe Ladungen ($< .5$) oder auf zwei Faktoren ähnlich hohe

Ladungen ($> .5$) aufweisen. Insgesamt werden 6 der 26 Items entfernt (s. Anhang A 3). Mit den verbleibenden Items wird eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt ohne Vorgabe von Faktoren (Ergebnisse s. Anhang A 3). Das Kaiser-Kriterium spricht für eine Drei-Faktoren-Lösung mit den Eigenwerten 9.26, 2.33, 1.36. Die aufgeklärte Varianz beträgt 64.75 %. Der Screeplot legt eine Vier-Faktoren-Lösung nahe, auf dem vierten Faktor lädt jedoch nur ein (unspezifisches) Item („Waren Sie leicht reizbar?“).

5.1.2 Skalenbildung und Testkennwerte

Nach der inhaltlichen Entscheidung für eine Drei-Faktoren-Lösung werden dem Faktor 1 durch Varimaxrotation die Items 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 und 8 zugewiesen (vgl. Tab. 5.1). Dem Faktor 2 werden die Items 14, 15, 17, 18, 19, 23, 24 und 26 zugeordnet. Die Items 17, 19 und 24 weisen außerdem Ladungen $> .3$ auf dem Faktor 1 auf. Dem Faktor 3 werden die Items 10, 11, 12 und 13 zugewiesen. Die Items 11, 12 und 13 laden auch auf den Faktoren 1 oder 2 mit Ladungen $> .3$. Die Trennschärfen liegen für alle Items im hohen Bereich ($> .5$).

Tab. 5.1: Faktorenladungen der Items des Fragebogens KTM nach Itemreduktion und Drei-Faktoren-Lösung

Faktor Items	1	2	3
1	.808	.158	.143
2	.774	.142	.216
3	.742	.282	.259
4	.757	.178	.274
5	.794	.110	.276
6	.780	.292	.058
7	.749	.261	.156
8	.620	.244	.180
10	.178	.125	.849
11	.417	.203	.666
12	.413	.253	.725
13	.214	.372	.681
14	.017	.697	.227
15	.171	.740	.197
17	.313	.731	.227
18	.128	.817	.211
19	.331	.597	.177
23	.210	.790	.028
24	.325	.702	.284
26	.208	.612	-.005

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse

Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung

Inhaltlich enthält der erste Faktor Items, die sich auf die Erinnerungen an den Verstorbenen beziehen, Gedanken an ihn und Sehnsucht nach ihm. Er steht für die Ausprägung der Intrusion (Skala „Intrusion“). Der zweite Faktor enthält Items, die sich auf Gefühllosigkeit, Wertlosigkeit, Konzentrationsprobleme, Schlafprobleme, Reizbarkeit etc. beziehen. Wegen der inhaltlichen Nähe zu depressiven Symptomen wird der Faktor mit Depressivität bezeichnet (Skala „Depression“).

Der dritte Faktor beinhaltet überwiegend Items, die sich mit dem Gefühl der Anwesenheit des Verstorbenen im Alltag und mit der Ausrichtung des Verhaltens nach den möglichen Vorstellungen des Verstorbenen beschäftigen. Der dritte Faktor beschreibt inhaltlich das Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen (Skala „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“).

Zur Überprüfung der Reliabilität werden Interne Konsistenzen berechnet. Die Interne Konsistenz für die Skala „Intrusion“ liegt mit einem Cronbach $\alpha = .920$ im hohen Bereich. Gleiches gilt für die Skala „Depression“ mit Cronbach $\alpha = .898$. Die Interne Konsistenz der Skala „Festhalten an der Anwesenheit“ liegt bei Cronbach $\alpha = .849$.

In Tabelle 5.2 sind die Mittelwerte (M), Standardabweichungen (SD) und Internen Konsistenzen des KTM aufgeführt.

Tab. 5.2: Mittelwerte, Standardabweichungen und Interne Konsistenzen (Cronbach α) der Skalen des KTM

Skala	M	SD	Cronbach α	N
Intrusion	28.87	12.975	.920	134
Depression	16.46	12.901	.898	129
Festhalten	10.89	7.259	.849	135

5.1.3 Faktorenpassung mit dem Originalfragebogen

Zur Überprüfung der Übereinstimmung der Zuteilung der Faktoren des KTM mit denen des Originalfragebogens werden die drei Skalen „Intrusion“, „Depression“ und „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“ mit den Skalen „Intrusion“, „Vermeidung“ und „Anpassungsprobleme“ des Originals verglichen (s. Tab. 5.3).

Tab. 5.3: Übereinstimmung der Faktoren nach Itemreduktion mit dem Originalfragebogen von Maercker & Langner

Item	Drei Faktoren nach Itemreduktion	Originalfragebogen KTM
1	Intrusion	Intrusion
2	Intrusion	Intrusion
3	Intrusion	Intrusion
4	Intrusion	Intrusion
5	Intrusion	Intrusion
6	Intrusion	Intrusion
7	Intrusion	Intrusion
8	Intrusion	Intrusion
9	---	Intrusion
10	Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen	Intrusion
11	Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen	Intrusion
12	Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen	Intrusion
13	Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen	Vermeidung
14	Depression	Vermeidung
15	Depression	Vermeidung
16	--	Anpassungsprobleme
17	Depression	Anpassungsprobleme
18	Depression	Vermeidung
19	Depression	Vermeidung
20	--	Vermeidung
21	--	Vermeidung
22	--	Anpassungsprobleme
23	Depression	Anpassungsprobleme
24	Depression	Anpassungsprobleme
25	--	Anpassungsprobleme
26	Depression	Anpassungsprobleme

Die größte Übereinstimmung zeigt sich für die Skalen „Intrusion“. Die Skala „Depression“ der reduzierten Form enthält sowohl Items aus den Bereichen „Vermeidung“ als auch „Anpassungsprobleme“ des Originalfragebogens. Die Skala „Festhalten an der

Anwesenheit des Verstorbenen“ weist vor allem Items der Skala „Intrusion“ des Originalfragebogens auf. Aus dem Originalfragebogen werden für die neu gebildeten Skalen überwiegend Items der Skalen „Vermeidung“ und „Anpassungsprobleme“ aufgrund zu geringer Ladungen entfernt.

Die Internen Konsistenzen werden für den Originalfragebogen von Maercker und Langner (2002) mit Cronbach $\alpha = .88$ (Intrusion), Cronbach $\alpha = .82$ (Vermeidung) und Cronbach $\alpha = .84$ (Anpassungsprobleme) angegeben.

5.1.4 Validierung des KTM

Im Folgenden ist die Überprüfung der Validität des KTM anhand der Fragebogen TRIG, BDI-II und IES-R durch Korrelationen und Regressionsanalysen dargestellt.

5.1.4.1 Validierung des KTM anhand des TRIG

Die Validität des KTM wird anhand von Korrelationen der Skalen des KTM mit dem TRIG untersucht (s. Tab. 5.4).

Tab. 5.4: Korrelationen der Skalen des KTM mit dem TRIG

Skala	Intrusion	Depression	Festhalten
Trauerreaktion	.765**	.504**	.564**

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

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

Die Skala „Intrusion“ korreliert am höchsten mit dem Fragebogen zur Erfassung der Trauerreaktion ($p < .001$). Je stärker das intrusive Erleben der Trauernden ausfällt, desto stärkere Trauerreaktionen zeigen sie auch. Gleiches gilt für die Skalen „Depression“ und „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“. Beide Skalen korrelieren signifikant mit dem TRIG ($p < .001$).

5.1.4.2 Vorhersage des KTM durch den TRIG

Zur Vorhersage der Skalen des KTM anhand des TRIG werden Regressionsanalysen durchgeführt (s. Tab. 5.5).

Tab. 5.5: Ergebnisse der Regressionsanalyse mit den Skalen des KTM (Kriterium) und dem TRIG (Prädiktor)

Kriterium	Prädiktor	r_{pk}	β	Änderung in R^2	Änderung in F	Änderung in Signifikanz von F	Korr. R^2
Intrusion	TRIG	.765	.765	.585	188,654	.000	.582
Depression	TRIG	.504	.504	.254	45,584	.000	.248
Festhalten	TRIG	.564	.564	.318	62,092	.000	.313

r_{pk} : Korrelation zwischen Prädiktor und Kriterium

Das Ausmaß der Intrusionen lässt sich durch den TRIG mit einer aufgeklärten Varianz von $R^2 = .582$ vorhersagen. Der TRIG klärt außerdem 24.8 % der Varianz der Depressivität und 31.3 % des Ausmaßes des Festhaltens an der Anwesenheit des Verstorbenen auf.

5.1.4.3 Validierung des KTM anhand des BDI-II

Zur weiteren Validierung der Skalen des KTM wird der BDI-II herangezogen (s. Tab. 5.6).

Tab. 5.6: Korrelationen der Skalen des KTM mit dem BDI-II

Skala	Intrusion	Depression	Festhalten
BDI-II	.538**	.585**	.386**

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

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

Die höchste Korrelation mit dem BDI-II zeigt sich für die Skala „Depression“ ($p < .001$). Je höhere Depressionswerte ein Trauernder im BDI-II erreicht, desto stärker ist auch das im KTM erfasste Ausmaß des depressiven Erlebens. Gleiches gilt für die Skalen „Intrusion“ und „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“. Beide Skalen korrelieren signifikant mit dem TRIG ($p < .001$). Je depressiver ein Trauernder sich einschätzt, desto stärker ist auch das intrusive Erleben und die Tendenz, an der Anwesenheit des Verstorbenen festzuhalten, ausgeprägt.

5.1.4.4 Vorhersage des KTM durch den BDI-II

Zur Vorhersage der Skalen werden ebenfalls Regressionsanalysen mit dem BDI-II als Prädiktor durchgeführt (s. Tab. 5.7).

Tab. 5.7: Ergebnisse der Regressionsanalyse mit den Skalen des KTM (Kriterium) und dem BDI-II (Prädiktor)

Kriterium	Prädiktor	r_{pk}	β	Änderung in R^2	Änderung in F	Änderung in Signifikanz von F	Korr. R^2
Intrusion	BDI-II	.538	.538	.290	55,111	.000	.285
Depression	BDI-II	.585	.585	.342	70,236	.000	.342
Festhalten	BDI-II	.386	.386	.149	23,421	.000	.142

r_{pk} : Korrelation zwischen Prädiktor und Kriterium

Durch den BDI-II werden 28.5 % der Varianz der Skala „Intrusion“ aufgeklärt. Für die Skala „Depression“ führt der BDI-II zu einer aufgeklärten Varianz von $R^2 = .342$. Die aufgeklärte Varianz für die Skala „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“ ist mit $R^2 = .142$ eher gering.

5.1.4.5 Validierung des KTM anhand des IES-R

Zur Überprüfung der Validität der Skalen des KTM werden zusätzlich die Skalen des IES-R herangezogen (s. Tab. 5.8).

Tab. 5.8: Korrelationen der Skalen des KTM mit den Skalen des IES-R

Skala	Intrusion	Depression	Festhalten
Intrusion	.763**	.502**	.588**
Vermeidung	.481**	.550**	.454**
Übererregung	.512**	.549**	.432**

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

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

Die Korrelationen aller Skalen werden signifikant. Am höchsten korreliert die Skala „Intrusion“ (IES-R) mit „Intrusion“ (KTM) und „Festhalten an der Anwesenheit des

Verstorbenen“. Je höhere Intrusionswerte ein Trauernder im IES-R erreicht, desto stärker ist auch das im KTM erfasste Ausmaß des intrusiven Erlebens und desto stärker hält der Trauernde an der Anwesenheit des Verstorbenen in seinem Alltag fest.

Eine weitere hohe Korrelation besteht für die Skala „Vermeidung“ und die Skala „Depression“. Je stärker das Vermeidungsverhalten ausgeprägt ist, desto höher ist das Ausmaß der depressiven Symptome.

Die Skala „Übererregung“ korreliert am höchsten mit der Skala „Depression“. Je mehr Symptome von Übererregung ein Trauernder zeigt, desto stärker ist seine Depressivität ausgeprägt.

5.1.4.6 Vorhersage des KTM durch den IES-R

Zur Vorhersage der Skalen des KTM werden Regressionsanalysen mit den Skalen „Intrusion“, „Vermeidung“ und „Übererregung“ als Prädiktoren durchgeführt (s. Tab. 5.9).

Tab. 5.9: Ergebnisse der Regressionsanalyse mit den Skalen des KTM (Kriterium) und den Skalen des IES-R (Prädiktoren)

Kriterium	Prädiktor	r_{pk}	β	Änderung in R^2	Änderung in F	Änderung in Signifikanz von F	Korr. R^2
Intrusion	Intrusion	.763	.763	.581	186,168	.000	.578
Depression	Vermeidung	.550	.330	.302	58,057	.000	.351
	Übererregung	.549	.327	.058	12,133	.001	
Festhalten	Intrusion	.588	.588	.346	70,426	.000	.341

r_{pk} : Korrelation zwischen Prädiktor und Kriterium

Das Ausmaß der Intrusionen wird am besten durch die Skala „Intrusion“ des IES-R vorhergesagt. Dadurch werden 57.8 % der Varianz aufgeklärt.

Das Ausmaß der Depressivität lässt sich am besten durch die Vermeidung vorhersagen. Die Berücksichtigung der Skala „Übererregung“ führt zu einer signifikanten Verbesserung. Insgesamt können damit 35.1 % der Varianz aufgeklärt werden.

Die Skala „Intrusion“ des IES-R macht die beste Vorhersage für die Skala „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“, die aufgeklärte Varianz beträgt $R^2 = .341$.

5.1.5 Zuteilung der Teilnehmer zu den Gruppen „Komplizierte Trauer“ und „Einfache Trauer“

Die Auswertung der Häufigkeitsverteilung der Teilnehmer auf allen drei Faktoren zeigt, dass die Verteilung nicht einer Normalverteilung entspricht (s. Abb. 5.2 - 5.4), die Einteilung erfolgt daher nach dem Median (s. auch Kap. 4, 4. Statistische Auswertung).

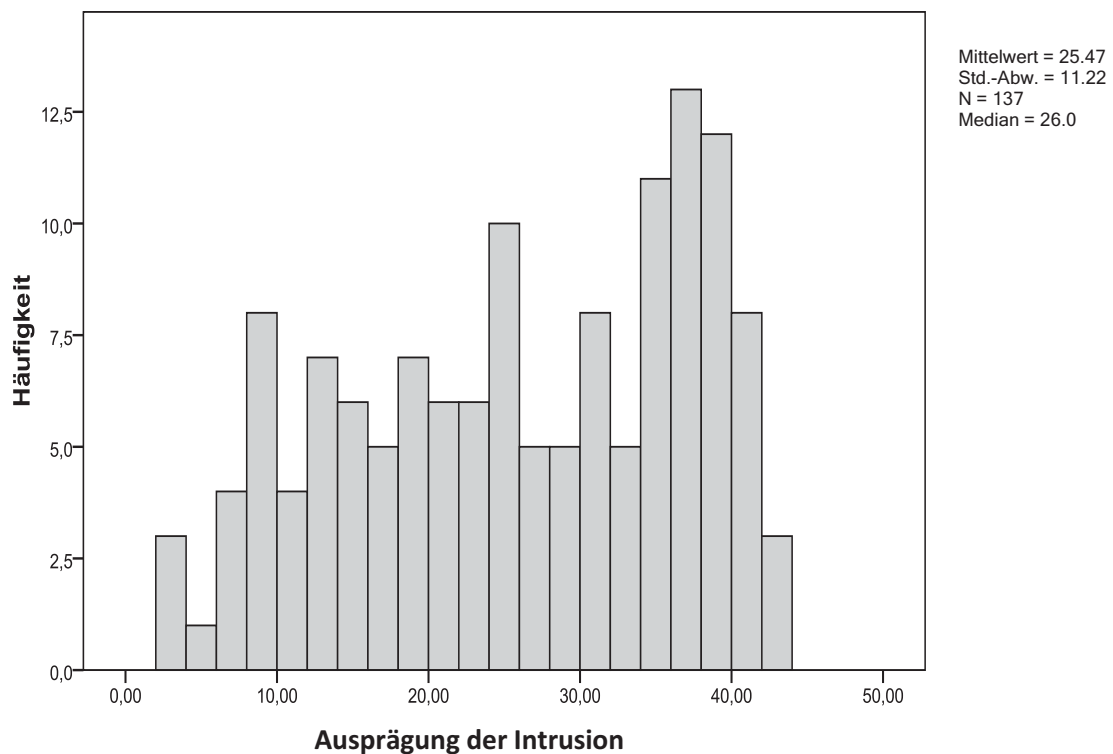


Abb. 5.2: Häufigkeitsverteilung der Skala „Intrusion“

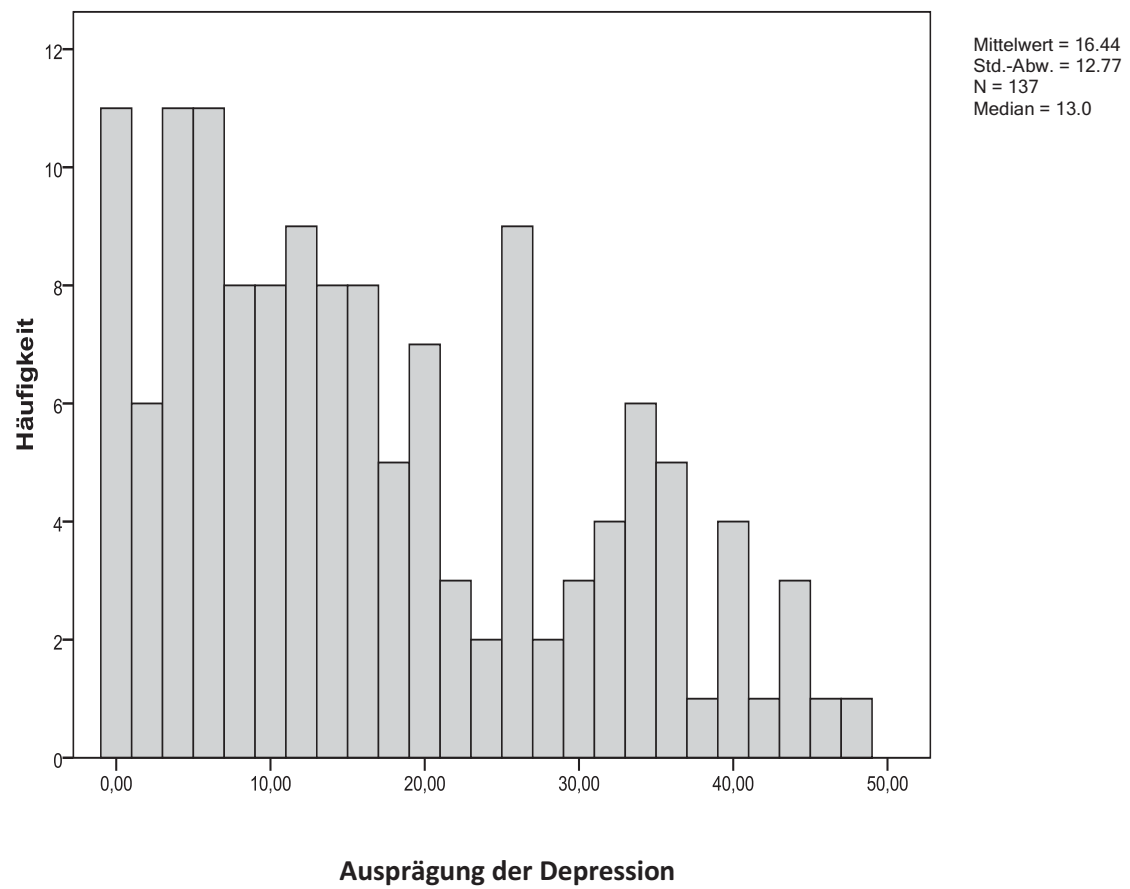


Abb. 5.3: Häufigkeitsverteilung der Skala „Depression“

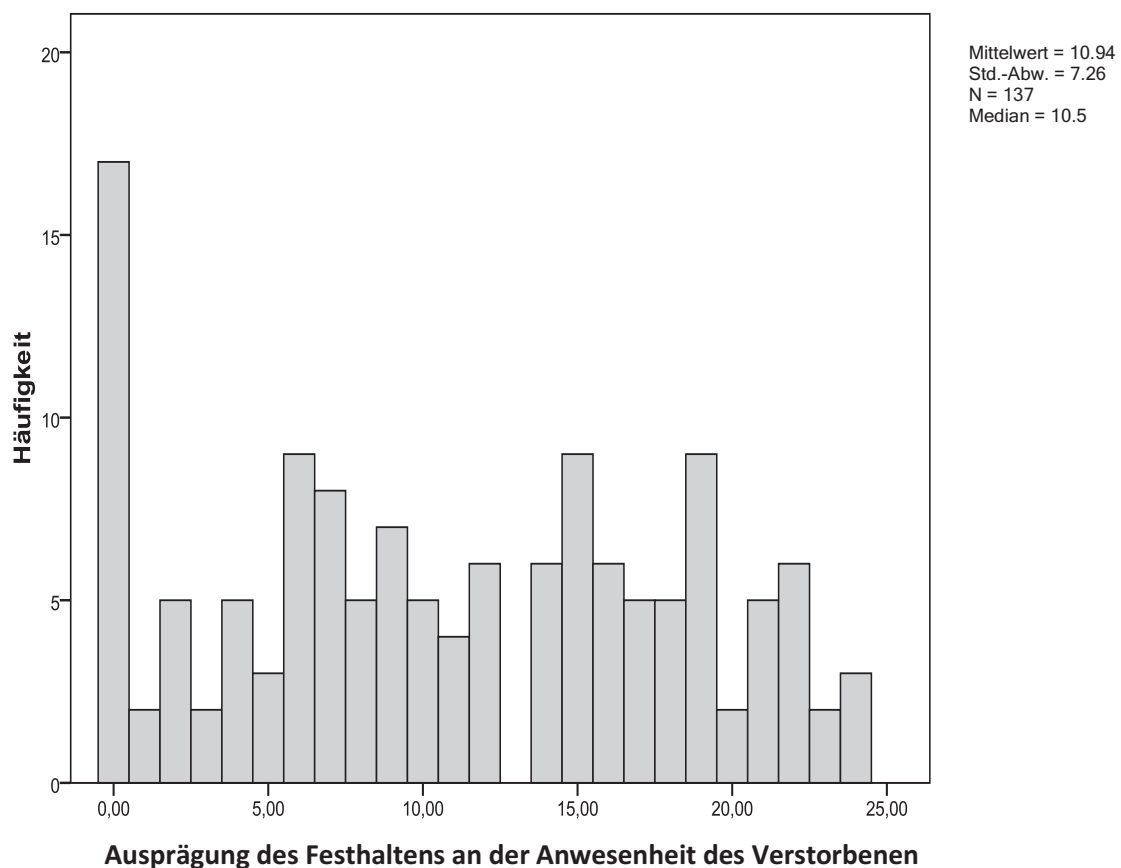


Abb. 5.4: Häufigkeitsverteilung der Skala „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“

In die Gruppe „Komplizierte Trauer“ (KT) werden nur Personen einbezogen, deren Summenwerte für alle Skalen („Intrusion“, „Depression“ und „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“) oberhalb des Medians liegen. Diese Kriterien erfüllen 37 Teilnehmer, was 27 % der Gesamtteilnehmer entspricht. Alle restlichen Teilnehmer (n = 100) bilden die Gruppe „Einfache Trauer“ (ET).

5.1.6 Zusammenfassung

Im Vergleich zum Originalfragebogen werden nach der Testanalyse einige Items entfernt und die Skalen faktorenanalytisch neu gebildet. Hierbei kommt es für die Skala „Intrusion“ zur größten Übereinstimmung mit dem Originalfragebogen. Durch die veränderte inhaltliche Zusammensetzung kommt es zu einer Neubildung der beiden anderen Skalen des Originalfragebogens „Vermeidung“ und „Anpassungsprobleme“ in „Depression“ und „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“. Die internen Konsistenzen für die neu gebildeten Skalen liegen zwischen

Cronbach $\alpha = .849$ und Cronbach $\alpha = .920$. Durch die Überprüfung der Korrelation mit den Fragebogen zur Erfassung von Trauerreaktion, Depression und ängstlichem Verhalten kann eine konvergente Validität festgestellt werden. Es zeigt sich, dass es sich bei dem KTM um ein Verfahren zur Erfassung der Trauerreaktion handelt, für das sich Hinweise auf seine Validität finden lassen.

5.2 Hypothesenprüfung

5.2.1 Unterschiede zwischen den Trauergruppen bezüglich der Bewältigungsstrategien

Um zu überprüfen, inwieweit es Unterschiede zwischen den Trauergruppen bezüglich der angewandten Bewältigungsstrategien gibt, werden zunächst Korrelationen zwischen den Skalen des KTM und den Skalen „Akzeptanz“ und „Positive Neubewertung“ des COPE berechnet (s. Tab. 5.10).

Tab. 5.10: Korrelationen der Skalen des KTM mit den Skalen des COPE

Skala	Intrusion	Depression	Festhalten
Akzeptanz	-.548**	-.458**	-.353**
Positive Neubewertung	-.441**	-.288**	-.152

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

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Die Skalen „Intrusion“ und „Depression“ korrelieren signifikant negativ mit den Bewältigungsstrategien „Akzeptanz“ und „Positive Neubewertung“. Für die Skala „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“ zeigt sich eine signifikant negative Korrelation nur mit der Akzeptanz.

Je stärker die Fähigkeit zur Akzeptanz ausgeprägt ist, desto niedriger fällt die Intensität der Intrusion, der Depression und des Festhaltens an der Anwesenheit des Verstorbenen aus. Je besser es einem Trauernden gelingt seinen Verlust positiv neu zu bewerten, desto geringer fällt die Intensität der Intrusionen und der Depression aus.

Die Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse zur Feststellung von Mittelwertunterschieden zwischen den Gruppen in Bezug auf das angewandte Bewältigungsverhalten sind in Tabelle 5.11 dargestellt.

Tab. 5.11: Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Gruppenzugehörigkeit und den Skalen des COPE als abhängigen Variablen

	KT		ET		F	p
	M	SD	M	SD		
Akzeptanz	7.41	3.45	10.09	2.54	24.624	.000
Positive Neubewertung	7.38	3.43	8.92	2.66	7.709	.006

KT = Komplizierte Trauer

ET = Einfache Trauer

Auf den Skalen des COPE zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Fähigkeit zur Akzeptanz und zur positiven Neubewertung ist in der Gruppe „Einfache Trauer“ wesentlich stärker ausgeprägt.

Da für die Skalen „Akzeptanz“ und „Positive Neubewertung“ die Voraussetzung der Varianzhomogenität für die Varianzanalysen nicht gegeben ist, wird der Mann-Whitney-U-Test durchgeführt. Beide Tests werden signifikant, d.h. die beiden Gruppen unterscheiden sich bzgl. Akzeptanz und positiver Neubewertung (Ergebnisse s. Anhang B 1).

Damit kann die Hypothese, dass einfach Trauernde signifikant häufiger die Strategien der Akzeptanz des Verlusterlebens und der positiven Neubewertung aufweisen, angenommen werden.

5.2.2 Unterschiede zwischen den Trauergruppen bezüglich des Optimismus

Zur Beantwortung des ersten Teils der Hypothese, dass sich die Trauergruppen signifikant voneinander bzgl. der Ausprägung des Optimismus unterscheiden, werden Korrelationen für den Optimismus im LOT-R mit den Skalen des KTM berechnet (s. Tab. 5.12).

Tab. 5.12: Korrelationen der Skalen des KTM mit dem LOT-R

Skala	Intrusion	Depression	Festhalten
Optimismus	-.418**	-.384**	-.276**

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

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

Je mehr Optimismus vorhanden ist, desto geringer sind die Werte auf den Skalen Intrusion, Depression und Festhalten ausgeprägt.

Zur Erfassung der Mittelwertunterschiede zwischen den Gruppen werden in einem zweiten Schritt einfaktorielle Varianzanalysen durchgeführt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 5.13 dargestellt.

Tab. 5.13: Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Gruppenzugehörigkeit und dem LOT-R als abhängiger Variable

	KT		ET		F	p
	M	SD	M	SD		
Optimismus	12.56	4.55	15.14	4.24	9.433	.003

KT = Komplizierte Trauer

ET = Einfache Trauer

Die Gruppen „Einfache Trauer“ und „Komplizierte Trauer“ unterscheiden sich signifikant in ihrer Ausprägung bzgl. des Optimismus. Kompliziert Trauernde zeigen eine geringere Ausprägung an Optimismus.

Die erste Teilhypothese, dass kompliziert Trauernde signifikant weniger Optimismus aufweisen, kann bestätigt werden.

Um die zweite Teilhypothese zu überprüfen, ob Optimisten mehr Akzeptanz als Bewältigungsstrategie einsetzen, werden die Teilnehmer anhand des Modus des Gesamtwertes des LOT-R in die Gruppen „Hoher Optimismus“ und „Geringer Optimismus“ eingeteilt. Die Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse zur Feststellung von Mittelwertunterschieden zwischen den Gruppen in Bezug auf das angewandte Bewältigungsverhalten sind in Tabelle 5.14 dargestellt.

Tab. 5.14: Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Optimismusaussprägung und der Skala „Akzeptanz“ des COPE als abhängiger Variable

	HO		GO		F	p
	M	SD	M	SD		
Akzeptanz	10.77	1.67	8.17	3.41	29.132	.000

HO = Hoher Optimismus

GO = Geringer Optimismus

Auf der Skala „Akzeptanz“ zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Fähigkeit zur Bewältigung des Verlustes des Ehepartners durch Akzeptanz ist in der Gruppe der Menschen mit hohem Optimismus signifikant stärker ausgeprägt.

Die zweite Teilhypothese kann bestätigt werden, Optimisten sind besser in der Lage, den Verlust des Partners zu bewältigen.

Um die dritte Teilhypothese zu überprüfen, nämlich inwieweit die Zusammenhänge zwischen der Trauerreaktion und dem Bewältigungsverhalten bzw. Optimismus über einen Einfluss der Fähigkeit zur Akzeptanz zustande kommen, wird die Skala Akzeptanz auspartialisiert. Die Ergebnisse der Partialkorrelationen finden sich in Tabelle 5.15.

Tab. 5.15: Korrelationen und Partialkorrelationen der Bewältigungsstrategie „Akzeptanz“ mit den Skalen des KTM „Intrusion“, „Depression“ und „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“ und Optimismus im LOT-R und der Skala „Positive Neubewertung“ des COPE

Kontrollvariable	Skala	Intrusion	Depression	Festhalten
Akzeptanz	Positive	-.140	.015	.107
	Neubewertung			
	Optimismus	-.222	-.229	-.236

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

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

Zwischen der Skala „Positive Neubewertung“ und den Skalen des KTM können nach der Auspartialisierung der Skala „Akzeptanz“ keine signifikanten Korrelationen mehr ermittelt werden. Dass Trauernde, denen es gelingt, ihren Verlust positiv neu zu bewerten,

eine weniger starke Trauerreaktion zeigen, hängt also bedeutsam vom Ausmaß der Akzeptanz ab. Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich für den Optimismus. Auch hier besteht nach Auspartialisieren der Akzeptanz kein signifikanter Zusammenhang mehr mit den Skalen des KTM. Das Ausmaß der Intrusionen, der Depression und des Festhaltens an dem Verstorbenen bei Optimisten hängt eher mit der Fähigkeit zur Akzeptanz zusammen.

Die dritte Teilhypothese, dass der Zusammenhang zwischen der Trauerreaktion und dem Optimismus von der Fähigkeit zur Akzeptanz beeinflusst wird, kann bestätigt werden.

Um die vierte Teilhypothese zu überprüfen, inwieweit nämlich die Zusammenhänge zwischen der Trauerreaktion und dem Bewältigungsverhalten bzw. Optimismus über einen Einfluss der Fähigkeit zur positiven Neubewertung zustande), wird die Skala „Positive Neubewertung“ auspartialisiert. Die Ergebnisse der Partialkorrelationen finden sich in Tabelle 5.16.

Tab. 5.16: Korrelationen und Partialkorrelationen der Bewältigungsstrategie „Positive Neubewertung“ mit den Skalen des KTM „Intrusion“, „Depression“ und „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“ und Optimismus im LOT-R und der Skala „Akzeptanz“ des COPE

Kontrollvariable	Skala	Intrusion	Depression	Festhalten
Positive	Optimismus	-.267**	-.304**	-.235**
Neubewertung	Akzeptanz	-.394**	-.373**	-.342**

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

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

Zwischen der Skala „Optimismus“ und den Skalen des KTM reduziert sich nach der Auspartialisierung der Skala „Positive Neubewertung“ der Zusammenhang geringfügig. Es können aber weiterhin signifikante Korrelationen ermittelt werden. Auch die Korrelationen zwischen Akzeptanz und den Skalen des KTM bleiben nach der Auspartialisierung signifikant. Der Zusammenhang zwischen Optimismus und der Trauerreaktion sowie zwischen Akzeptanz und der Trauerreaktion scheint nicht bedeutend von der Fähigkeit zur positiven Neubewertung beeinflusst zu werden.

Die Hypothese, dass sich der Zusammenhang nach Auspartialisierung der positiven Neubewertung signifikant reduziert, kann nicht bestätigt werden.

5.2.3 Unterschiede zwischen den Trauergruppen bezüglich Neurotizismus, Offenheit und Gewissenhaftigkeit

Zur Untersuchung der Zusammenhänge zwischen den Skalen des KTM und den Persönlichkeitsvariablen Neurotizismus, Offenheit für neue Erfahrungen und Gewissenhaftigkeit werden Korrelationen durchgeführt (s. Tab. 5. 17).

Tab. 5.17: Korrelationen der Skalen des KTM mit den Skalen des NEO-FFI

Skala	Intrusion	Depression	Festhalten
Neurotizismus	.545**	.544**	.451**
Gewissenhaftigkeit	-.057	-.135	-.161
Offenheit	-.118	-.033	-.016

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

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

„Neurotizismus“ korreliert signifikant mit allen Skalen des KTM. Je stärker der Neurotizismus-Wert einer Person ausgeprägt ist, desto stärker ist die Ausprägung der Intrusion, der Depression und des Festhaltens an der Anwesenheit des Verstorbenen. Für die Skalen „Gewissenhaftigkeit“ und „Offenheit für neue Erfahrungen“ des NEO-FFI mit den Skalen des KTM ergeben sich keine signifikanten Korrelationen.

Die Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalysen für die Unterschiede zwischen den Trauergruppen auf den Persönlichkeitsvariablen sind in Tabelle 5.18 dargestellt.

Tab. 5.18: Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Gruppenzugehörigkeit und den Skalen „Neurotizismus“, „Offenheit für neue Erfahrungen“ und „Gewissenhaftigkeit“ des NEO-FFI als abhängigen Variablen

	KT		ET		F	p
	M	SD	M	SD		
Neurotizismus	26.92	7.75	19.16	8.33	24.296	.000
Offenheit	26.03	5.92	27.54	6.33	1.596	.209
Gewissenhaftigkeit	31.95	6.62	32.12	6.33	0.020	.888

KT = Komplizierte Trauer

ET = Einfache Trauer

Auf den drei erhobenen Skalen des NEO-FFI zeigt sich nur für die Skala „Neurotizismus“ ein signifikanter Unterschied zwischen den Trauergruppen. Die Ausprägung des Neurotizismus ist bei kompliziert Trauernden wesentlich höher als bei einfach Trauernden. Keine Unterschiede zeigen sich für die Skalen „Offenheit für neue Erfahrungen“ und „Gewissenhaftigkeit“.

Zur Überprüfung, inwieweit Wechselwirkungen mit dem Geschlecht für diese Ergebnisse verantwortlich sein könnten, werden Multivariate Varianzanalysen durchgeführt. Wechselwirkungen werden nur für die Skala „Gewissenhaftigkeit“ signifikant (s. Tab. 5.19)

Tab. 5.19: Ergebnisse der Multivariaten Varianzanalyse mit den unabhängigen Variablen „Trauergruppe“ und „Geschlecht“ und der Skala Gewissenhaftigkeit des NEO-FFI als abhängiger Variable

Varianzquelle	Abhängige Variable	df	F	p
Trauergruppe	Gewissenhaftigkeit	1	0.463	.067
Geschlecht	Gewissenhaftigkeit	1	5.958	.016
Trauergruppe x Geschlecht	Gewissenhaftigkeit	1	5.810	.017

Bezüglich der abhängigen Variable „Gewissenhaftigkeit“ wird der Haupteffekt „Geschlecht“ signifikant, nicht jedoch der Haupteffekt „Trauergruppe“. Frauen haben signifikant höhere Werte auf der Skala „Gewissenhaftigkeit“. Es zeigt sich eine

signifikante Wechselwirkung bei $\alpha = 5\%$ ($F(1;1) = 5.810$; $p = .017$). Männer in der Gruppe der kompliziert Trauernden zeigen eine geringere Ausprägung an Gewissenhaftigkeit als einfach trauernde Männer, wohingegen dies für die Frauen nicht zutrifft (s. Abb. 5.5).

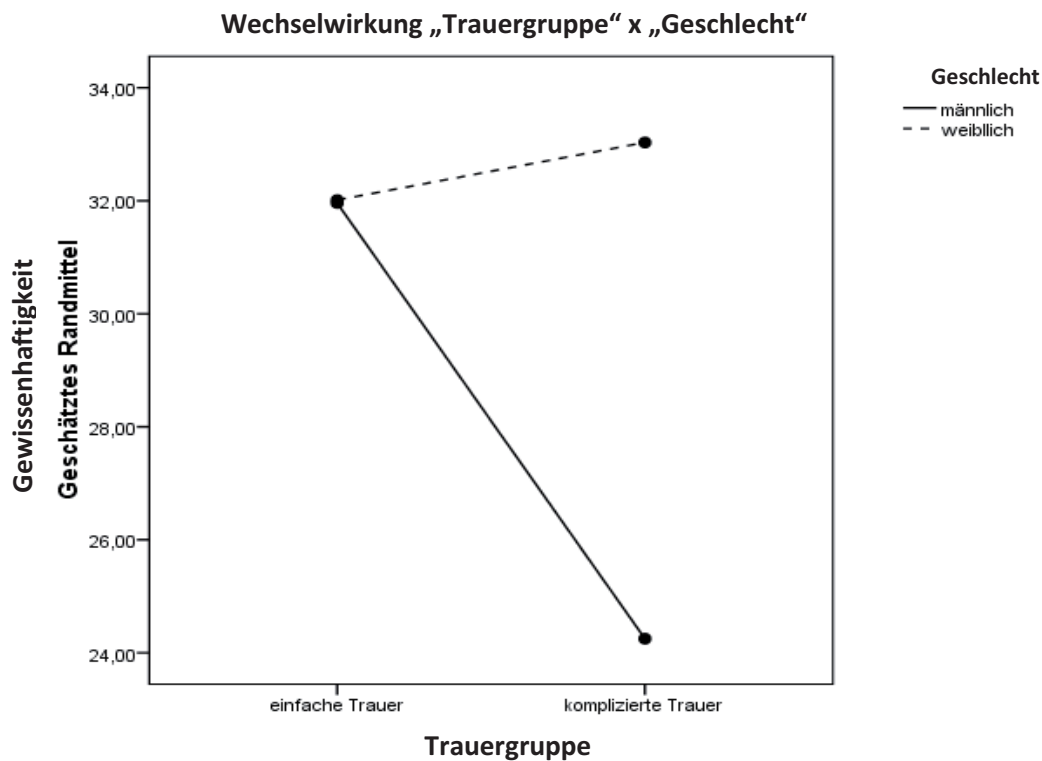


Abb. 5.5: Wechselwirkungen zwischen den unabhängigen Variablen „Trauergruppe“ und „Geschlecht“ bei der abhängigen Variable „Gewissenhaftigkeit“ des NEO-FFI

Die Hypothese, dass kompliziert Trauernde höhere Neurotizismuswerte aufweisen als einfach Trauernde kann angenommen werden.

Die Hypothese, dass sie eine signifikant geringere Ausprägung an Gewissenhaftigkeit aufweisen, wird teilweise bestätigt. Diese Hypothese trifft nur für Männer zu, jedoch nicht für Frauen.

Die Hypothese, dass kompliziert Trauernde ein geringeres Ausmaß an Offenheit für neue Erfahrungen aufweisen, muss abgelehnt werden.

5.2.4 Unterschiede zwischen den Trauergruppen bezüglich der vorhandenen Kontrollüberzeugungen

Zur Überprüfung der Hypothese zu den Kontrollüberzeugungen bei Trauernden werden zunächst Korrelationen durchgeführt (s. Tab. 5.20).

Tab. 5.20: Korrelationen der Skalen des KTM mit den Skalen des IPC

Skala	Intrusion	Depression	Festhalten
Fatalistische Externalität	.291**	.312**	.380**
Internalität	-.217*	-.167	-.111

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

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

Die Korrelationen für die Skalen des KTM mit der Skala „Fatalistische Externalität“ werden signifikant. Personen, die ein hohes Ausmaß an fatalistischer Externalität bzgl. ihrer Kontrollüberzeugungen zeigen, zeigen signifikant mehr Anzeichen von Intrusion, Depression und Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen. Die Skala „Internalität“ des IPC korreliert nur mit der Skala „Intrusion“ signifikant. Je höher eine interne Kontrollüberzeugung ausgeprägt ist, desto weniger Intrusionen werden gezeigt.

Die Ergebnisse der Varianzanalyse zur Berechnung von Unterschieden zwischen den Trauergruppen sind in Tab. 5.21 dargestellt.

Tab. 5.21: Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Gruppenzugehörigkeit und den Skalen „Fatalistische Externalität“ und „Internalität“ des IPC als abhängigen Variablen

	KT		ET		F	p
	M	SD	M	SD		
Fatalistische Externalität	21.03	5.35	17.19	5.97	11.725	.001
Internalität	25.59	5.21	26.34	4.36	0.701	.404

KT = Komplizierte Trauer

ET = Einfache Trauer

Auf den Skalen des IPC zur Messung der Kontrollüberzeugungen ergeben sich signifikante Unterschiede zwischen kompliziert Trauernden und einfach Trauernden für die Skala „Fatalistische Externalität“. Kompliziert Trauernde sind mehr davon überzeugt, dass das Leben von unbeeinflussbaren Umständen wie Schicksal oder Pech bestimmt wird. Die Skala „Internalität“ wird nicht signifikant, es gibt keine Unterschiede bzgl. des Gefühls der subjektiven Beeinflussbarkeit des eigenen Lebens zwischen den beiden Gruppen.

Die Teilhypothese, dass kompliziert Trauernde mehr fatalistisch externe Kontrollüberzeugungen aufweisen, kann bestätigt werden.

Die Teilhypothese, dass sie weniger interne Kontrollüberzeugungen besitzen, muss abgelehnt werden.

5.2.5 Unterschiede zwischen den Trauergruppen bezüglich der Resilienz

In Tab. 5.22 sind die Ergebnisse der Korrelationen der Skalen des KTM mit der Skala „Resilienz“ abgetragen.

Tab. 5.22: Korrelationen der Skalen des KTM mit den Skalen des NEO-FFI, des IPC, der Skala Resilienz und dem SWLS

Skala	Intrusion	Depression	Festhalten
Resilienz	-.192*	-.300*	-.101

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

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

Resilienz korreliert signifikant negativ mit den Skalen „Intrusion“ und „Depression“, jedoch nicht bedeutsam mit der Skala „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“. Trauernde, die ein hohes Ausmaß an Resilienz aufweisen, zeigen weniger Probleme mit Intrusionen und Depression.

Die Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalysen für die Unterschiede zwischen den Trauergruppen hinsichtlich ihrer psychischen Widerstandsfähigkeit sind in Tabelle 5.23 dargestellt.

Tab. 5.23: Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Gruppenzugehörigkeit und der Skala „Resilienz“ des RS-11 als abhängiger Variable

	KT		ET		F	p
	M	SD	M	SD		
Resilienz	54.08	12.26	58.65	11.10	4.233	.042

KT = Komplizierte Trauer

ET = Einfache Trauer

Der Unterschied zwischen den Trauergruppen auf der Skala Resilienz wird auf dem 5 %-Niveau signifikant. Einfach Trauernde zeigen ein höheres Ausmaß an Resilienz im Vergleich zu kompliziert Trauernden.

Damit kann die Hypothese, dass kompliziert Trauernde eine signifikant geringere psychische Widerstandsfähigkeit aufweisen, angenommen werden.

5.2.6 Unterschiede zwischen den Trauergruppen bezüglich der Lebenszufriedenheit

Die Skala „Lebenszufriedenheit“ wird mit den Skalen des KTM korreliert. Die Ergebnisse sind in Tab. 5.24 dargestellt.

Tab. 5.24: Korrelationen der Skalen des KTM mit dem SWLS

Skala	Intrusion	Depression	Festhalten
Lebenszufriedenheit	-.402**	-.395**	-.195*

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

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

Die Korrelation der Lebenszufriedenheit mit dem KTM wird für alle Skalen signifikant. Je zufriedener eine Person insgesamt mit ihrem Leben ist, desto geringer fallen ihre Werte für die Skalen Intrusion, Depression und Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen aus.

Die Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalysen für die Unterschiede zwischen den Trauergruppen bzgl. der Lebenszufriedenheit sind in Tabelle 5.25 dargestellt.

Tab. 5.25: Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Gruppenzugehörigkeit und der Skala „Lebenszufriedenheit“ des SWLS als abhängiger Variable

	KT		ET		F	p
	M	SD	M	SD		
Lebenszufriedenheit	18.30	6.12	21.68	7.29	6.297	.013

KT = Komplizierte Trauer

ET = Einfache Trauer

Für die Skala „Lebenszufriedenheit“ bestehen signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen. Kompliziert Trauernde zeigen eine weniger stark ausgeprägte globale Lebenszufriedenheit als einfach Trauernde.

Die Hypothese zur Lebenszufriedenheit bei kompliziert Trauernden kann angenommen werden.

5.2.7 Geschlechtsunterschiede

5.2.7.1 Unterschiede zwischen den Geschlechtern bezüglich der Häufigkeit der komplizierten Trauer

Zur Überprüfung der Fragestellung, inwieweit die Zugehörigkeit zu einer der beiden Trauergruppen abhängig ist vom Geschlecht des Teilnehmers wird ein Chi-Quadrat-Test berechnet.

Die Abbildung 5.6 zeigt die Häufigkeitsverteilung der Teilnehmer auf die vier Möglichkeiten der Kombination Geschlecht x Trauergruppe auf.

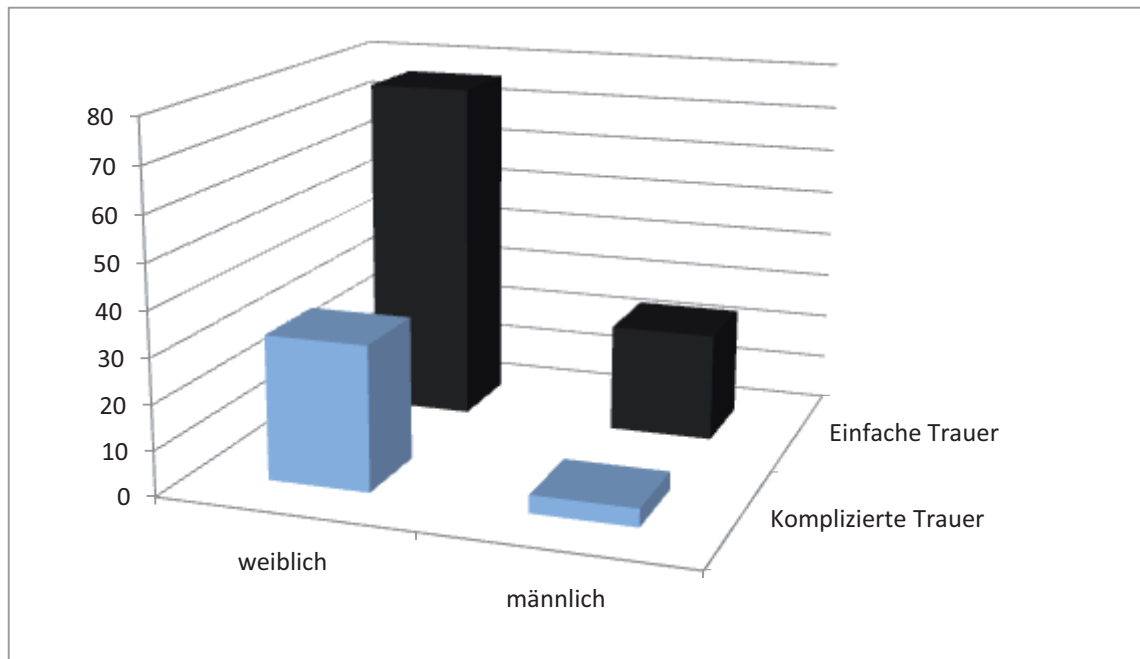


Abb. 5.6: Häufigkeitsverteilung Geschlecht und Trauergruppenzugehörigkeit

Die Kreuztabelle des Chi-Quadrat-Test ist in Tab. 5.26 dargestellt, das Ergebnis des Chi-Quadrat-Tests in Tab. 5.27.

Tab. 5.26: Kreuztabelle der Chi-Quadrat-Testung Geschlecht x Trauergruppe

			Trauergruppe		Gesamt
			KT	ET	
Geschlecht	Männer	Anzahl	4	24	28
		erwartet	7.4	20.6	
	Frauen	Anzahl	32	76	108
		erwartet	28.6	79.4	
Gesamt			36	100	136

Tab. 5.27: Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson Geschlecht x Trauergruppe

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz
χ^2	2.690	1	.101

Das Ergebnis ist mit $\chi^2 = 2.690$ nicht signifikant. Es lässt sich noch in einem ausreichenden Maße auf eine zufällige Verteilung zurückführen, d.h. von einer

Abhängigkeit des Geschlechts zu einer Zugehörigkeit zu einer Trauergruppe kann nicht ausgegangen werden. Es ist weiterhin davon auszugehen, dass kein Unterschied in der Verteilung zwischen Männern und Frauen bzgl. der Trauergruppenzugehörigkeit besteht.

Die Hypothese, dass es keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen in der Häufigkeit des Auftretens einer komplizierten Trauer gibt, kann nicht widerlegt werden.

5.2.7.2 Unterschiede zwischen den Geschlechtern bezüglich des Bewältigungsverhaltens, des Optimismus und der Persönlichkeitsvariablen

Um zu überprüfen, ob sich Männer und Frauen hinsichtlich ihres Bewältigungsverhaltens, ihres Optimismus und ihrer Persönlichkeitsvariablen unterscheiden, werden einfaktorielle Varianzanalysen berechnet, deren Ergebnisse in Tabelle 5.28 abgebildet sind.

Tab. 5.28: Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Geschlecht und den Skalen „Akzeptanz“ und „Positive Neubewertung“ des COPE, des LOT-R, „Neurotizismus“, „Offenheit“ und „Gewissenhaftigkeit“ des NEO-FFI, „Internalität“ und „Fatalistische Externalität“ des IPC, des RS-11 und des SWLS als abhängigen Variablen

	Männer		Frauen		F	p
	M	SD	M	SD		
Akzeptanz	9.68	3.06	9.26	3.06	0.419	.519
Positive Neubewertung	8.79	3.05	8.40	2.94	0.382	.538
Optimismus	15.29	5.06	14.22	4.31	1.266	.263
Neurotizismus	17.21	9.12	22.31	8.56	7.690	.006
Offenheit	25.29	6.70	27.64	6.07	3.198	.076
Gewissenhaftigkeit	30.86	6.23	32.31	6.39	1.153	.285
Internalität	28.14	4.62	26.65	4.47	6.795	.010
Fatalistische Externalität	16.86	5.92	18.61	6.07	1.862	.175
Resilienz	59.46	12.39	57.67	11.43	0.240	.625
Lebenszufriedenheit	23.89	7.36	19.89	6.88	7.320	.008

Bezüglich der Skalen „Akzeptanz“ und „Positive Neubewertung“ des COPE gibt es keine signifikanten Unterschiede. Männer und Frauen unterscheiden sich nicht wesentlich in der Fähigkeit den Tod des Partners zu akzeptieren und den Verlust positiver neu zu bewerten.

Die Ergebnisse der Mittelwertanalyse für den Optimismus im LOT-R werden nicht signifikant. Es bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen bzgl. ihrer Ausprägung an Optimismus.

Auf den drei erhobenen Skalen des NEO-FFI zeigt sich nur für die Skala „Neurotizismus“ ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern. Die Ausprägung des Neurotizismus ist bei Frauen wesentlich höher als bei Männern. Keine Unterschiede zeigen sich für die Skalen „Offenheit für neue Erfahrungen“ und „Gewissenhaftigkeit“.

Auf den Skalen des IPC ergeben sich signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen für die Skala „Internalität“. Männer weisen ein größeres Gefühl der subjektiven Beeinflussbarkeit des eigenen Lebens auf als Frauen. Die Skala „Fatalistische Externalität“ wird nicht signifikant.

Der Unterschied zwischen den Geschlechtern auf der Skala Resilienz wird nicht signifikant.

Für die Skala „Lebenszufriedenheit“ bestehen signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Männer zeigen eine stärker ausgeprägte globale Lebenszufriedenheit als Frauen.

Die Hypothese, dass sich Männer und Frauen nicht in Akzeptanz und positiver Neubewertung unterscheiden, kann nicht widerlegt werden.

5.2.7.3 Unterschiede zwischen den Geschlechtern bezüglich der psychischen und somatischen Symptome

Zur Beantwortung der Frage, ob es Unterschiede zwischen den Geschlechtern bzgl. psychischer und somatischer Symptome sowie der Ausprägung ihrer Trauerreaktion, ihres Bewältigungsverhaltens, ihres Optimismus und weiterer Persönlichkeitsvariablen gibt, werden einfaktorielle Varianzanalysen berechnet (s. Tab. 5.29).

Tab. 5.29: Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Geschlecht und den Skalen „Intrusion“, „Depression“, „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“ des KTM, „Trauerreaktion“ des TRIG, „Depressivität“ des BDI-II, „Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“, „Unsicherheit“, „Depressivität“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität“, „Phobische Ängste“, „Paranoides Denken“ und „Psychotizismus“ des SCL-90-R, „Intrusion“, „Vermeidung“ und „Übererregung“ des IES-R und „Gesundheitszustand“ des SF-12 als abhängigen Variablen

	Männer		Frauen		F	p
	M	SD	M	SD		
Intrusion (KTM)	20.32	10.72	26.71	11.02	7.559	.007
Depression (KTM)	13.82	12.15	17.03	12.93	1.401	.239
Festhalten	8.39	6.84	11.49	7.18	4.198	.042
Trauerreaktion (TRIG)	45.22	15.07	52.95	12.88	7.263	.008
Depressivität (BDI-II)	12.50	10.66	14.30	9.46	0.761	.385
Somatisierung	8.00	7.42	10.31	8.73	1.656	.200
Zwanghaftigkeit	8.57	7.45	10.23	8.07	0.970	.327
Unsicherheit	5.61	7.81	5.95	6.46	2.680	.104
Depressivität (SCL-90-R)	11.57	10.10	16.01	11.53	3.453	.065
Ängstlichkeit	5.21	6.79	6.94	6.66	1.490	.224
Aggressivität	2.71	3.36	3.07	3.40	0.250	.618
Phobische Ängste	2.54	3.25	3.66	4.58	1.485	.225
Paranoides Denken	2.79	3.70	3.99	4.28	1.860	.175
Psychotizismus	4.61	6.71	5.31	4.89	0.395	.531
Intrusion (IES-R)	9.41	6.14	12.47	5.11	7.151	.008
Vermeidung	5.48	5.98	7.33	4.98	2.751	.100
Übererregung	6.00	4.43	8.33	5.40	4.314	.040
Gesundheitszustand	33.06	9.54	32.37	6.87	0.176	.676

Da für die Skalen „Phobische Ängste“ des SCL-90-R und „Gesundheitszustand“ des SF-12 die Voraussetzung der Varianzhomogenität für die Varianzanalyse nicht gegeben ist, wird der Mann-Whitney-U-Test durchgeführt. Beide Tests werden nicht signifikant,

d.h. Männer und Frauen unterscheiden sich nicht signifikant bzgl. dieser Skalen (Ergebnisse s. Anhang B 2 und 3).

Signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen zeigen sich auf den Skalen „Intrusion“ und „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“ des KTM, jedoch nicht auf der Skala „Depression“. Frauen zeigen im Vergleich zu den Männern ein höheres Ausmaß an Intrusionen und halten stärker an der Anwesenheit des Verstorbenen im Alltag fest.

Sie unterscheiden sich signifikant in der Stärke der Trauerreaktion. Frauen zeigen eine deutlich ausgeprägtere Trauerreaktion im Vergleich zu den Männern.

Weiterhin findet sich kein Unterschied bzgl. der Depressivität im BDI-II und im SCL-90-R. Auch auf den anderen Skalen des SCL-90-R zeigen sich keine signifikanten Unterschiede für Männer und Frauen.

Die Werte auf den Skalen „Intrusion“ und „Übererregung“ des IES-R sind für die Gruppe der Frauen signifikant stärker ausgeprägt als für die Gruppe der Männer. Frauen zeigen mehr Symptome der Übererregung und erleben mehr Intrusionen. Die Skala „Vermeidung“ weist keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern auf.

Bezüglich des Gesundheitszustandes gibt es keinen Unterschied zwischen den Gruppen.

Da entgegen der Erwartungen auf allen Skalen zur Depressivität (KTM, BDI-II und SCL-90-R) keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern gefunden werden, werden zur genaueren Überprüfung die Itemebenen der Skalen herangezogen und Varianzanalysen berechnet. Hier zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen Männern und Frauen für die Bereiche „Weinen“, „Sorgen machen“, „Schwermut“, „Interesse an Sexualität“ und „Hoffnungslosigkeit“ (s. Tab. 5.30). Alle anderen nicht-signifikanten Ergebnisse finden sich im Anhang B 4 und 5.

Tab. 5.30: Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Geschlecht und den Items „Weinen“ des BDI-II, „Sorgen machen“, „Schwermut“, „Interesse an Sexualität“ und „Hoffnungslosigkeit“ des SCL-90-R als abhängigen Variablen

	Männer		Frauen		F	p
	M	SD	M	SD		
Weinen	0.61	0.69	1.05	0.92	5.622	.019
Sorgen machen	1.04	1.07	1.81	1.35	7.990	.005
Schwermut	0.96	1.32	1.53	1.40	3.761	.055
Sexualität	1.04	1.23	1.62	1.65	3.023	.085
Hoffnungslosigkeit	1.04	1.19	1.54	1.41	2.932	.089

Im Vergleich zu Männern weinen Frauen signifikant häufiger und haben häufiger das Gefühl, sich Sorgen machen zu müssen. Auf dem 10 %-Niveau werden die Items zu „Schwermut“, „Interesse an Sexualität“ und „Hoffnungslosigkeit“ signifikant. Trauernde Frauen sind deutlich schwermütiger als Männer, leiden unter mehr Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft und haben weniger Interesse an Sexualität als Männer.

Insgesamt unterscheiden sich Männer und Frauen also nicht hinsichtlich ihrer Depressivität, Frauen leiden jedoch unter einzelnen Symptomen stärker als Männer.

Die Überprüfung der abhängigen Variablen auf Wechselwirkungen zwischen Geschlecht und Trauergruppe erbringt nur für die Skala „Gesundheitszustand“ signifikante Ergebnisse (s. Tab. 5.31).

Tab. 5.31: Ergebnisse der Multivariaten Varianzanalyse mit den unabhängigen Variablen „Trauergruppe“ und „Geschlecht“ und dem SF-12 als abhängiger Variable

Varianzquelle	Abhängige Variable	df	F	p
Trauergruppe	Gesundheitszustand	1	17.440	.000
Geschlecht	Gesundheitszustand	1	2.001	.160
Trauergruppe x Geschlecht	Gesundheitszustand	1	5.216	.024

Die Überprüfung mittels Multivariater Varianzanalysen ergibt, dass der Haupteffekt „Trauergruppe“ signifikant wird, nicht jedoch der Haupteffekt „Geschlecht“.

Einfach Trauernde weisen einen besseren Gesundheitszustand auf als kompliziert Trauernde. Es zeigt sich eine signifikante Wechselwirkung bei $\alpha = 5\%$ ($F(1;1) = 5.216$; $p = .024$). Männer in der Gruppe der kompliziert Trauernden zeigen geringere Werte im Fragebogen SF-12 zum Gesundheitszustand als einfach trauernde Männer, d.h. einfach trauernde Männer sind in einem besseren gesundheitlichen Zustand als die kompliziert trauernden Männer. Bei Frauen besteht kein so deutlicher Unterschied (s. Abb. 5.7).

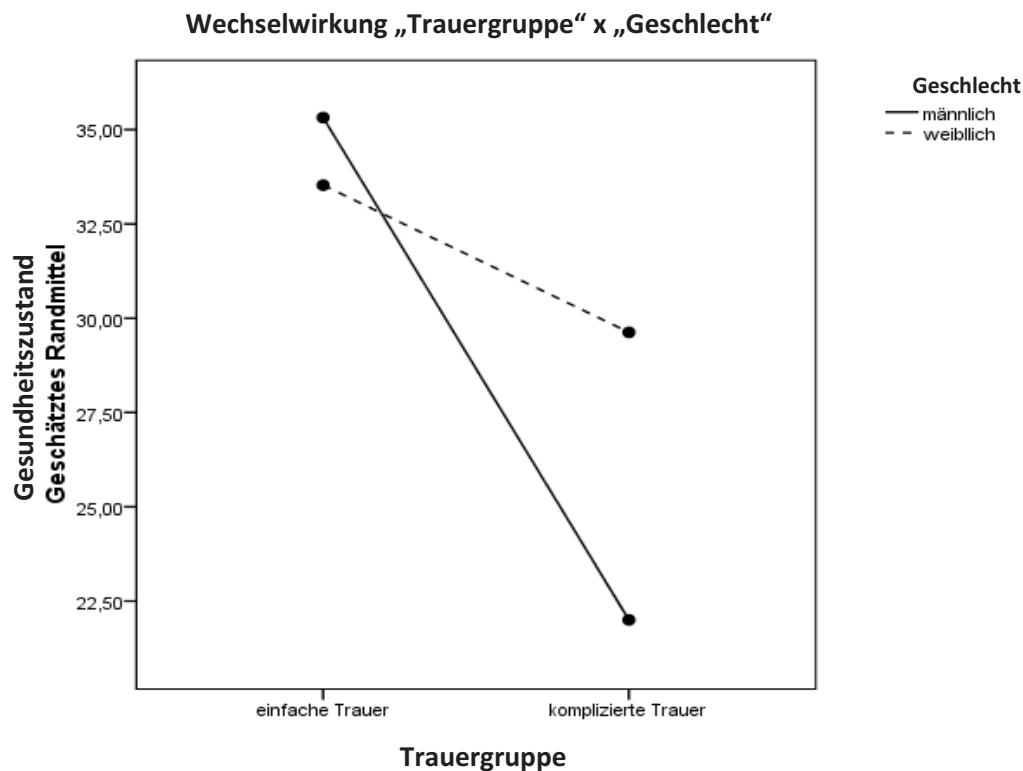


Abb. 5.7: Wechselwirkungen zwischen den unabhängigen Variablen „Trauergruppe“ und „Geschlecht“ bei der abhängigen Variable „Gesundheitszustand“ des SF-12

Die Hypothese, dass Frauen mehr unter psychischen und somatischen Symptomen leiden, kann teilweise angenommen werden. Frauen scheinen insgesamt eine stärker ausgeprägte Trauerreaktion mit mehr Intrusionen, Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen, Neurotizismus und Übererregung sowie weniger internalen Kontrollüberzeugungen und Lebenszufriedenheit zu zeigen. Auf der Symptomebene berichten sie auch über mehr depressive Symptome. Kompliziert trauernde Männer leiden häufiger als einfach trauernde Männer unter somatischen Symptomen.

5.2.8 Unterschiede zwischen den Trauergruppen bezüglich des Alters

Zur Beantwortung der Frage, ob ältere Menschen signifikant seltener unter einer komplizierten Trauer als jüngere leiden, werden zunächst Korrelationen zwischen den Skalen des KTM und dem Alter der Teilnehmer durchgeführt (s. Tab. 5.32).

Tab. 5.32: Korrelationen der Skalen des KTM mit dem Alter

Skala	Intrusion	Depression	Festhalten
Alter	-.040	-.142	.082

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

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

Eine Korrelation der Skalen des KTM mit dem Alter ergibt keine signifikanten Ergebnisse. Das Alter scheint auf die Ausprägung der Intrusion, der Depression und des Festhaltens an der Anwesenheit des Verstorbenen bei den Trauernden keinen Einfluss zu haben.

In den Tabellen 5.33 und 5.34 sind die Ergebnisse der Varianzanalyse zur Bestimmung von Unterschieden bzgl. des Alters zwischen den Trauergruppen und zwischen den Geschlechtern dargestellt.

Tab. 5.33: Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Gruppenzugehörigkeit und dem Alter als abhängiger Variable

	KT		ET		F	p
	M	SD	M	SD		
Alter	59.57	11.59	61.02	10.51	0.460	.499

KT = Komplizierte Trauer

ET = Einfache Trauer

Es gibt keine Unterschiede bzgl. des Alters der Teilnehmer zwischen den Gruppen.

Tab. 5.34: Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Geschlecht und dem Alter als abhängiger Variable

	Männer		Frauen		F	p
	M	SD	M	SD		
Alter	67.93	10.20	58.72	10.14	17.604	.000

Die Gruppen unterscheiden sich signifikant bzgl. des Alters. Die teilnehmenden verwitweten Männer waren signifikant älter als die Frauen.

Die Hypothese, dass jüngere Menschen signifikant häufiger unter einer komplizierten Trauer leiden, kann nicht bestätigt werden. Bezüglich des Alters ist jedoch auffällig, dass die teilnehmenden Männer signifikant älter sind als die teilnehmenden Frauen. Dieses Ergebnis ist aber nicht überraschend, da diese Unterschiede aufgrund der Unterschiede in der Sterblichkeit zwischen Männern und Frauen zu erwarten sind.

5.2.9 Unterschiede zwischen den Trauergruppen bezüglich der Ausprägung der Trauerreaktion

Zur Überprüfung der Unterschiede im Verlauf der Stärke der Trauerreaktion zwischen kompliziert Trauernden und einfach Trauernden werden zunächst Korrelationen zwischen den Skalen des KTM und dem Abstand vom Todestag (s. Tab. 5. 35) sowie dem TRIG (s. Tab. 5.36) berechnet.

Tab. 5.35: Korrelationen der Skalen des KTM mit dem zeitlichen Abstand vom Todestag des Partners

Skala	Intrusion	Depression	Festhalten
Abstand Todestag	-.337**	-.295*	-.279**

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

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

Der zeitliche Abstand vom Todestag des Verstorbenen weist eine signifikante Korrelation mit den Skalen des KTM auf. Je größer der Abstand vom Todestag ist, desto geringer fallen die Werte für Intrusion, Depression und Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen aus. Mit der Zeit scheinen die Trauersymptome also nachzulassen.

Das TRIG weist hohe Korrelationen mit den Skalen des KTM auf (s. Kap. 5.1.4.1, Tab. 5.4). Personen, die im TRIG hohe Trauerwerte erreichen, weisen auch im KTM hohe Ausprägungen auf den einzelnen Skalen auf.

In einem weiteren Schritt werden zur Überprüfung von Gruppenunterschieden Varianzanalysen mit dem Abstand vom Todestag, dem TRIG und den Skalen des KTM als abhängigen Variablen berechnet (s. Tab. 5.36).

Tab. 5.36: Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Gruppenzugehörigkeit und dem Abstand vom Todestag, dem TRIG und den Skalen des KTM als abhängigen Variablen

	KT		ET		F	p
	M	SD	M	SD		
Abstand Todestag	2.62	1.09	3.48	1.54	9.717	.002
Trauerreaktion	61.84	8.55	47.51	13.08	38.144	.000
Intrusion	35.89	4.15	21.62	10.54	63.904	.000
Depression	29.76	9.63	11.51	9.98	91.978	.000
Festhalten	18.49	3.47	8.12	6.21	91.935	.000

KT = Komplizierte Trauer

ET = Einfache Trauer

Die Gruppen „Komplizierte Trauer“ und „Einfache Trauer“ unterscheiden sich signifikant bzgl. des Abstands vom Todestag, der Ausprägung ihrer Trauerreaktion im TRIG und der Ausprägung der Intrusion, der Depression und des Festhaltens an der Anwesenheit des Verstorbenen. Alle Symptome sind bei der Gruppe „Komplizierte Trauer“ stärker ausgeprägt und sie sind weniger lange verwitwet als einfach Trauernde.

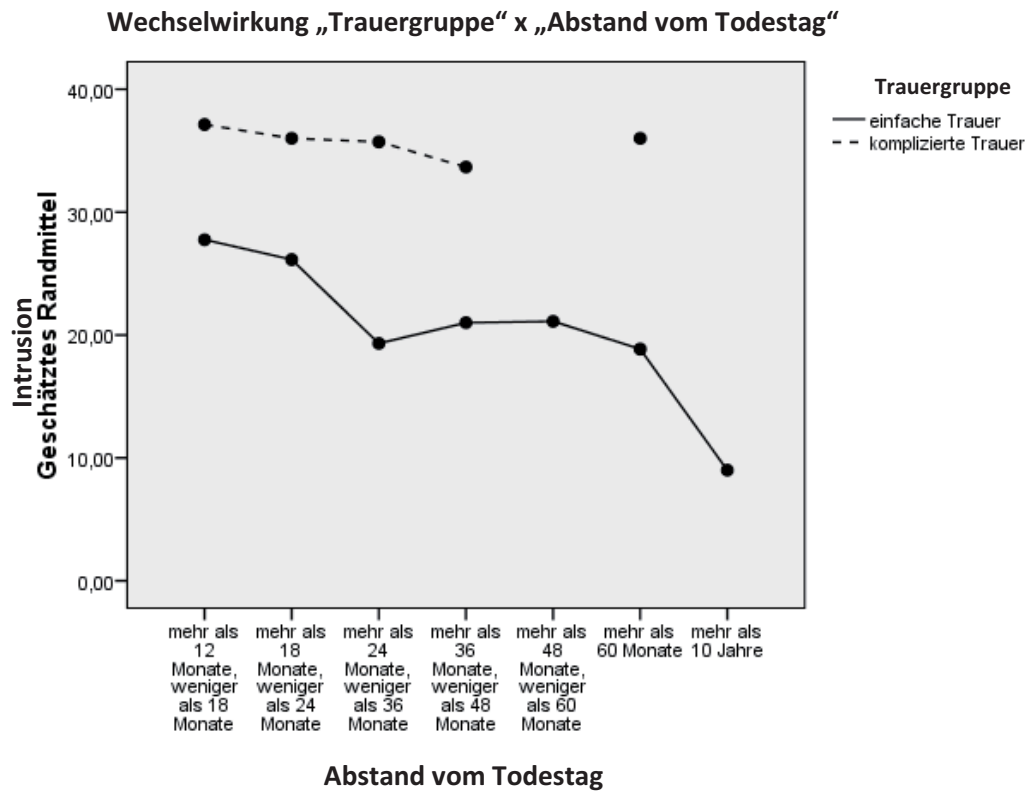
Da für die Variable „Abstand vom Todestag“, die Skala des TRIG und die Skalen „Intrusion“ und „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“ die Voraussetzung der Varianzhomogenität für die Varianzanalysen nicht gegeben ist, wird der Mann-Whitney-U-Test durchgeführt. Alle Tests werden signifikant, d.h. die Gruppen „Komplizierte Trauer“ und „Einfache Trauer“ unterscheiden sich signifikant (Ergebnisse s. Anhang B 6).

Zur Überprüfung, ob Wechselwirkungen zwischen den Gruppen und dem Abstand vom Todestag in ihrer Ausprägung auf den Skalen des KTM bestehen und ob es mit zunehmendem Abstand vom Todestag zu unterschiedlichen Trauerreaktionen zwischen den Trauergruppen kommt, werden Multivariate Varianzanalysen durchgeführt (s. Tab. 5.37).

Tab. 5.37: Ergebnisse der Multivariaten Varianzanalyse mit den unabhängigen Variablen „Trauergruppe“ und „Abstand vom Todestag“ und den Skalen „Intrusion“, „Depression“ und „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“ des KTM als abhängigen Variablen

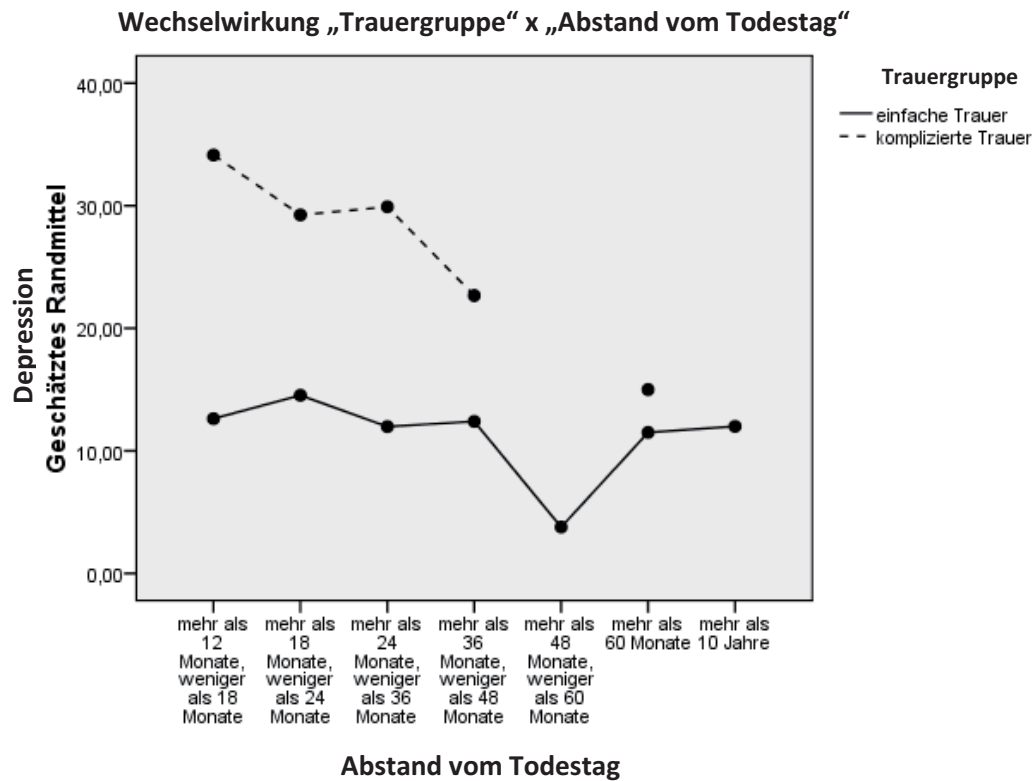
Varianzquelle	Abhängige Variable	df	F	p
Trauergruppe	Intrusion	1	24.903	.000
	Depression	1	21.945	.000
	Festhalten	1	38.702	.000
Abstand	Intrusion	6	1.509	.181
	Depression	6	1.773	.110
	Festhalten	6	0.902	.496
Trauergruppe x Abstand	Intrusion	4	0.719	.581
	Depression	4	0.977	.423
	Festhalten	4	0.573	.683

Für die Zugehörigkeit zu der Trauergruppe wird der Haupteffekt signifikant, dass heißt die Trauergruppen unterscheiden sich signifikant hinsichtlich der Ausprägung ihrer Trauerreaktion. Nicht signifikant werden der Haupteffekt „Abstand vom Todestag“ und die Wechselwirkungen. Nach dem ersten Trauerjahr unterscheiden sich zwar die Trauergruppen signifikant voneinander, der Abstand von dem Todestag wirkt sich dabei jedoch nicht signifikant auf die Stärke der Trauersymptomatik aus (s. Abb. 5.8 – 5.10).



Nicht-schätzbare Mittelwerte werden nicht dargestellt

Abb. 5.8: Wechselwirkungen zwischen den unabhängigen Variablen „Trauergruppe“ und „Abstand vom Todestag“ bei der abhängigen Variable „Intrusion“ des KTM



Nicht-schätzbare Mittelwerte werden nicht dargestellt

Abb. 5.9: Wechselwirkungen zwischen den unabhängigen Variablen „Trauergruppe“ und „Abstand vom Todestag“ bei der abhängigen Variable „Depression“ des KTM

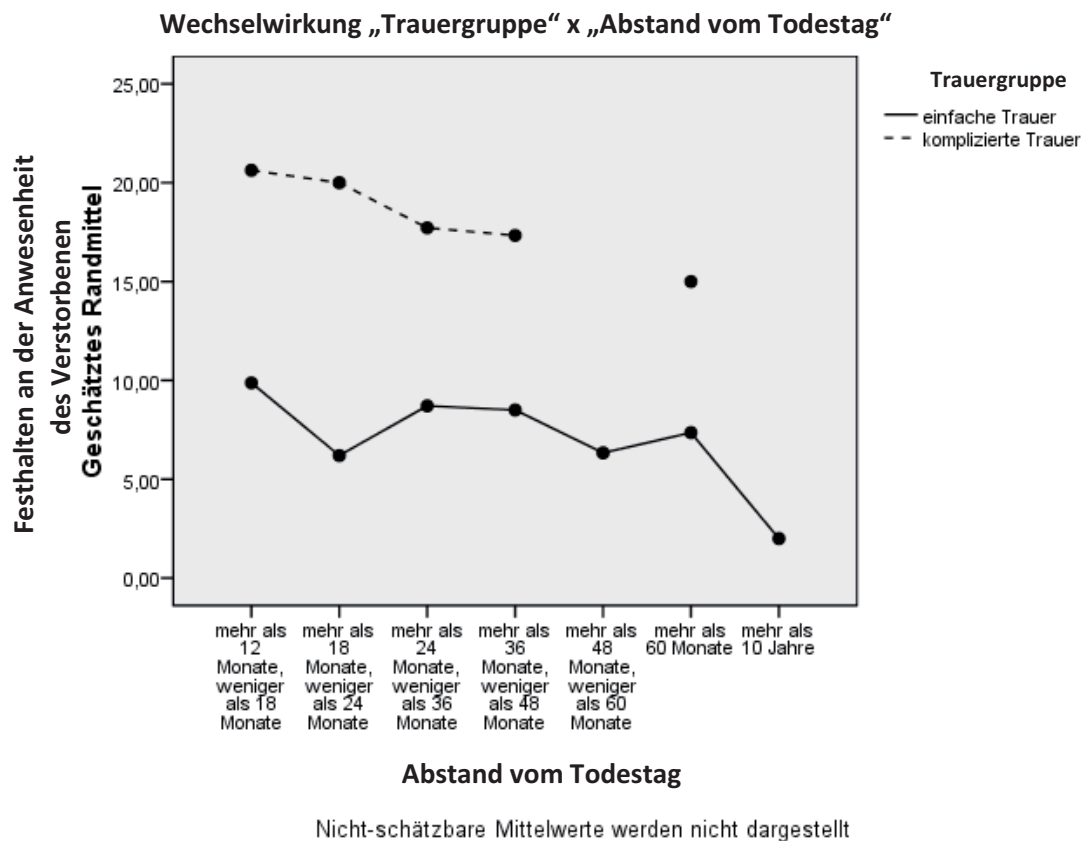


Abb. 5.10: Wechselwirkungen zwischen den unabhängigen Variablen „Trauergruppe“ und „Abstand vom Todestag“ bei der abhängigen Variable „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“ des KTM

Die Hypothese, dass kompliziert Trauernde eine stärkere Trauerreaktion zeigen, kann bestätigt werden. Die Trauersymptomatik scheint mit zunehmendem Abstand vom Todestag für beide Gruppen abzunehmen.

5.2.10 Unterschiede zwischen den Trauergruppen bezüglich der Zufriedenheit mit der Partnerschaft

Zur Überprüfung von Zusammenhängen der Skalen des KTM mit der Zufriedenheit mit der Beziehung und zu Unterschieden zwischen den Trauergruppen werden zunächst Korrelationen durchgeführt (s. Tab. 5.38).

Tab. 5.38: Korrelationen der Skalen des KTM mit der Zufriedenheit der Partnerschaft

Skala	Intrusion	Depression	Festhalten
Zufriedenheit mit der Beziehung	-.222**	-.175*	-.201*

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

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

Die Zufriedenheit mit der Beziehung korreliert signifikant mit den Skalen des KTM. Eine höhere Zufriedenheit geht mit geringeren Werten für Intrusion, Depression und Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen einher. Personen, die mit ihrer Partnerschaft zufrieden waren, scheinen eine weniger stark ausgeprägte Trauerreaktion zu zeigen als Personen, die unzufrieden waren.

In Tab. 5.39 sind die Ergebnisse der Varianzanalyse zu den Unterschieden zwischen den Trauergruppen dargestellt.

Tab. 5.39: Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Gruppenzugehörigkeit und der Zufriedenheit mit der Partnerschaft als abhängiger Variable

	KT		ET		F	p
	M	SD	M	SD		
Zufriedenheit mit Beziehung	1.51	0.61	1.95	0.89	7.551	.007

KT = Komplizierte Trauer

ET = Einfache Trauer

Kompliziert Trauernde sind mit ihrer Beziehung signifikant weniger zufrieden gewesen als einfach Trauernde. Die Hypothese kann angenommen werden.

5.2.11 Unterschiede zwischen den Trauergruppen bezüglich der Gläubigkeit

Zur Überprüfung von Unterschieden bzgl. der Gläubigkeit bei kompliziert Trauernden im Vergleich zu einfach Trauernden wird ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt (s. Tab. 5.40 und 5.41).

Tab. 5.40: Kreuztabelle der Chi-Quadrat-Testung Gläubigkeit x Trauergruppe

			Trauergruppe		Gesamt
			KT	ET	
Gläubigkeit	Ja	Anzahl	7	19	26
		erwartet	7.1	18.9	
	nein	Anzahl	29	76	105
		erwartet	28.9	76.1	
Gesamt			36	95	131

Tab. 5.41: Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson Gläubigkeit x Trauergruppe

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz
χ^2	.005	1	.943

Das Ergebnis ist mit $\chi^2 = .005$ nicht signifikant ($p = .943$). Es ist weiterhin davon auszugehen, dass kein signifikanter Unterschied bzgl. der Gläubigkeit zwischen den Trauergruppen besteht.

Zur Überprüfung von Unterschieden bzgl. der Gläubigkeit bei Männern und Frauen wird ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt (s. Anhang B 7 und 8). Das Ergebnis ist mit $\chi^2 = 1.923$ nicht signifikant ($p = .166$). Es ist weiterhin davon auszugehen, dass kein signifikanter Unterschied bzgl. der Gläubigkeit zwischen den Geschlechtern besteht.

Die Hypothese, dass sich kompliziert Trauernde als weniger gläubig einschätzen im Vergleich zu einfach Trauernden, kann nicht bestätigt werden.

5.2.12 Unterschiede zwischen den Trauergruppen bezüglich der depressiven Symptome

Zur Überprüfung von Unterschieden zwischen den Trauergruppen bezüglich der Depressivität werden zunächst Korrelationen mit dem BDI-II und der Skala „Depressivität“ des SCL-90-R berechnet (s. Tab. 5.42).

Tab. 5.42: Korrelationen der Skalen des KTM mit den Skalen des BDI-II und der Skala „Depressivität“ des SCL-90-R

Skala	Intrusion	Depression	Festhalten
Depressivität (BDI-II)	.538**	.585**	.386**
Depressivität (SCL-90-R)	.619**	.695**	.479**

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

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

Erwartungsgemäß korreliert die Skala „Depression“ des KTM hoch mit der im BDI-II erhobenen Depressivität und der Skala „Depressivität“ des SCL-90-R. Je höher die Werte auf den Skalen „Intrusion“, „Depression“ und „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“ ausfallen, desto stärker ist auch die Depressivität ausgeprägt.

Bezüglich der Ausprägung der depressiven Symptome zeigen sich in den Varianzanalysen signifikante Unterschiede zwischen den Trauergruppen (s. Tab. 5.43).

Tab. 5.43: Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Gruppenzugehörigkeit und der Skalen „Depressivität“ des BDI-II und „Depressivität“ des SCL-90-R als abhängigen Variablen

	KT		ET		F	p
	M	SD	M	SD		
Depressivität (BDI-II)	21.81	9.58	10.93	7.96	45.076	.000
Depressivität (SCL-90-R)	24.62	11.06	11.45	9.26	49.075	.000

KT = Komplizierte Trauer

ET = Einfache Trauer

Die Hypothese, dass kompliziert Trauernde signifikant mehr depressive Symptome als einfach Trauernde aufweisen, kann angenommen werden.

5.2.13 Unterschiede zwischen den Trauergruppen bezüglich der Angstsymptomatik

Zur Überprüfung der Unterschiede zwischen kompliziert Trauernden und einfach Trauernden werden in einem ersten Schritt Korrelationen zwischen den Skalen des KTM und der Skala „Ängstlichkeit“ des SCL-90-R sowie den Skalen des IES-R berechnet (s. Tab. 5.44).

Tab. 5.44: Korrelationen der Skalen des KTM mit der Skala „Ängstlichkeit“ des SCL-90-R und den Skalen des IES-R

Skala	Intrusion	Depression	Festhalten
Ängstlichkeit	.463**	.655**	.423**
Intrusion	.763**	.502**	.588**
Vermeidung	.481**	.550**	.454**
Übererregung	.512**	.549**	.432**

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

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

Bei hohen Werten auf den Skalen des KTM zeigen sich auch hohe Werte für die Skala „Ängstlichkeit“ im SCL-90-R. Je stärker die Trauerreaktion ausgeprägt ist, desto mehr Angstsymptome treten auf.

Erwartungsgemäß korreliert die Skala „Intrusion“ des IES-R hoch mit der Skala „Intrusion“ des KTM. Je höher die Werte auf den Skalen „Intrusion“, „Depression“ und „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“ ausfallen, desto stärker ist auch die Intrusion, die Vermeidung und die Übererregung des Trauernden ausgeprägt.

In einem zweiten Schritt werden Varianzanalysen für die Skalen zur Ängstlichkeit berechnet (s. Tab. 5.45).

Tab. 5.45: Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Gruppenzugehörigkeit und der Skala „Ängstlichkeit“ des SCL-90-R und den Skalen „Intrusion“, „Vermeidung“ und „Übererregung“ des IES-R als abhängigen Variablen

	KT		ET		F	p
	M	SD	M	SD		
Ängstlichkeit	11.89	8.08	4.60	4.79	41.929	.000
Intrusion	16.00	3.54	10.39	5.29	35.494	.000
Vermeidung	10.59	5.14	5.67	4.61	28.860	.000
Übererregung	11.49	5.07	6.57	4.73	28.033	.000

KT = Komplizierte Trauer

ET = Einfache Trauer

Bezüglich der Skala „Ängstlichkeit“ des SCL-90-R zeigt sich, dass kompliziert Trauernde wesentlich höhere Werte aufweisen.

Die Werte auf den Skalen „Intrusion“, „Vermeidung“ und „Übererregung“ des IES-R sind für die Gruppe der kompliziert Trauernden signifikant stärker ausgeprägt als für die Gruppe der einfach Trauernden.

Da für die Skala „Intrusion“ des IES-R die Voraussetzung der Varianzhomogenität für die Varianzanalysen nicht gegeben ist, wird der Mann-Whitney-U-Test durchgeführt. Der Test wird signifikant, d.h. die Gruppen unterscheiden sich bzgl. der untersuchten Skalen (Ergebnisse s. Anhang B 9).

Die Hypothese, dass kompliziert Trauernde eine höhere Angstsymptomatik aufweisen als einfach Trauernde, kann angenommen werden.

5.2.14 Unterschiede zwischen den Trauergruppen bezüglich der psychischen Belastung

Zur Überprüfung der Unterschiede zwischen den Trauernden bzgl. ihrer psychischen Belastung werden die Skalen des KTM mit den Skalen des SCL-90-R korreliert (s. Tab 5.46).

Tab. 5.46: Korrelationen der Skalen des KTM mit den Skalen des SCL-90-R

Skala	Intrusion	Depression	Festhalten
Somatisierung	.435**	.555**	.431**
Zwanghaftigkeit	.438**	.664**	.434**
Unsicherheit	.463**	.679**	.402**
Depressivität (SCL-90-R)	.619**	.695**	.479**
Ängstlichkeit	.463**	.655**	.423**
Aggressivität	.442**	.653**	.429**
Phobische Ängste	.378**	.611**	.310**
Paranoides Denken	.293**	.487**	.339**
Psychotizismus	.442**	.674**	.398**

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

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

Die Korrelationen der Skalen des KTM mit den abhängigen psychischen Symptomen werden für alle Skalen signifikant. Bei hohen Werten auf den Skalen des KTM zeigen sich auch hohe Werte für Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit, Ängstlichkeit, Aggressivität, phobische Ängste, paranoides Denken und Psychotizismus im SCL-90-R.

Zur Überprüfung von Trauergruppenunterschieden werden Varianzanalysen berechnet (s. Tab. 5.47).

Tab. 5.47: Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Gruppenzugehörigkeit und den Skalen des SCL-90-R als abhängigen Variablen

	KT		ET		F	p
	M	SD	M	SD		
Somatisierung	15.97	9.42	7.51	6.86	33.223	.000
Zwanghaftigkeit	16.73	7.97	7.31	6.25	52.547	.000
Unsicherheit	12.51	6.26	5.39	5.30	44.082	.000
Depressivität	24.62	11.06	11.45	9.26	49.075	.000
Ängstlichkeit	11.89	8.08	4.60	4.79	41.929	.000
Aggressivität	5.62	3.94	2.02	2.54	39.522	.000
Phobische Ängste	6.19	4.65	2.39	3.74	24.302	.000
Paranoides Denken	6.19	5.05	2.82	3.38	20.145	.000
Psychotizismus	9.32	5.91	3.58	4.10	41.166	.000

KT = Komplizierte Trauer

ET = Einfache Trauer

Bezüglich der Skalen des SCL-90-R zeigt sich, dass kompliziert Trauernde wesentlich höhere Werte auf den Skalen „Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“, „Unsicherheit“, „Depressivität“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität“, „Phobische Ängste“, „Paranoides Denken“ und „Psychotizismus“ aufweisen, d.h. die psychische Belastung ist auf allen Skalen signifikant stärker ausgeprägt als bei einfach Trauernden.

Da für die Skalen „Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität“, „Phobische Ängste“, „Paranoides Denken“ und „Psychotizismus“ des SCL-90-R die Voraussetzung der Varianzhomogenität für die Varianzanalysen nicht gegeben ist, wird der Mann-Whitney-U-Test durchgeführt. Alle Tests werden signifikant, d.h. die Gruppen unterscheiden sich bzgl. der untersuchten Skalen (Ergebnisse s. Anhang B 10).

Die Hypothese, dass kompliziert Trauernde eine deutlich höhere psychische Belastung aufweisen als einfach Trauernde kann bestätigt werden.

5.2.15 Unterschiede zwischen den Trauergruppen bezüglich des Gesundheitszustandes

Anhand von Korrelationen werden zunächst die Zusammenhänge zwischen den Skalen des KTM und der Skala Gesundheitszustand des SF-12 überprüft (s. Tab. 5.48).

Tab. 5.48: Korrelationen der Skalen des KTM mit der Skala des SF-12

Skala	Intrusion	Depression	Festhalten
Gesundheitszustand	-.449**	-.399**	-.315**

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

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

Je höher eine Person ihren Gesundheitszustand einschätzt, desto niedriger fällt die Einschätzung der Ausprägung der Intrusion, der Depression und des Festhaltens an der Anwesenheit des Verstorbenen aus.

Die Überprüfung der Unterschiede mittels Varianzanalysen zeigt, dass einfach Trauernde im SF-12 signifikant höhere Werte aufweisen als kompliziert Trauernde, was für einen besseren Gesundheitszustand dieser Gruppe spricht (s. Tab. 5.49).

Tab. 5.49: Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Gruppenzugehörigkeit und der Skala "Gesundheitszustand" des SF-12 als abhängiger Variable

	KT		ET		F	p
	M	SD	M	SD		
Gesundheitszustand	29.16	6.64	33.85	7.42	11.407	.001

KT = Komplizierte Trauer

ET = Einfache Trauer

Die Hypothese, dass kompliziert Trauernde einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als einfach Trauernde, kann bestätigt werden. Ergänzend wird allerdings hinzugefügt, dass diese Unterschiede nur für Männer bestehen (s. Kap. 5.2.7.3, Tab. 5.31).

5.2.16 Vorhersage der Skalen des KTM und der komplizierten Trauer

5.2.16.1 Vorhersage der Skalen des KTM

In den folgenden schrittweise durchgeführten Multiplen Regressionsanalysen stellen die Skalen des KTM die Kriterien dar und die Skalen der Fragebogen zur Erfassung von Optimismus, Neurotizismus, Offenheit für neue Erfahrungen, Gewissenhaftigkeit, Kontrollüberzeugungen, Resilienz, Lebenszufriedenheit, Copingstrategien, psychischen Symptome, Depressivität, posttraumatischen Symptome, Gesundheitszustand und Trauer sowie soziodemographischen Daten die Prädiktoren.

5.2.16.1.1 Vorhersage durch das Bewältigungsverhalten

Als Prädiktoren zur Vorhersage der Skalen des KTM werden die Skalen „Akzeptanz“ und „Positive Neubewertung“ des COPE herangezogen (s. Tab. 5.50).

Tab. 5.50: Ergebnisse der Multiplen Regressionsanalyse mit den Skalen des KTM (Kriterium) und den Skalen „Akzeptanz“ und „Positive Neubewertung“ des COPE (Prädiktoren)

Kriterium	Prädiktor/en	r_{pk}	β	Änderung in R^2	Änderung in F	Änderung in Signifikanz von F	Korr. R^2
Intrusion	Akzeptanz	-.548	-.548	.301	58.046	.000	.296
Depression	Akzeptanz	-.458	-.458	.210	35.816	.000	.204
Festhalten	Akzeptanz	-.353	-.353	.125	19.070	.000	.118

r_{pk} : Korrelation zwischen Prädiktor und Kriterium

„Akzeptanz“ sagt mit einer aufgeklärten Varianz von $R^2 = .296$ am besten das Ausmaß der Intrusionen vorher, d.h. 29.6 % der Varianz der Skala „Intrusion“ lässt sich durch die Akzeptanz vorhersagen. Auch für die Skalen „Depression“ und „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“ ergibt sich jeweils die beste Vorhersage durch „Akzeptanz“. Die aufgeklärte Varianz liegt bei $R^2 = .204$ für „Depressivität“ und bei $R^2 = .118$ für „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“. Ein geringes Vorhandensein der Bewältigungsstrategie Akzeptanz sagt ein hohes Ausmaß an Intrusion, Depressivität und Festhalten an der Anwesenheit des verstorbenen Partners voraus.

5.2.16.1.2 Vorhersage durch den Optimismus

Zur Vorhersage der Skalen des KTM wird die Optimismusskala des LOT-R herangezogen (vgl. Tab. 5.51).

Tab. 5.51: Ergebnisse der Multiplen Regressionsanalyse mit den Skalen des KTM (Kriterium) und Optimismus im LOT-R (Prädiktoren)

Kriterium	Prädiktor/en	r_{pk}	β	Änderung in R^2	Änderung in F	Änderung in Signifikanz von F	Korr. R^2
Intrusion	Optimismus	-.418	-.418	.175	28.210	.000	.169
Depression	Optimismus	-.384	-.384	.148	23.070	.000	.141
Festhalten	Optimismus	-.276	-.276	.076	10.852	.001	.069

r_{pk} : Korrelation zwischen Prädiktor und Kriterium

Bei der Vorhersage der Intrusionen durch den Optimismus können 16.9 % der Varianz aufgeklärt werden.

Das Ausmaß der Depressivität wird mit 14.1 % durch den Optimismus aufgeklärt.

Für das Ausmaß des Festhaltens an der Anwesenheit des Verstorbenen beträgt die durch den Optimismus aufgeklärte Varianz $R^2 = .089$.

5.2.16.1.3 Vorhersage durch weitere Persönlichkeitsvariablen

In einer weiteren Multiplen Regressionsanalyse werden die Skalen des KTM durch die Skalen „Neurotizismus“, „Offenheit für neue Erfahrungen“ und „Gewissenhaftigkeit“ des NEO-FFI, durch die Skalen „Internalität“ und „Fatalistische Externalität“, durch die Resilienzskala und den Fragebogen zur globalen Lebenszufriedenheit vorhergesagt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 5.52 dargestellt.

Tab. 5.52: Ergebnisse der Multiplen Regressionsanalyse mit den Skalen des KTM (Kriterium) und den Skalen „Neurotizismus“, „Offenheit für neue Erfahrungen“ und „Gewissenhaftigkeit“ des NEO-FFI und den Skalen „Internalität“ und „fatalistische Externalität“ des IPC und der Resilienzskala RS-11 sowie der Skala zur globalen Lebenszufriedenheit SWLS (Prädiktoren)

Kriterium	Prädiktor/en	r_{pk}	β	Änderung in R^2	Änderung in F	Änderung in Signifikanz von F	Korr. R^2
Intrusion	Neurotizismus	.545	.545	.298	55.487	.000	.292
Depression	Neurotizismus	.544	.544	.296	55.118	.000	.291
Festhalten	Neurotizismus	.451	.455	.203	33.386	.000	
	Fatalistische Externalität	.380	.275	.054	9.505	.003	
	Resilienz	-.101	.207	.031	5.687	.019	

r_{pk} : Korrelation zwischen Prädiktor und Kriterium

Das Ausmaß der Intrusionen wird am besten durch die Skala „Neurotizismus“ vorhergesagt. Die durch diese Skala erklärte Varianz beträgt $R^2 = .292$.

Das Ausmaß der Depressivität lässt sich am besten durch die Skala Neurotizismus vorhersagen. Die erklärte Varianz liegt bei $R^2 = .291$. Hoher Neurotizismus sagt eine stärkere Ausprägung von Intrusionen und Depressivität nach dem Tod des Partners vorher.

Die Skala „Neurotizismus“ macht auch die beste Vorhersage für die Skala „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“. Die Berücksichtigung der Skalen „Fatalistische Externalität“ und „Resilienz“ führt zu einer signifikanten Verbesserung der Vorhersage. Die aufgeklärte Varianz beträgt $R^2 = .272$.

Neurotizismus trägt unter den einbezogenen Persönlichkeitsvariablen mit jeweils über 29 % bedeutsam zur Vorhersage der aufgeklärten Varianz von den Skalen „Intrusion“ und „Depression“ des KTM bei. Auch für die Vorhersage des Festhaltens an der Anwesenheit des Verstorbenen stellt er einen signifikanten Prädiktor dar.

5.2.16.1.4 Vorhersage durch psychische Symptome

Zur Vorhersage der Skalen des KTM werden weiterhin die Skalen des SCL-90-R, der IES-R, das BDI-II, der SF-12 und das TRIG herangezogen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 5.53 abgebildet.

Tab. 5.53: Ergebnisse der Multiplen Regressionsanalyse mit den Skalen des KTM (Kriterium) und den Skalen des SCL-90-R, den Skalen des IES-R, der Variablen BDI-II und Gesundheitszustand und Trauerreaktion (Prädiktoren)

Kriterium	Prädiktor/en	r_{pk}	β	Änderung in R^2	Änderung in F	Änderung in Signifikanz von F	Korr. R^2
Intrusion	Trauerreaktion	.765	.392	.585	187.247	.000	
	Intrusion	.763	.383	.083	33.168	.000	
	Depressivität						
	(SCL-90-R)	.619	.140	.011	4.547	.035	
Depression	Depressivität						
	(SCL-90-R)	.695	.229	.483	124.080	.000	
	Vermeidung	.550	.206	.049	13.761	.000	
	Unsicherheit	.679	.415	.028	8.279	.005	
	Aggressivität	.653	.239	.014	4.193	.043	
	Paranoides Denken	.487	-.242	.019	6.025	.015	
Festhalten	Intrusion	.588	.359	.346	70.426	.000	
	Aggressivität	.429	.163	.037	7.854	.006	
	Trauerreaktion	.564	.212	.018	3.933	.049	

r_{pk} : Korrelation zwischen Prädiktor und Kriterium

Das Ausmaß der Intrusionen wird am besten durch die Trauerreaktion im TRIG vorhergesagt. Durch die zusätzliche Berücksichtigung der Skalen „Intrusion“ des IES-R und „Depressivität“ des SCL-90-R können jeweils signifikante Verbesserungen der Vorhersage erzielt werden. Die aufgeklärte Varianz liegt mit $R^2 = .672$ im guten bis mittelmäßigen Bereich.

Für die Skala „Depression“ wird die beste Vorhersage durch die Skala „Depressivität“ des SCL-90-R erreicht. Zusätzliche signifikante Verbesserungen der Vorhersage ergeben sich durch die Berücksichtigung der Skalen „Vermeidung“ des IES-R, „Unsicherheit“, „Aggressivität“ und „Paranoides Denken“ des SCL-90-R. Diese Skalen klären mit $R^2 = .576$ eine mittelmäßige Varianz auf.

Das Ausmaß des Festhaltens an der Anwesenheit des Verstorbenen lässt sich am besten durch die Skala „Intrusion“ des IES-R vorhersagen. Durch die Skala „Aggressivität“ des SCL-90-R und das TRIG können weitere signifikante Verbesserungen in der Vorhersage erzielt werden. Die aufgeklärte Varianz beträgt $R^2 = .387$.

5.2.16.1.5 Vorhersage durch soziodemographische Daten

Um zu bestimmen, inwieweit sich die Skalen des KTM durch soziodemographische Daten vorhersagen lassen, werden die Skalen „Alter“, „Abstand vom Todestag“, „Länge der Partnerschaft“, „Zufriedenheit mit der Partnerschaft“ und „Gläubigkeit“ in eine Multiple Regressionsanalyse einbezogen (vgl. Tab. 5.54).

Tab. 5.54: Ergebnisse der Multiplen Regressionsanalyse mit den Skalen des KTM (Kriterium) und den soziodemographischen Skalen „Alter“, „Abstand vom Todestag“, „Länge der Partnerschaft“, „Zufriedenheit mit der Partnerschaft“ und „Gläubigkeit“ (Prädiktoren)

Kriterium	Prädiktor/en	r_{pk}	β	Änderung in R^2	Änderung in F	Änderung in Signifikanz von F	Korr. R^2
Intrusion	Abstand Todestag	-.308	-.317	.095	11.816	.001	
	Zufriedenheit mit Beziehung	-.222	-.235	.055	7.251	.008	.135
Depression	Abstand Todestag	-.202	-.209	.041	4.783	.031	
	Zufriedenheit mit Beziehung	-.175	-.184	.034	4.070	.046	.058
Festhalten	Zufriedenheit mit Beziehung	-.201	-.201	.040	4.748	.031	.032

r_{pk} : Korrelation zwischen Prädiktor und Kriterium

Das Ausmaß der Intrusionen wird am besten durch den Abstand vom Todestag des Verstorbenen vorhergesagt. Eine signifikante Verbesserung wird durch die Berücksichtigung der Zufriedenheit mit der Partnerschaft erreicht. Ein geringerer zeitlicher Abstand vom Todestag des Verstorbenen und eine geringere Zufriedenheit mit der Partnerschaft sagt ein höheres Ausmaß an Intrusionen voraus. Die erklärte Varianz ist mit $R^2 = .135$ jedoch gering.

Das Ausmaß der Depressivität lässt sich ebenfalls am besten durch den zeitlichen Abstand vom Todestag vorhersagen. Die Berücksichtigung der Zufriedenheit mit der Partnerschaft führt zu einer signifikanten Verbesserung. Die erklärte Varianz ist mit $R^2 = .058$ jedoch sehr gering.

Die Zufriedenheit mit der Partnerschaft macht die beste Vorhersage für die Skala „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“, die aufgeklärte Varianz beträgt aber nur $R^2 = .032$.

Die Hypothese, dass sich durch die erhobenen Variablen und vor allem durch die Bewältigungsstrategien Akzeptanz und positive Neubewertung sowie Optimismus, Neurotizismus, Depressivität, Intrusion und Trauerreaktion die Skalen des KTM vorhersagen lassen, kann angenommen werden.

5.2.16.2 Vorhersage der komplizierten Trauer

In den folgenden schrittweise durchgeführten Multiplen Regressionsanalysen stellt die komplizierte Trauerreaktion das Kriterium dar und die Skalen des KTM die Prädiktoren. In einer weiteren Analyse stellen die Skalen der Fragebogen zur Erfassung von Optimismus, Neurotizismus, Offenheit für neue Erfahrungen, Gewissenhaftigkeit, Kontrollüberzeugungen, Resilienz, Lebenszufriedenheit, Copingstrategien, psychischer Symptome, Depressivität, posttraumatischer Symptome, Gesundheitszustand und Trauer sowie soziodemographischen Daten die Prädiktoren dar.

Zum Abschluss wird in einer simultan durchgeführten Multiplen Regressionsanalyse überprüft, inwieweit sich die komplizierte Trauerreaktion durch die Variablen vorhersagen lässt, die bereits am besten die Skalen des KTM vorhergesagt haben.

5.2.16.2.1 Vorhersage durch die Skalen des KTM

Zur Vorhersage der komplizierten Trauer (Kriterium) werden die Skalen des KTM (Prädiktoren) herangezogen (vgl. Tab. 5.55).

Tab. 5.55: Ergebnisse der Multiplen Regressionsanalyse mit der Variablen komplizierte Trauer (Kriterium) und den Skalen des Komplizierten Trauer Moduls (Prädiktoren)

Kriterium	Prädiktoren	r_{pk}	β	Änderung in R^2	Änderung in F	Änderung in Signifikanz von F	Korr. R^2
komplizierte	Festhalten	.638	.326	.407	91.935	.000	
Trauerreaktion	Depression	.637	.361	.109	29.915	.000	
	Intrusion	.567	.163	.015	4.103	.045	.520

r_{pk} : Korrelation zwischen Prädiktor und Kriterium

Das Auftreten einer komplizierten Trauerreaktion wird am besten durch die Skala „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“ vorhergesagt. Eine zusätzliche Berücksichtigung der Skala „Depressivität“ führt zu einer signifikanten Verbesserung der Vorhersage. Eine ebenfalls signifikante Verbesserung wird durch die Skala „Intrusion“ erzielt. Ein vermehrtes Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen und ein hohes Ausmaß an Depressivität und Intrusionen sagen das Auftreten einer komplizierten Trauerreaktion vorher. Durch die drei Skalen können 52 % der Varianz der komplizierten Trauerreaktion aufgeklärt werden.

5.2.16.2.2 Vorhersage durch die abhängigen Variablen

Zur Vorhersage der komplizierten Trauer (Kriterium) werden die Skalen „Akzeptanz“ und „Positive Neubewertung“ des COPE, die Optimismusskala LOT-R, „Neurotizismus“, „Offenheit für neue Erfahrungen“ und „Gewissenhaftigkeit“ des NEO-FFI, „Internalität“ und „Fatalistische Externalität“ des IPC und die Resilienzskala RS-11 sowie die Skala zur globalen Lebenszufriedenheit SWLS, die Skalen des SCL-90-R, die Skalen des IES-R, der BDI-II, der Gesundheitszustand und die Trauerreaktion sowie die soziodemographischen Variablen „Alter“, „Abstand vom Todestag“, „Länge der Partnerschaft“, „Zufriedenheit mit der Partnerschaft“ und „Gläubigkeit“ als Prädiktoren herangezogen (vgl. Tab. 5.56).

Tab. 5.56: Ergebnisse der Multiplen Regressionsanalyse mit der Variablen komplizierte Trauer (Kriterium) und den Skalen des COPE, des LOT-R, des NEO-FFI, des IPC, der RS-11, des SWLS, den Skalen des SCL-90-R, des IES-R, BDI-II, SF-12 und TRIG sowie den soziodemographischen Variablen (Prädiktoren)

Kriterium	Prädiktoren	r_{pk}	β	Änderung in R^2	Änderung in F	Änderung in Signifikanz von F	Korr. R^2
komplizierte Trauer- reaktion	Zwanghaftig- keit	.529	.460	.280	43.983	.000	
	Trauerreaktion (TRIG)	.471	.285	.066	11.316	.001	
	Gewissenhaf- tigkeit	-.012	.181	.029	5.189	.025	.359

Das Auftreten einer komplizierten Trauerreaktion wird am besten durch die Skala „Zwanghaftigkeit“ des SCL-90-R vorhergesagt. Eine zusätzliche Berücksichtigung der Trauerreaktion (TRIG) führt zu einer signifikanten Verbesserung der Vorhersage. Eine ebenfalls signifikante Verbesserung wird durch die Skala „Gewissenhaftigkeit“ des NEO-FFI erzielt. Durch die drei Skalen können knapp 36 % der Varianz der komplizierten Trauerreaktion aufgeklärt werden.

5.2.16.2.3 Vorhersage durch die am besten zur Vorhersage der Skalen des KTM geeigneten Variablen

Um zu überprüfen, inwieweit sich die komplizierte Trauerreaktion aus den Variablen, die am besten zur Vorhersage der Skalen des KTM geeignet waren, vorhersagen lässt, werden die Skala „Akzeptanz“ des COPE, „Optimismus“ des LOT-R, „Neurotizismus“ des NEO-FFI, „Trauerreaktion“ des TRIG, „Depressivität“ des SCL-90-R, „Intrusion“ des IES-R und „Abstand vom Todestag“ simultan in eine Multiple Regressionsanalyse einbezogen (vgl. Tab. 5.57).

Tab. 5.57: Ergebnisse der Multiplen Regressionsanalyse mit der Variablen komplizierte Trauer (Kriterium) und der Skala „Akzeptanz“ des COPE, „Optimismus“ des LOT-R, „Neurotizismus“ des NEO-FFI, „Trauerreaktion“ des TRIG, „Depressivität“ des SCL-90-R, „Intrusion“ des IES-R und „Abstand vom Todestag“ (Prädiktoren)

Kriterium	Prädiktoren	r_{pk}	β	Änderung in R^2	Änderung in F	Änderung in Signifikanz von F	Korr. R^2
komplizierte Trauer- reaktion	Akzeptanz	-.393	-.008				
	Optimismus	-.257	.128				
	Neurotizismus	.391	.029				
	Intrusion	.458	.109				
	Trauerreaktion	.471	.179				
	Abstand Todestag	-.165	-.023				
	Depressivität (SCL-90-R)	.516	.388	.320	8.320	.000	.281

Bei simultanem Einbezug der Skalen „Akzeptanz“, „Optimismus“, „Neurotizismus“, „Trauerreaktion“, „Depressivität“, „Intrusion“ und „Abstand vom Todestag“ können diese Skalen 28.1 % der Varianz der komplizierten Trauer aufklären.

Die Hypothese, dass sich durch die Variablen, die am meisten Varianz des Komplizierten Trauer Moduls aufklären, weniger Varianz der komplizierten Trauerreaktion aufklären lässt als durch die Skalen des Komplizierten Trauer Moduls, kann angenommen werden.

5.2.17 Überblick über die überprüften Hypothesen

Tab. 5.58: Überblick über die Annahme/Ablehnung der Hypothesen

Nr.	Hypothese	Annahme/ Ablehnung
1	Einfach Trauernde weisen signifikant häufiger die Strategien der Akzeptanz und der positiven Neubewertung auf.	angenommen
2a	Kompliziert Trauernde zeigen signifikant geringere Werte bezüglich Optimismus als einfach Trauernde.	angenommen
2b	Optimisten sind signifikant besser in der Lage, den Verlust des Partners zu akzeptieren.	angenommen
2c	Wird der Optimismus um das Ausmaß der Akzeptanz bereinigt, reduziert sich der Zusammenhang zwischen Optimismus und der Stärke der Trauerreaktion.	angenommen
2d	Wird der Optimismus um das Ausmaß der positiven Neubewertung bereinigt, reduziert sich der Zusammenhang zwischen Optimismus und der Stärke der Trauerreaktion.	abgelehnt
3a	Kompliziert Trauernde weisen signifikant höhere Werte auf der Skala Neurotizismus auf.	angenommen
3b	Kompliziert Trauernde weisen signifikant niedrigere Werte auf der Skala Gewissenhaftigkeit auf.	teilweise angenommen
3c	Kompliziert Trauernde weisen signifikant niedrigere Werte auf der Skala Offenheit für neue Erfahrungen auf.	abgelehnt
4a	Bei kompliziert Trauernden finden sich signifikant mehr externale fatalistische Kontrollüberzeugung als bei einfach Trauernden.	angenommen
4b	Kompliziert Trauernde weisen signifikant weniger interne Kontrollüberzeugungen auf als einfach Trauernde.	abgelehnt
5	Kompliziert Trauernde weisen weniger psychische Widerstandsfähigkeit in Belastungssituationen auf.	angenommen
6	Kompliziert Trauernde weisen signifikant weniger Lebenszufriedenheit auf als einfach Trauernde.	angenommen
7a	Es gibt keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens einer komplizierten Trauer.	nicht widerlegt

7b	Es gibt keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der eingesetzten Bewältigungsstrategien Akzeptanz und positive Neubewertung.	nicht widerlegt
7c	Frauen leiden signifikant mehr unter psychischen und körperlichen Symptomen als Männer.	teilweise angenommen
8	Ältere Menschen leiden signifikant seltener unter einer komplizierten Trauer als jüngere.	abgelehnt
9	Kompliziert Trauernde unterscheiden sich im Verlauf signifikant von einfach Trauernden hinsichtlich der Stärke der Trauerreaktion. Kompliziert Trauernde zeigen eine stärkere Trauerreaktion.	angenommen
10	Kompliziert Trauernde schätzen ihre Partnerschaft als signifikant weniger zufriedenstellend ein als einfach Trauernde.	angenommen
11	Kompliziert Trauernde schätzen sich als signifikant weniger gläubig ein.	abgelehnt
12	Kompliziert Trauernde weisen signifikant mehr depressive Symptome auf als einfach Trauernde.	angenommen
13	Menschen mit einer komplizierten Trauerreaktion weisen im Vergleich zu einfach Trauernden signifikant mehr Angstsymptome auf.	angenommen
14	Kompliziert Trauernde weisen allgemein eine signifikant höhere psychische Belastung auf als einfach Trauernde.	angenommen
15	Im Vergleich zu einfach Trauernden weisen kompliziert Trauernde einen signifikant schlechteren Gesundheitszustand auf.	angenommen
16a	Durch die erhobenen Variablen lassen sich die Skalen des Komplizierten Trauer Moduls vorhersagen.	angenommen
16b	Durch die Variablen, die am meisten Varianz des Komplizierten Trauer Moduls aufklären, lässt sich weniger Varianz der komplizierten Trauerreaktion aufklären als durch die Skalen des Komplizierten Trauer Moduls.	angenommen

6. Diskussion

6.1 Bedeutung der Ergebnisse

Zielsetzung dieser Studie war es, zu überprüfen, ob sich Personen mit einer komplizierten Trauerreaktion nach dem Verlust des Ehepartners von einfach Trauernden unterscheiden und inwieweit sie sich bezüglich ihres Bewältigungsverhaltens, ihres Optimismus, verschiedener Persönlichkeitsvariablen sowie psychischer und somatischer Symptome unterscheiden. Zur Unterscheidung zwischen den beiden Trauergruppen wurde das modifizierte Komplizierte Trauer Modul von Maercker und Langner (2002) herangezogen und anhand der Ausprägung auf den faktorenanalytisch gewonnenen Skalen „Intrusion“, „Depression“ und „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“ eine Zuteilung zu den kompliziert oder einfach Trauernden vorgenommen. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass es Unterschiede in den vermuteten Bereichen zwischen kompliziert Trauernden und einfach Trauernden bzgl. wichtiger Bewältigungsstrategien und Persönlichkeitsvariablen gibt, die den Trauerverlauf und die Trauerbewältigung beeinflussen können. Das Komplizierte Trauer Modul hat sich als valides und notwendiges Verfahren zur Erhebung und Unterscheidung der komplizierten Trauer erwiesen. Über die Erhebung depressiver Symptome oder die Erhebung von Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung können die Symptome einer komplizierten Trauerreaktion dagegen nicht vollständig erfasst werden.

Ähnlich wie in früheren Studien (z.B. Bonanno et al., 2002; Davis & Nolen-Hoeksema, 2001; Remmers, 2009) zeigte sich in dieser Studie, dass bei der Unterscheidung zwischen komplizierter Trauer und einfacher Trauer die Bewältigungsstrategien Akzeptanz und positive Neubewertung eine einflussreiche Rolle spielen. Trauernde, denen es gelingt den Verlust des Partners zu akzeptieren und für sich sinnvoll umzubewerten, leiden signifikant weniger unter einer komplizierten Trauerreaktion als Menschen, denen das nicht gelingt. Die Förderung der Akzeptanz des Geschehenen als irreversibel und nicht mehr veränderbar sollte deswegen ein Ansatz für die Erarbeitung von Behandlungsmöglichkeiten bei komplizierter Trauer sein.

Auch bezüglich des Optimismus lässt sich sagen, dass Menschen, die eine geringe Ausprägung an Optimismus aufweisen, eher Gefahr zu laufen scheinen, nach dem Tod des Partners eine komplizierte Trauerreaktion zu entwickeln als optimistischere Menschen. Die Studie unterstützt damit frühere Ergebnisse (z.B. Park et al., 1996; Remmers, 2009;

Scheier & Carver, 1985). Hier scheint jedoch wiederum Akzeptanz der bedeutendste Wirkfaktor zu sein. Wenn ihr Einfluss auf die Zusammenhänge zwischen dem Optimismus und der Trauerreaktion herausgerechnet wird, so nimmt die Stärke des Zusammenhangs bei diesen Faktoren deutlich ab. Die Überlegenheit der Optimisten gegenüber den Pessimisten scheint auf einer größeren Fähigkeit zur Akzeptanz begründet zu sein.

Es konnte gezeigt werden, dass optimistischere Menschen deutlich besser in der Lage sind, den Tod des Partners zu akzeptieren als weniger optimistische Menschen. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass es Optimisten durch eine Sicht von der Zukunft als eher positiv und bewältigbar leichter gelingt, die aktuelle, unausweichliche und mit einer Reihe von schmerzhaften Gefühlen verbundene Situation zu akzeptieren. Weniger optimistische Menschen scheinen mehr mit ihrem Schicksal zu hadern und bleiben dadurch intensiver in diesem unangenehmen Gefühlszustand verhaftet. Es scheint ihnen dadurch schwerer zu fallen, einzelne Verluste so stehen zu lassen.

Wie erwartet zeigte sich bei kompliziert Trauernden eine höhere Ausprägung bei den Neurotizismus-Werten. Emotionale Stabilität scheint also einen Schutzfaktor gegenüber komplizierter Trauer darzustellen. Dies stützt die Ergebnisse früherer Studien (W. Stroebe & M. Stroebe, 1987; Wijngaards-de Meij et al., 2007). Die allgemeine Neigung, schnell und mit intensiven Emotionen auf situative Ereignisse zu reagieren scheint sich auch auf die Bewältigung des Verlustes negativ auszuwirken. Menschen mit einem stark ausgeprägten Neurotizismus werden anscheinend durch den Tod des Partners nachhaltig sehr viel stärker aus der Bahn geworfen als emotional stabile Menschen. Entgegen der Erwartungen konnte jedoch kein bedeutender Einfluss der Ausprägung von Offenheit oder Gewissenhaftigkeit auf die Entwicklung einer komplizierten Trauerreaktion gefunden werden.

Im Bezug auf die bei den Trauernden vorhandenen Kontrollüberzeugungen zeigte sich, dass kompliziert Trauernde signifikant häufiger davon überzeugt sind, dass ihr Leben von Faktoren beeinflusst wird, die sie nicht kontrollieren können, dass ihr Schicksal also nicht in ihren Händen liegt. Bei einer Überzeugung, dass die Welt nicht beeinflussbar ist, ist es vorstellbar, dass bei dem Verlust des Partners diese Überzeugung bestätigt wird. Dadurch wird das eigene Leben als der eigenen Kontrolle entzogen erlebt und im Verlauf kann ein Gefühl der Abhängigkeit und Hilflosigkeit entstehen, das mit dem Auftreten depressionsähnlicher Symptome auch die adäquate Verarbeitung der Trauer zu behindern scheint. Ein Zusammenhang mit internalen Kontrollüberzeugungen zeigte sich nur für intrusives Erleben bei Trauernden. Menschen, die davon überzeugt sind, dass sie ihr Leben

beeinflussen können, berichten über signifikant weniger Intrusionen nach dem Tod des Partners. Menschen mit hohen internalen Kontrollüberzeugungen scheinen von den Erinnerungen an den Verstorbenen und der Verarbeitung der Trauer weniger überfordert zu sein, weil sie sich den bewussten Umgang damit eher zutrauen und so weniger willkürliche Intrusionen erleben. Zwischen den Trauergruppen bestehen jedoch keine bedeutsamen Unterschiede.

Es scheint weniger die wahrgenommene Fähigkeit, Ereignisse durch das eigene Handeln beeinflussen zu können (internale Kontrollüberzeugung), für das Trauerausmaß verantwortlich zu sein. Vielmehr scheint dem Ausmaß, in dem sich der Trauernde als unfähig erlebt die Ereignisse zu beeinflussen und sich damit der Willkür des Schicksals als hilflos ausgeliefert sieht (fatalistisch externale Kontrollüberzeugung), eine Verantwortung für das Trauerausmaß zuzukommen.

Nicht verwunderlich erscheint in diesem Zusammenhang auch das Ergebnis, dass kompliziert Trauernde ein signifikant geringeres Ausmaß an Resilienz aufweisen. Resilienz stand schon in früheren Studien (Robins, John, Caspi, Moffitt & Stouthamer-Loeber, 1996) im Zusammenhang mit geringem Neurotizismus und zeichnet sich durch die Fähigkeit aus, auf aversive Ereignisse flexibel und adäquat zu reagieren. Trauernde, die in einer für sie adäquaten Weise auf den Verlust des Partners reagieren können (z.B. mit hilfreichen Copingstrategien, Problemlösefähigkeiten, sozialer Unterstützung), scheinen dadurch mehr psychische Widerstandsfähigkeit aufzubringen und den Verlust langfristig besser bewältigen zu können.

Es sei allerdings nochmals auf die unterschiedlichen Ergebnisse von Studien zum Einfluss der sozialen Unterstützung hingewiesen. Es ist davon auszugehen, dass die Form der Einsamkeit, die sozialer Unterstützung bedarf, differenzierter betrachtet werden muss. W. Stroebe et al. (1996) nahmen eine solche Unterscheidung in ihrer Studie an verwitweten Personen in „soziale Einsamkeit“ und „emotionale Einsamkeit“ vor. „Soziale Einsamkeit“ ist definiert durch die Abwesenheit eines sozialen Netzwerkes und Langeweile. „Emotionale Einsamkeit“ dagegen beinhaltet das Gefühl des Alleinseins, obwohl die Gesellschaft anderer zugänglich ist. Verwitwete Personen gaben signifikant mehr emotionale Einsamkeit als vergleichbare verheiratete Paare an, wohingegen sie sich bezüglich der sozialen Einsamkeit nicht unterschieden. Soziale Unterstützung führte aber zu keiner Reduktion der emotionalen Einsamkeit. Ein Ansatz für zukünftige Studien wäre es, zu überprüfen, inwieweit sich das Ausmaß der sozialen und emotionalen Einsamkeit bei kompliziert Trauernden von dem einfach Trauernder unterscheidet.

Eine höhere Lebenszufriedenheit geht ebenso wie Optimismus, hohe subjektive Kontrollüberzeugung und psychische Widerstandsfähigkeit mit deutlich weniger intrusiven und depressiven Symptomen einher. Die Ergebnisse zur Lebenszufriedenheit unterstützen auch die Ergebnisse von Shu et al. (1996), die feststellten, dass nach nur wenigen Monaten sich der Einfluss negativer Lebensereignisse reduziert. Bei normalen Trauerverläufen wird mehr als ein Jahr nach dem Tod des Partners die globale Lebenszufriedenheit mit „eher zufrieden“ angegeben, was darauf hinweisen könnte, dass es diesen Menschen gelungen ist, trotz des Todes des Partners wieder zu einem zufriedenstellenden Leben zurückzukehren. Dies scheint für kompliziert Trauernde dagegen nicht zuzutreffen. Bei ihnen befindet sich die allgemeine Lebenszufriedenheit im Bereich „eher unzufrieden“. Nach dem Tod des Partners scheint es diesen Menschen evtl. aufgrund ihrer eher pessimistischen Sicht der Zukunft, einem stark ausgeprägten Gefühl der Unkontrollierbarkeit der Ereignisse und einer nur mangelhaft ausgeprägten Fähigkeit zur adäquaten Reaktion auf den Tod nicht möglich zu sein, zu einer zufriedenstellenden allgemeinen Lebenszufriedenheit zurückzukehren oder sich dem Ausgangszustand anzunähern.

Insgesamt entsprechen die Ergebnisse zu den Persönlichkeitsvariablen bei komplizierter Trauer (geringer Optimismus, hoher Neurotizismus, stark ausgeprägte fatalistische externale Kontrollüberzeugungen und geringe Resilienz und Lebenszufriedenheit) den Ergebnissen früherer Studien, die z.B. Korrelationen zwischen Optimismus und Lebenszufriedenheit (O'Rourke, 2004; Remmers, 2009) und negative Zusammenhänge bei Neurotizismus mit Lebenszufriedenheit (Diener et al., 1985) und mit dem Behandlungsergebnis der Trauer (Ogrodniczuk et al., 2003) sowie positive Korrelationen zwischen Resilienz, Kontrollüberzeugungen und Optimismus (Schumacher et al., 2005) fanden. Es scheint so, als ob die Kombination dieser Persönlichkeitsvariablen in den jeweiligen Ausprägungen einen Risikofaktor bzw. Schutzfaktor für die Entwicklung einer komplizierten Trauerreaktion darstellt.

Nach dem Tod des Partners ist zu erwarten, dass fast jeder Hinterbliebene unter einer Vielzahl von Belastungssymptomen leidet. Es zeigte sich allerdings, dass sich die Trauernden nach dem ersten Trauerjahr deutlich bezüglich der psychischen Symptomatik unterscheiden. So weisen diejenigen, die der Gruppe der kompliziert Trauernden zugeordnet werden, signifikant mehr Symptome von z.B. Unsicherheit, Ängstlichkeit und Zwanghaftigkeit auf. Nach dem ersten Trauerjahr ist sicherlich nicht zu erwarten, dass die

Belastbarkeit der Trauernden in allen Bereichen wieder vollständig hergestellt ist, sondern dass sie auch weiterhin darunter leiden. Trotzdem zeigt sich im Vergleich dazu bei den kompliziert Trauernden eine deutlich erhöhte psychische Belastung. Die Stärke der Trauerreaktion war ebenfalls deutlich ausgeprägter bei kompliziert Trauernden. Sie wiesen deutlich mehr Vermeidungsverhalten, Intrusionen, Übererregung und einen schlechteren Gesundheitszustand auf. Vermeidungsverhalten stellt allerdings eine dysfunktionale Bewältigungsstrategie dar (Schnider et al., 2007), die wiederum zur Aufrechterhaltung der Trauer beiträgt.

Die Zufriedenheit mit der partnerschaftlichen Beziehung war bei einfach Trauernden signifikant stärker ausgeprägt als bei kompliziert Trauernden. Dies stützt auch die Ergebnisse von Burke et al. (2007), dass bei einer höheren Partnerschaftsqualität weniger depressive Symptome nach dem Tod des Partners auftreten. Dafür könnte verantwortlich sein, dass Trauernde, die im Nachhinein ihre Beziehung als zufriedenstellend beurteilen, weniger unter negativen Gefühlen wie Ärger auf den Partner, Schuldgefühlen wegen des Todes oder Angst leiden, die zu einer Behinderung der Bewältigung führen könnten. In diesem Fall sollte vor allem diesen unerwünschten und oftmals auch nicht erlaubten Gefühlen in der Behandlung mehr Aufmerksamkeit zukommen.

Ein Einfluss des Geschlechts auf die Entwicklung einer komplizierten Trauerreaktion konnte nicht festgestellt werden. Frauen scheinen jedoch insgesamt eine stärker ausgeprägte Trauerreaktion mit mehr Intrusionen, Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen, Neurotizismus und Übererregung sowie weniger internalen Kontrollüberzeugungen und Lebenszufriedenheit zu zeigen. Für diese Ergebnisse könnte mitverantwortlich sein, dass in dieser Studie keine Ausgangswerte vor dem Tod des Partners erhoben wurden, anhand derer das Ausmaß der Zunahme der Symptomatik bei Männern und Frauen verglichen hätte werden können.

Eine weitere Erklärung dafür, warum trauernde Männer trotz des vermuteten höheren relativen Risikos nicht insgesamt mehr unter komplizierter Trauer leiden als trauernde Frauen könnte das duale Prozessmodell von M. Stroebe und Schut (2001) liefern (s. Kap. 2.1.2.4). M. Stroebe et al. (2001, S. 77) gehen in ihrem Review davon aus, dass in Übereinstimmung mit ihrem Modell mit zunehmender Dauer der Trauer Geschlechtsunterschiede bzgl. der Trauerbewältigung sich verringern und sich evtl. zu Gunsten der Männer verändern. Diese scheinen zunächst in der akuten anfänglichen Trauerphase durch eine stärkere Vermeidung des emotionalen Einflusses des Verlusts benachteiligt, scheinen dann aber durch die problemzentrierte Fokussierung auf die

sekundären Probleme langfristig zu profitieren. In der vorliegenden Studie waren die Teilnehmer im Schnitt zwei bis drei Jahre verwitwet, bei den Männern waren knapp drei Viertel länger als zwei Jahre verwitwet. Diese Zeit könnte ausreichend lange sein, um im Sinne der Hypothese von M. Stroebe et al. (2001) eine Umkehr der Anpassung an den Verlust weg von einer verbesserten Anpassung der trauernden Frauen (wie in manchen früheren Studien berichtet z.B. Bebbington, 1987; M. Stroebe & W. Stroebe, 1983) hin zu einer verbesserten Bewältigung der trauernden Männer zu erklären.

Inwieweit sich die allgemeine Aussage, dass es Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der eingesetzten Bewältigungsstrategien gibt, auf den Bereich der Trauerbewältigung nach dem Verlust des Partners übertragen lässt, ist nicht eindeutig. In dieser Studie zeigten sich wie bei Remmers (2009) keine Geschlechtsunterschiede zwischen Männern und Frauen bzgl. der Fähigkeit zur Akzeptanz und positiven Neubewertung.

Auffällig ist, dass die teilnehmenden Männer signifikant älter waren als die teilnehmenden Frauen und länger mit dem verstorbenen Partner eine Beziehung geführt haben. Diese Ergebnisse sind jedoch nicht überraschend, da diese Unterschiede aufgrund der Unterschiede in der Sterblichkeit zwischen Männern und Frauen zu erwarten waren.

Die Hypothese, dass ältere Menschen seltener unter einer komplizierten Trauerreaktion leiden als jüngere, konnte nicht bestätigt werden. Die von Nolen-Hoeksema und Larson (1999) entwickelte Hypothese, dass bei älteren Menschen soziale Normen (z.B. Gefühle nicht auszudrücken) stärker zum Tragen kommen und deswegen weniger depressive Symptome auftreten, scheint nicht für Datenerhebungen per Fragebogen zuzutreffen. Hier gelingt es älteren Menschen vielleicht leichter in anonymisierter Form über diese Gefühle zu berichten und die vermeintlichen Unterschiede heben sich auf.

Der Verlauf der im Komplizierten Trauer Modul erfassten Belastungssymptome Intrusion, Depression und Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen lässt sich weitgehend mit den generierten Annahmen vereinbaren. Wie erwartet findet eine Anpassung der Symptome über die Zeit statt, wobei sich die kompliziert Trauernden durch stärkere Belastungssymptome von den einfach Trauernden unterscheiden. Wechselwirkungen konnten dabei nicht festgestellt werden. Das heißt, dass die Reduktion der Belastungssymptome bei einfach Trauernden wahrscheinlich nicht schneller stattfindet als bei kompliziert Trauernden. Die hier vorgestellten Ergebnisse sind jedoch mit Vorsicht zu interpretieren, da die Teilnehmer nicht mehrfach zu unterschiedlichen Zeitpunkten befragt wurden.

Offen bleibt, ob sich somit kompliziert Trauernde von einfach Trauernden schon darin unterscheiden, dass sie im Durchschnitt auch unmittelbar nach dem Tod des Partners unterschiedlich belastet sind und von Beginn an mehr Symptome zeigen, oder ob eine Wechselwirkung in der Art, dass einfach Trauernde schneller eine Reduktion der Belastungssymptome erleben, innerhalb des ersten Jahres oder sogar innerhalb der ersten Monate stattfindet. Remmers (2009) hat zeigen können, dass die größten Veränderungen in den ersten Monaten nach dem Tod des Partners stattfinden. Eine frühzeitige Erhebung (im Idealfall schon vor dem Verlust des Partners) von Belastungssymptomen und prädiktiven Variablen wie intrusiven und depressiven Symptomen oder der Fähigkeit zur Akzeptanz könnte darüber Aufschluss geben, ob die Menschen, die später eine komplizierte Trauer entwickeln, von vornherein mehr belastet waren und ob sich bei einfach Trauernden die Symptome schneller reduzieren.

Offen bleibt ebenfalls, ob es kompliziert Trauernden mit der Zeit doch gelingt, ihren persönlichen Ausgangswert vor dem Tod des Partners zu erreichen oder ob sich kompliziert Trauernde nicht nur im Verlauf der Anpassung von einfach Trauernden durch höhere Belastungssymptome unterscheiden, also dass niedrigere Werte erst zu einem späteren Zeitpunkt erreicht werden, sondern auch darin, dass ihnen langfristig eine Verschlechterung anhaften bleibt. Nur eine Studie, die entsprechende Ausgangswerte vor dem Tod des Partners erfasst, kann hier Aufschluss geben.

Mit den in dieser Studie eingesetzten, nach Faktorenanalysen veränderten und validierten Skalen des Komplizierten Trauer Moduls von Maercker und Langner (2002) konnte über die Hälfte der Varianz der komplizierten Trauer aufgeklärt werden. Die besten Variablen zur Vorhersage der durch das Komplizierte Trauer Modul erfassten Reaktionen stellen Akzeptanz, Optimismus, Neurotizismus, Trauerreaktion, Depressivität, Intrusion und der zeitliche Abstand vom Todestag dar. Werden nun nur diese Variablen herangezogen um die komplizierte Trauer vorherzusagen, so lässt sich nur noch ein Viertel der Varianz der komplizierten Trauer aufklären. Das Komplizierte Trauer Modul ist also ein notwendiges Verfahren zur Erhebung der komplizierten Trauer, die sich nicht durch andere erhobene Variablen besser erfassen lässt. Neben der Notwendigkeit eines Fragebogens zur Erfassung der komplizierten Trauer konnte in dieser Studie also auch festgestellt werden, dass auch ein Nutzen des eingesetzten veränderten Komplizierten Trauer Moduls zur Unterscheidung zwischen komplizierter und einfacher Trauer bei Verlust des Partners besteht. Durch das Verfahren konnten 27 % der Teilnehmer als der

Gruppe der kompliziert Trauernden zugehörig identifiziert werden. Dieser Prozentsatz entspricht auch den Ergebnissen, die andere Studien zur Häufigkeit der komplizierten Trauer unter Trauernden gefunden haben (z.B. Horowitz et al., 1997; Prigerson et al., 1995).

6.2 Generalisierbarkeit der Ergebnisse

Die Geschlechter- und Altersverteilung ist mit anderen Studien zur Trauer vergleichbar (s. Bonanno, 2002; Langner & Maercker, 2005; Remmers, 2009). Auch in dieser Studie war ein Großteil der Teilnehmer (knapp 80 %) weiblich. Der Anteil der Männer, die unter 65 Jahren waren, betrug allerdings über 40 %. Dennoch ist mit einer Generalisierung der Ergebnisse auf das männliche Geschlecht eher zurückhaltend umzugehen, da der Einfluss der Frauen auf das Gesamtergebnis deutlich erhöht ist.

Der Rücklauf der Fragebogen ist mit knapp 70 % als gut zu bewerten, was sicherlich auch darauf zurückzuführen ist, dass Studien mit Trauernden, in denen das „Trauerjahr“ berücksichtigt wird, eine größere gesellschaftliche Akzeptanz erfahren als Studien, die die Bewältigung der Trauer direkt nach dem Todesfall zu erfassen versuchen.

Eine Einschränkung der Generalisierbarkeit besteht jedoch in der freiwilligen Teilnahme der Probanden. Hinzu kommt, dass ein Teil der Teilnehmer über Trauergruppen oder Selbsthilfegruppen gewonnen wurde. Angaben zu einer Gruppenzugehörigkeit (aktuell/früher/keine Trauergruppe) wurden jedoch nur von ca. 42 % der Studienteilnehmer gemacht, von denen wiederum zwischen 40 und 60 % aktuell oder früher eine Trauergruppe besuchten. Aufgrund der stärker ausgeprägten depressiven Symptomatik bei einer komplizierten Trauer wäre zu vermuten, dass diese Personen vermehrt mit sozialem Rückzug reagieren und sich weniger an Trauer- oder Selbsthilfegruppen wenden als andere Trauernde oder bei dem Besuch einer Gruppe weniger Interesse an der Teilnahme an solch einer Studie zeigen.

Die Prävalenz für komplizierte Trauer könnte also höher liegen, wenn Trauernde, die über Gruppen oder Trauerbegleiter nicht erreicht werden konnten, mit einbezogen würden. Es wäre jedoch auch vorstellbar, dass eben weil kompliziert Trauernde sehr lange und intensiv in ihrer Trauer verhaftet sind, sie eher Hilfe in Form einer Trauer- oder Selbsthilfegruppe aufsuchen. Die Frage, ob die Prävalenz für komplizierte Trauer in Gruppen höher oder geringer ist und damit ein stärkerer oder geringerer Selektionseffekt vorliegt, lässt sich nicht abschließend beantworten. W. Stroebe et al. (1988) stellten aber in einer Studie fest, dass Frauen, die an der Studie teilnahmen, depressiver waren als die, die

nicht teilnehmen wollten, aber bereit waren, einen Depressionsfragebogen auszufüllen. Bei Männern war dies umgekehrt. Die Autoren vermuten, dass dies auf soziale Normen zurückzuführen ist und die Befürchtung der depressiven Männer, dass sie im Interview zusammenbrechen könnten und deshalb nicht teilnehmen. Dieses Ergebnis könnte darauf schließen lassen, dass der Selektionseffekt bei komplizierter Trauer nicht so stark ausfällt wie befürchtet und mehr für Männer zutrifft als für Frauen, die eventuell mehr Interesse daran haben, über ihren Verlust zu berichten. Da Männer aufgrund sozialer Normen evtl. weniger an Trauergruppen und Gesprächskreisen teilnehmen, könnte es sein, dass sie in dieser Studie unterrepräsentiert sind. Es wurden zwar durch Fragebogen Daten erhoben, wodurch die Erhebung anonymer wurde und der Druck sozialer Normen sich reduziert, aber diese Daten wurden zu einem großen Teil über Trauer- und Selbsthilfegruppen gewonnen. Um einem möglichen Selektionseffekt vorzubeugen, sollte in zukünftigen Studien noch mehr darauf geachtet werden, Teilnehmer mit einzubeziehen, die nicht in einer Trauer- oder Selbsthilfegruppe eingebunden sind.

Da die Daten ausschließlich in Deutschland erhoben wurden und der Großteil der Teilnehmer einen christlich religiösen Hintergrund aufwies, ist fraglich, inwieweit die Ergebnisse außerhalb des westeuropäischen Kulturkreises übertragbar sind. Auch wenn sich in dieser Studie kein signifikanter Einfluss der Gläubigkeit auf die Vorhersage der komplizierten Trauer zeigte, ist nicht ausgeschlossen, dass sich dieser in einem anderen Kulturkreis mit einem unterschiedlichen religiösen Hintergrund und Menschenbild bemerkbar machen kann. So konnten z.B. Bonanno et al. (2005) zeigen, dass sich signifikante Unterschiede in der Bewältigung des Verlusts eines Kindes zwischen US-Amerikanern und Chinesen zeigten.

Da in den unterschiedlichen Kulturkreisen große Unterschiede im Umgang mit Sterben, Tod und Trauer bestehen, kann eine Generalisierbarkeit auf alle Kulturen von Ergebnissen zur Trauerforschung wohl nicht vollständig erreicht werden und sollte daher auch in der Forschung kein vorrangiges Ziel darstellen. So ist fraglich, ob sich die im westlichen Kulturkreis erhobenen Daten zur Trauer auf einen japanischen Trauernden, der dem traditionellen buddhistischen Brauch folgend sieben mal sieben Tage trauert (Scheid, 2010), oder auf einen tibetischen Buddhisten, der bei der Verabschiedung des Verstorbenen den Vorschriften des Tibetischen Totenbuchs folgt (s. Vogel, 2009), übertragen lassen.

6.3 Kritische Reflexion

M. Stroebe und W. Stroebe (1993) stellten in ihrem Review zur Mortalität bei Trauer fest, dass drei spezielle Arten von Bias die meisten Studien zu Trauer charakterisieren: Zum einen fehlen häufig Prä-Messungen vor dem Todesfall. Zum anderen weisen viele Studien eine hohe Abwesenheit von Männern auf, vor allem von Männern unter 65 Jahren. Der letzte Bias ergibt sich durch die Selbstselektion der Teilnehmer.

Auch die vorliegende Studie unterliegt einigen dieser Einschränkungen. Zum einen hat auch sie das Problem der Erhebung von Ausgangswerten, also Messungen, die vor dem Tod des Partners durchgeführt werden. Es kann nicht sicher davon ausgegangen werden, dass nicht Unterschiede zwischen den Gruppen schon vor dem Todesfall bestanden und die Unterschiede in bestimmten Bereichen nicht eine Folge der Trauerbewältigung darstellen. Retrospektiv erhobene Daten (z.B. zur Zufriedenheit mit der Partnerschaft) können einer Reihe von Verzerrungen unterliegen. Eine Erhebung vor dem Tod des Partners ist jedoch nur in einer breit angelegten Längsschnittstudie möglich. Aber auch hier stellt sich das Problem, dass vor allem im jungen bis mittleren Erwachsenenalter eine Vielzahl von Personen befragt werden muss, um eine ausreichend große Stichprobe Trauernder in dieser Altersgruppe zu erhalten. Eine weitere Möglichkeit ist, Daten von Paaren zu erheben, die in eine groß angelegte prospektive Studie (z.B. die Changing Lives of Older Couples (CLOC) Studie bei Bonanno, 2002) einbezogen wurden. Oder Daten von Paaren, bei denen in naher Zukunft ein Partner sterben wird (z.B. durch unheilbare Krankheiten im Hospiz- und Palliativbereich), wie dies in dem Stanford Bereavement Project von Davis und Nolen-Hoeksema (2001) getan wurde. Aber auch dann ist eine Verzerrung der Ergebnisse zu befürchten z.B. durch das Wissen über den bevorstehenden Tod des Partners und eine Vorbereitung auf die Sterbephase, die ja vor vielen Todesfällen nicht gegeben ist.

Ein weiterer Punkt, den man kritisch bewerten könnte, ist die Tatsache, dass nicht danach gefragt wurde, ob der Tod des Partners unerwartet und plötzlich eingetreten ist oder ob er vorhersehbar war. Wie im Exkurs unter Punkt 2.2.5.5 bereits erörtert, ist diese Information für den Hinterbliebenen und dessen Bewältigung im Einzelfall sicher von großer Bedeutung, die wissenschaftlichen Ergebnisse dazu, ob die Todesursache für den Trauerverlauf von Entscheidung ist, sind jedoch widersprüchlich, weswegen auf eine Erhebung dieser Information verzichtet wurde.

Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse zur Gläubigkeit ist bei der Erhebung dieser Information über ein kategoriales Antwortniveau sicherlich nur eingeschränkt möglich. Es

ist nicht unwahrscheinlich, dass bei einer Beschränkung einer Studie auf nur diese Fragestellung und einer differenzierteren Auseinandersetzung mit Gläubigkeit und beispielsweise auch Spiritualität auch differenzierte Ergebnisse zu erwarten wären. Die Datenerhebung in dieser Studie sollte für die Teilnehmer jedoch noch gut bewältigbar sein und die Fragebogenbatterie war mit einem Umfang von ca. 25 Seiten bereits an die Grenze dessen gestoßen, was einem freiwillig teilnehmenden Trauernden noch zumutbar war. So wäre für eine vollständige Erfassung der Trauer auch noch von Bedeutung, ob die Möglichkeit bestand, vom Verstorbenen Abschied zu nehmen und wie dieser Abschied aussah. Ebenfalls von Interesse wäre, ob es in der Vergangenheit des Hinterbliebenen schon mehrfach zu Verlusten kam, wie lange diese zurück liegen, wer dabei verstarb und wie diese Verluste bewältigt wurden. Ebenso wäre es sinnvoll nach anderen Verlusten zu fragen, die beispielsweise durch Scheidung, gesundheitliche Beeinträchtigung oder Migration eingetreten sind. Eine Reihe von Fragen, die in dieser Studie aus Kapazitätsgründen nicht erfasst werden konnten und hoffentlich in weiterführenden Studien Eingang finden.

Eine alternative Erklärung für die Unterschiede zwischen den Trauergruppen könnte auch der Einfluss der sozialen Erwünschtheit darstellen. Es ist denkbar, dass Trauernde mehr Belastung berichten, da sie davon ausgehen, dass diese von ihnen in ihrer Situation erwartet wird. Dagegen spricht allerdings, dass gerade ein Jahr nach dem Todesfall, also nach dem weithin anerkannten „Trauerjahr“ die sozial erwünschte Antwort eine Antwort in Richtung einer verbesserten Anpassung und eines zunehmenden Wohlbefindens wäre.

Ein genereller Kritikpunkt, dem sich eine Querschnittstudie ausgesetzt sieht, ist die Unkontrollierbarkeit anderer Einflüsse. Auch die Dauer der Trauer und der Verlauf sind über dieses Studiendesign nicht erfassbar. In weiteren Studien sollte nicht nur versucht werden, Daten vor dem Verlust des Partners zu erheben, sondern auch in größeren Abständen Messwiederholungen durchzuführen, um den Verlauf der Trauersymptome und der Intensität der komplizierten Trauer abzeichnen zu können.

6.4 Komplizierte Trauer als eigenständiges Krankheitsbild

An verschiedenen Stellen wurden in den letzten Jahren bereits Stimmen laut, die komplizierte Trauer als eigenständiges Krankheitsbild in die bestehenden Diagnosemanuale aufzunehmen (z.B. Lichtenthal, Cruess & Prigerson, 2004). Die Ergebnisse dieser Studie legen nahe, dass sich einfache Trauer und komplizierte Trauer in

wesentlichen Bereichen der Bewältigung und der Persönlichkeit unterscheiden. Auch in einer Vielzahl anderer Studien (z.B. Boelen et al., 2003; Bonanno et al., 2007) wurde immer wieder auf die Existenz eines eigenständigen Konstrukts einer komplizierten Trauerreaktion hingewiesen.

Eine Aufnahme als eigenständige Diagnose in die gängigen Klassifikationssysteme würde für Betroffene einen erleichterten Zugang zu therapeutischen Hilfen bedeuten und würde sicherlich auch einen Anreiz für weitere Forschungen zu therapeutischen Ansätzen darstellen, wie dies in der Vergangenheit auch schon ohne allgemein akzeptierte Kriterien erfolgt ist (z.B. Shear, Frank, Houck & Reynolds, 2005). Durch die Aufnahme in ein Klassifikationssystem und die damit einhergehende Vereinheitlichung von Kriterien würde auch die weitere Forschung zu Behandlungsansätzen deutlich vereinfacht werden und die Vergleichbarkeit der Studien zu komplizierter Trauer verbessert werden.

Zum in diesem Zusammenhang immer wieder angebrachten Argument der Gefahr der Pathologisierung der Trauerreaktion durch eine Aufnahme einer komplizierten Trauer in die gängigen Klassifikationssysteme ist anzumerken, dass dieser durch gut validierte, eindeutige Kriterien und ausreichend große Zeitabstände entgegengewirkt werden kann. Die Aufnahme der Posttraumatischen Belastungsstörung, die ebenfalls als eine Störung mit einer externalen Ursache auf ein traumatisches Ereignis zurückgeführt werden kann, in das DSM III im Jahr 1980 hatte weniger eine Pathologisierung von gewöhnlichen stressreichen Ereignissen zur Folge als vielmehr eine Reihe von traumafokussierten Therapiemethoden und Präventionsstrategien nach traumatischen Erfahrungen hervorgebracht, die für die Betroffenen bei der Bewältigung der Ereignisse von großem Nutzen sein können.

6.5 Forschungsausblick

Diese Studie leistet einen weiteren bedeutsamen Beitrag zu den Unterschieden zwischen kompliziert Trauernden und einfach Trauernden im deutschsprachigen Raum. Es konnte gezeigt werden, dass erhebliche Unterschiede im Bewältigungsverhalten, verschiedenen Persönlichkeitsvariablen und dem Ausmaß der psychischen und somatischen Symptomatik bestehen.

Weiterhin konnte gezeigt werden, dass das Komplizierte Trauer Modul von Maercker und Langner (2002) ein valides Verfahren zur Erfassung der komplizierten Trauer darstellt. Bei Verdacht auf eine komplizierte Trauerreaktion kann das Komplizierte Trauer Modul wertvolle diagnostische Hinweise liefern, die die Behandlung erleichtern können. Aber auch die Erhebung anderer Variablen, die sich in dieser Studie als bedeutsam bei der

Entwicklung einer komplizierten Trauer erwiesen haben oder die diese Entwicklung beeinflussen, kann sinnvoll sein, um erste Hinweise auf eine sich später möglicherweise anbahnende komplizierte Trauer zu erhalten, Risikogruppen zu identifizieren und adäquate Hilfe anzubieten. Wenn beispielsweise innerhalb des ersten Trauerjahres Hilfe aufgesucht wird, wäre es hilfreich, am Anfang einer Behandlung Fragebogen zur Erhebung von Neurotizismus, Kontrollüberzeugungen, Resilienz und Optimismus und zur Überprüfung der vorhandenen Bewältigungsstrategien einzusetzen.

In weiterführenden Studien zur Erforschung der Einflussfaktoren auf die Entwicklung einer komplizierten Trauer werden Längsschnittstudien mit der Erhebung von Ausgangswerten vor dem Todesfall unumgänglich sein. Da sich in dieser Studie erneut gezeigt hat, dass Akzeptanz einen wesentlichen Einfluss auf die Trauerbewältigung zu haben scheint, sollte in zukünftigen Studien ein ganz besonderes Augenmerk darauf gelegt werden, inwieweit die Fähigkeit zur Akzeptanz schon vor dem Todesfall bestand und inwieweit diese Fähigkeit zum Beispiel durch die Konfrontation mit früheren Todesfällen im Verwandten- und Bekanntenkreis oder Verlusterfahrungen generell entwickelt werden konnte. Interessant wäre es auch zu überprüfen, ob bei vorhersehbaren Todesfällen (z.B. bei unheilbaren Krankheiten) im Vergleich zu plötzlich auftretenden Todesfällen Bewältigungsmechanismen bereits früher einsetzen und einen Schutzfaktor gegenüber der Entwicklung einer komplizierten Trauer darstellen. Auch wäre ein verstärkter Einbezug von Trauernden, die nicht an einer Selbsthilfe- oder Trauergruppe teilnehmen oder teilgenommen haben, wünschenswert.

Abschließend bleibt zu hoffen, dass in Zukunft noch intensiver an der Erforschung der Trauer und vor allem der pathologisch intensivierten Form, der komplizierten Trauer, geforscht wird, da sich zeigte, dass große Unterschiede zwischen kompliziert und einfach Trauernden bestehen. Die Festlegung verbindlicher Kriterien und die Aufnahme der komplizierten Trauer in die gängigen Klassifikationssysteme würde bedeutend zu einer Vereinheitlichung und damit zu einer größeren Vergleichbarkeit kommender Studien zu komplizierter Trauer beitragen und Betroffenen den Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten vereinfachen.

7. Literaturverzeichnis

- Agaibi, C. E. & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience. A review of the literature. *Trauma, Violence, and Abuse*, 6(3), 195-216.
- Arrindell, W. A., Meeuwesen, L., & Huyse, F. J. (1991). The Satisfaction With Life Scale (SWLS): Psychometric properties in a non-psychiatric medical outpatients sample. *Personality and Individual Differences*, 12, 117-123.
- Bebbington, P. (1987). Marital status and depression: A study of English national admission statistics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70(6), 640-650.
- Beem, E. E., Maes, S., Cleiren, M., Schut, H. A. W. & Garssen, B. (2000). Psychological functioning of recently bereaved middle-aged women: The first 13 months. *Psychological Reports*, 87, 243-254.
- Berg, A. I. (2008). *Life satisfaction in late life: Markers and predictors of level and change among 80+ year olds*. Göteborg: Geson.
- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G. & Briere, N. M. (1989). L'Echelle de satisfaction de vie: Validation Canadienne-Francaise du "Satisfaction With Life Scale". *Canadian Journal of Behavioral Science* 21, 210-223.
- Boelen, P. A. & van den Bout, J. (2005). Complicated grief, depression, and anxiety as distinct postloss syndromes: A confirmatory factor analysis study. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2175-2177.
- 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. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1339-1341.
- Bonanno, G. A. & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 705-734.
- Bonanno, G. A., Mihalecz, M. C. & LeJeune, J. T. (1999). The core themes of conjugal loss. *Motivation and Emotion*, 23(3), 175-201.
- Bonanno, G. A., Neria, Y., Mancini, A., Coifman, K. G., Litz, B. & Insel, B. (2007). Is there more to complicated grief than depression and posttraumatic stress disorder? A test of incremental validity. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(2), 342-351.

- Bonanno, G. A., Papa, A., Lalande, K., Zhang, N. & Noll, J. G. (2005). Grief processing and deliberate grief avoidance: A prospective comparison of bereaved spouses and parents in the United States and the People's Republic of China. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 86-98.
- Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J., Carr, D. & Nesse, R. M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: a prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(5), 1150-1164.
- Bonanno, G. A., Znoj, H., Siddique, H. I. & Horowitz, M. J. (1999). Verbal-autonomic dissociation and adaptation to midlife conjugal loss: A follow-up at 25 months. *Cognitive Therapy and Research*, 23(6), 605-624.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (1993). *NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae*. Göttingen: Hogrefe.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Loss, sadness and depression (Vol. 3)*. New York: Basic Books.
- Brown, S. L., Brown, R. M., House, J. S. & Smith, D. M. (2008). Coping with spousal loss: Potential buffering effects of self-reported helping behaviour. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(6), 849-861.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen: Hogrefe.
- Burke, C. T., Shrout, P. E. & Bolger, N. (2007). Individual differences in adjustment to spousal loss: A nonlinear mixed model analysis. *International Journal of Behavioral Development*, 31(4), 405-415.
- Burnett, P., Middleton, W., Raphael, B., Dunne, M., Moylan, A. & Martinek, N. (1994). Concepts of normal bereavement. *Journal of Traumatic Stress*, 7(1), 123-128.
- Carey, R. G. (1977). The widowed: A year later. *Journal of Consulting Psychology*, 24(2), 125-131.
- Carnelley, K. B., Wortman, C. B., Bolger, N. & Burke, C. T. (2006). The time course of grief reactions to spousal loss: Evidence from a national probability sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(3), 476-492.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.

- Davis, C. G. & Nolen-Hoeksema, S. (2001). Loss and meaning: How do people make sense of loss? *American Behavioral Scientist*, 44, 726-741.
- Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S. & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(2), 561-574.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (Hrsg.) (2006). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen (3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage unter Berücksichtigung der German Modification (GM) der ICD-10)*. Bern: Huber.
- Donnelly, E. F., Field, N. P. & Horowitz, M. J. (2000). Expectancy of spousal death and adjustment to conjugal bereavement. *Omega: Journal of death and dying*, 42(3), 195-208.
- Endler, N. S. & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854.
- Faschingbauer, T., Zisook, S. & DeVaul, R. (1987). The Texas revised inventory of grief. In S. Zisook, (Ed.), *Biopsychosocial Aspects of Bereavement* (111-124). Washington: American Psychiatric Press.
- Folkman, S., Chesney, M., Collette, L., Boccillari, A. & Cooke, M. (1996). Postbereavement depressive mood and its prebereavement predictors in HIV+ and HIV- gay men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 336-348.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150-170.
- Franke, G. H. (2002). *SCL-90-R. Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis. Deutsche Version*. Göttingen: Beltz.
- Freud, S. (1917). Trauer und Melancholie. *GW Band 10*, 427-446.

- Futterman, A., Gallagher, D., Thompson, L. W., Lovett, S. & Gilewski, M. (1990). Retrospective assessment of marital adjustment and depression during the first 2 years of spousal bereavement. *Psychology and Aging*, 5(2), 277-283.
- Glaesmer, H., Hoyer, J., Klotsche, J. & Herzberg, Y. (2008). Die deutsche Version des Life Orientation Tests (LOT-R) zum dispositionellen Optimismus und Pessimismus. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 16(1), 26-31.
- Glick, I., Weiss, R. S. & Parkes, C. M. (1974). *The first year of bereavement*. New York: Wiley.
- Goldman, N., Korenman, S. & Weinstein, R. (1995). Marital status and health among the elderly. *Social Science and Medicine*, 40(12), 1717-1730.
- Hagedoorn, M., Van Yperen, N. W., Coyne, J. C., van Jaarsveld, C. H. M., Ranchor, A. V., van Sonderen, E. & Sanderman, R. (2006). Does marriage protect older people from distress? The role of equity and recency of bereavement. *Psychology and Aging*, 21(3), 611-620.
- Havighurst, R. J. (1953). *Developmental tasks and education*. New York: Longmans.
- Hautzinger, M., Keller, F. & C. Kühner (2006). *Beck-Depressions-Inventar 2. Auflage*. Frankfurt am Main: Harcourt Test Services.
- Horowitz, M. J. (1990). A model of mourning: Change in schemas of self and other. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 38(2), 297-324.
- Horowitz, M. J. (1997). *Stress response syndromes. PTSD, grief, and adjustment disorders (3. Ed.)*. New Jersey: Aronson.
- Horowitz, M. J., Bonanno, G. A. & Holen, A. (1993). Pathological grief: Diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55, 260-273.
- Horowitz, M. J., Marmar, C., Krupnick, J., Wilner, N., Kaltreider, N. & Wallerstein, R. (1984). *Personality styles and brief psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C. & Stinson, C. H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 904-910.
- Jacobs, S., Hansen, F., Kasl, S., Ostfeld, A., Berkman, L. & Kim, K. (1990). Anxiety disorders during acute bereavement: risk and riskfactors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51(2), 269-274.
- Kaltman, S. & Bonanno, G. A. (2003). Trauma and bereavement: Examining the impact of sudden and violent deaths. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(2), 131-147.

- Kaprio, J., Koskenvuo, M. & Rita, H. (1987). Mortality after bereavement: A prospective study of 95647 widowed persons. *American Journal of Public Health*, 77(3), 283-287.
- Kim, K. & Jacobs, S. (1991). Pathologic grief and its relationship to other psychiatric disorders. *Journal of Affective Disorders*, 21(4), 257-263.
- Krampen, G. (1981). *IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1982). *Differentialpsychologie der Kontrollüberzeugungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Kübler-Ross, E. (1989). *Über den Tod und das Leben danach (10. Auflage)*. Güllenheim: Silberschnur.
- 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.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lehman, D. R., Wortman, C. B. & Williams, A. F. (1987). Long-term effects of losing a spouse or child in a motor vehicle crash. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 219-231.
- Leppert, K., Gunzelmann, T., Schumacher, J., Strauß, B. & Braehler, E. (2005). Resilienz als protektives Persönlichkeitsmerkmal im Alter. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 55(8), 365-369.
- 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(6), 637-662.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101(2), 141-148.
- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y. & Diener, E. (2003). Reexamining adaptation and the set point model of happiness: Reactions to changes in marital status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(3), 527-539.
- Lund, D. A., Caserta, M. S. & Dimond, M. F. (1986). Gender differences through two years of bereavement among the elderly. *The Gerontologist*, 26, 314-319.
- Lund, D. A., Dimond, M. F., Caserta, M. S., Johnson, R. J., Poulton, J. L. & Connelly, J. R. (1985). Identifying elderly with coping difficulties after two years bereavement. *Omega: Journal of death and dying*, 16(3), 213-224.

- Maercker, A. (2002). Komplizierte Trauer-Modul-Interviewversion nach Horowitz. Zugriff am 31.03.2008 unter <http://www.psychologie.uzh.ch/psypath/forschung/schwerpunkte/kompliziertetrauer/index.htm>.
- Maercker, A., Bonanno, G. A., Znoj, H. & Horowitz, M. J. (1998). Prediction of complicated grief by positive and negative themes in narratives. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 1117-1136.
- Maercker, A. & Langner, R. (2002). KTM. Komplizierte Trauer Modul (Fragebogenversion und Interviewversion). Zürich: Universität.
- Maercker, A. & Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Scale – revidierte Version. *Diagnostica*, 44, 130-141.
- Marris, P. (1958). *Widows and their families*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Marwit, S. J. (1996). Reliability of diagnosing complicated grief: a preliminary investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 563-568.
- Masten, A. S. & Obradovic, J. (2008). Disaster preparation and recovery: lessons from research on resilience in human development. *Ecology and Society* 13(1), 9.
- McIntosh, D. N., Silver, R. C. & Wortman, C. B. (1993). Religion's role in adjustment to a negative life event: coping with the loss of a child. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(4), 812-821.
- Meuser, T. M. & Marwit, S. J. (2000). An integrative model of personality, coping and appraisal for the prediction of grief involvement in adults. *Omega: Journal of death and dying*, 40(2), 375-393.
- Middleton, W., Raphael, B., Burnett, P. & Martinek, N. (1997). Psychological distress and bereavement. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(7), 447-453.
- Nolen-Hoeksema, S. & Larson, J. (1999). *Coping with loss*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- O'Rourke, N. (2004). Cognitive adaptation and women's adjustment to conjugal bereavement. *Journal of Women and Aging*, 16(1-2), 87-104.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A. S., McCallum, M. & Rosie, J. S. (2003). NEO-five factor personality traits as predictors of response to two forms of group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 53(4), 417-442.
- Park, C. L., Cohen, L. H. & Murch, R. L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64(1), 71-105.
- Parkes, C. M. (1972). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. New York: International Universities Press.

- Parkes, C. M. (1998). Coping with loss. Bereavement in adult life. *British Medical Journal*, 316, 856-859.
- Parkes, C. M. & Weiss, R. S. (1983). *Recovery from bereavement*. New York: Basic books.
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Azim, H. F. & Weideman, R. (2001). Prevalence of loss and complicated grief among psychiatric outcomes. *Psychiatric services*, 52, 1069-1074.
- 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 as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry*, 152(1), 22-30.
- 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. Hannson, W. Stroebe & H. A. Schut (Hrsg.), *Handbook of bereavement research* (S. 613-645). Washington: American Psychological Association.
- Ptacek, J. T., Smith, R. E. & Zana, J. (1992). Gender, appraisal, and coping: A longitudinal analysis. *Journal of Personality*, 60, 747-770.
- Radloff, L. (1975). Sex differences in depression: The effects of occupation and marital status. *Sex Roles*, 1(3), 249-265.
- Rando, T. (1992). The increasing prevalence of complicated mourning: the onslaught is just beginning. *Omega*, 26(1), 43-59.
- Raphael, B. (1983). *The anatomy of bereavement*. New York: Basic Books.
- Remmers, S. (2009). *Wie der Verlust des Ehepartners bewältigt wird: Eine Längsschnittstudie zur Erfassung des Trauerverlaufs innerhalb des ersten Jahres nach dem Todesereignis*. Göttingen: Cuvillier.
- Reynolds III, C. F., Miller, M. D., Pasternak, R. E., Frank, E., Perel, J. M., Cornes, C., Houck, P. R., Mazumdar, S., Dew, M. A. & Kupfer, D. J. (1999). Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: a controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 156, 202-208.
- Robins, R. W., John, O. P., Caspi, A., Moffitt, T. E. & Stouthamer-Loeber, M. (1996). Resilient, overcontrolled, and undercontrolled boys: Three replicable personality types. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(1), 157-171.

- Robinson, T. & Marwit, S. J. (2006). An investigation of the relationship of personality, coping, and grief intensity among bereaved mothers. *Death Studies*, 30(7), 677-696.
- Rogers, E. M., Hansen, N. B., Levy, B. R., Tate, D. C. & Sikkema, K. J. (2005). Optimism and coping with loss in bereaved HIV-infected men and women. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(3), 341-360.
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. New York: Prentice-Hall.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (1998). *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Schaefer, C., Quesenberry, C. P. & Soora, W. (1995). Mortality following conjugal bereavement and the effects of a shared environment. *American Journal of Epidemiology*, 141(12), 1142-1152.
- Scheid, Bernhard (2010). Religion in Japan - ein Web-Handbuch. Zugriff am 12.02.2010 unter http://www.univie.ac.at/rel_jap/alltag/soshiki.htm.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219-247.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
- Scheier, M. F., Weintraub, J. K. & Carver C. S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1257-1264.
- Schnider, K. R., Elhai, J. D. & Gray M. J. (2007). Coping style use predicts posttraumatic stress and complicated grief symptom severity among college students reporting a traumatic loss. *Journal of Consulting Psychology*, 54(3), 344-350.
- Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (Hrsg.) (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (S. 305-309). Göttingen: Hogrefe.
- Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauß, B. & Brähler, E. (2005). Die Resilienzskala – Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 53(1), 16-39.

- Schwartzberg, S. S. & Janoff-Bulmann, R. (1994). Grief and the search for meaning: exploring the assumptive worlds of bereaved college students. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 10, 270-288.
- Seligmann, M. E. P. (1979). *Erlernte Hilflosigkeit*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Shear, K., Frank, E., Houck, P. R. & Reynolds, C. F. (2005). Treatment of complicated grief. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 293(21), 2601-2608.
- Shu, E., Diener, E. & Fujita, F. (1996). Events and subjective well-being: Only recent events matter. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(5), 1091-1102.
- Shuchter, S. R. & Zisook, S. (1993). The course of normal grief. In: M. S. Stroebe, W. Stroebe & R. O. Hansson (Hrsg.), *Handbook of bereavement: theory, research, and intervention* (S. 23-43). Cambridge: Cambridge University Press.
- Simon, N. M., Shear, K. M., Thompson, E. H., Zalta, A. K., Perlman, C., Reynolds, C. F., Frank, E., Melhem, N. M. & Silowash, R. (2007). The prevalence and correlates of psychiatric comorbidity in individuals with complicated grief. *Comprehensive Psychiatry*, 48(5), 395-399.
- Sölva, M., Baumann, U. & Lettner, K. (1995). Wohlbefinden: Definitionen, Operationalisierungen, empirische Befunde. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 3, 292-309.
- Stein, N., Folkman, S., Trabasso, T. & Richards, T. A. (1997). Appraisal and goal processes as predictors of psychological well-being in bereaved caregivers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(4), 872-884.
- Stroebe, M. S. & Schut, H. (2001). Models of coping with bereavement: A review. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe & H. A. Schut (Hrsg.), *Handbook of bereavement: Consequences, coping, and care* (S. 375-404). Washington: American Psychological Association.
- Stroebe, M. S. & Stroebe, W. (1983). Who suffers more? Sex differences in health risks of the widowed. *Psychological Bulletin*, 93(2), 279-301.
- Stroebe, M. S. & Stroebe, W. (1991). Does "grief work" work? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(3), 479-482.
- Stroebe, M. S. & Stroebe, W. (1993). The mortality of bereavement: A review. In M. S. Stroebe, W. Stroebe & R. O. Hansson (Hrsg.), *Handbook of bereavement; Theory, research, and intervention* (S. 175-195). New York: Cambridge University Press.

- Stroebe, M. S., Stroebe, W. & Schut, H. (2001). Gender differences in adjustment to bereavement: an empirical and theoretical review. *Review of General Psychology*, 5(1), 62-83.
- Stroebe, M., van Son, M., Stroebe, W., Kleber, R., Schut, H. & van den Bout, J. (2000). On the classification and diagnosis of pathological grief. *Clinical Psychological Review*, 20(1), 55-75.
- Stroebe, W. & Stroebe, M. S. (1987). *Bereavement and health*. New York: Cambridge University Press.
- Stroebe, W., Stroebe, M., Abakoumkin, G. & Schut, H. (1996). The role of loneliness and social support in adjustment to loss: A test of attachment versus stress theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(6), 1241-1249.
- Stroebe, W., Stroebe, M. & Domittner, G. (1988). Individual and situational differences in recovery from bereavement: A risk group identified. *Journal of Social Issues*, 44(3), 143-158.
- Stroebe, W., Zech, E., Stroebe, M. & Abakoumkin, G. (2005). Does social support help in bereavement? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(7), 1030-1050.
- Thompson, L. W., Gallagher-Thompson, D., Futterman, A., Gilewski, M. J. & Peterson, J. (1991). The effects of late-life spousal bereavement over a 30-month interval. *Psychology and Aging*, 6(3), 434-441.
- Vauchon, M. L. S., Rogers, J., Lyall, W. A. L., Lancee, W. J., Sheldon, A. R. & Freemann, S. J. J. (1982). Predictors and correlates of adaption to conjugal bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 139, 998-1002.
- Vauchon, M. L. S., Sheldon, A. A., Lancee, W. J., Lyall, W. A. L., Rogers, J. & Freemann S. J. J. (1982). Correlates of enduring stress patterns following bereavement: social network, life situation und personality. *Psychological medicine*, 12, 783-788.
- Vogel, R. T. (2009). *Der Tod in der Psychotherapie* (2. korr. und erweiterte Aufl.). Münster: Monsenstein und Vannerdat.
- Wagnhild, G. M. & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.
- Weiss, D. S. & Marmar, C. R. (1996). The Impact of Event Scale – Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Hrsg.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (S. 399-411). New York: Guilford.

- Wijngaards-de Meij, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., van den Bout, J., van der Heijden, P. & Dijkstra, I. (2007). Neuroticism and attachment insecurity as predictors of bereavement outcome. *Journal of Research in Personality*, 41(2), 498-505.
- Winter, L., Lawton, M. P., Casten, R. J. & Sando, R. L. (2000). The relationship between external events and affect states in older people. *International Journal of Aging and Human Development*, 50, 85-96.
- Worden, W. J. (2007). *Beratung und Therapie in Trauerfällen* (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Wortman, C. B. & Silver, R. C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 349-357.
- Zisook, S., Chentsova-Dutton, Y. & Shuchter, S. R. (1998). PTSD following bereavement. *Annals of Clinical Psychiatry*, 10(4), 157-163.
- Zisook, S., Devaul, R. A. & Click, M. A. (1982). Measuring symptoms of grief and bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1590-1593.
- Zisook, S. & Shuchter, S. R. (1986). The first four years of widowhood. *Psychiatric Annals*, 15, 288-294.
- Zisook, S., Shuchter, S. R., Sledge, P. A., Paulus, M. & Judd, L. L. (1994). The spectrum of depressive phenomena after spousal bereavement. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55 Suppl, 29-36.
- Znoj, H. (2004). *Komplizierte Trauer. Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Znoj, H. (2008). Texas-Revised Inventory of Grief: Validierung der deutschen Version TRIG-D. *Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie*, 2 (4), 236-239.

8. Tabellenverzeichnis

Tab. 2.1:	Beeinträchtigte Funktionsbereiche bei Trauer (nach Bonanno & Kaltmann, 2001).....	3
Tab. 2.2:	Manifestationen der normalen Trauer nach Worden (2007, S. 29ff).....	4
Tab. 2.3:	Phasenmodell der Trauer nach Bowlby (1980).....	8
Tab. 2.4:	Konzept der Traueraufgaben nach Worden (2007).....	8
Tab. 2.5:	Modell der unterschiedlichen Reaktionen auf stressreiche Ereignisse.....	15
Tab. 2.6:	Normale Reaktionen auf Trauer und ihre pathologische Intensivierung.....	16
Tab. 2.7:	Die vorgeschlagenen Diagnosekriterien für komplizierte Trauer nach Horowitz et al. (1997).....	19
Tab. 4.1:	Todesursache des verstorbenen Partners.....	52
Tab. 4.2:	Zugehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft und Gläubigkeit.....	53
Tab. 4.3:	Berufliche Tätigkeit.....	54
Tab. 5.1:	Faktorenladungen der Items des Fragebogens KTM nach Itemreduktion und Drei-Faktoren-Lösung.....	63
Tab. 5.2:	Mittelwerte, Standardabweichungen und Interne Konsistenzen (Cronbach α) der Skalen des KTM.....	64
Tab. 5.3:	Übereinstimmung der Faktoren nach Itemreduktion mit dem Originalfragebogen von Maercker & Langner.....	65
Tab. 5.4:	Korrelationen der Skalen des KTM mit dem TRIG.....	66
Tab. 5.5:	Ergebnisse der Regressionsanalyse mit den Skalen des KTM (Kriterium) und dem TRIG (Prädiktor).....	67
Tab. 5.6:	Korrelationen der Skalen des KTM mit dem BDI-II.....	67
Tab. 5.7:	Ergebnisse der Regressionsanalyse mit den Skalen des KTM (Kriterium) und dem BDI-II (Prädiktor).....	68
Tab. 5.8:	Korrelationen der Skalen des KTM mit den Skalen des IES-R.....	68
Tab. 5.9:	Ergebnisse der Regressionsanalyse mit den Skalen des KTM (Kriterium) und den Skalen des IES-R (Prädiktoren).....	69
Tab. 5.10:	Korrelationen der Skalen des KTM mit den Skalen des COPE	74

Tab. 5.11:	Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Gruppenzugehörigkeit und den Skalen des COPE als abhängigen Variablen.....	75
Tab. 5.12:	Korrelationen der Skalen des KTM mit dem LOT-R.....	75
Tab. 5.13:	Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Gruppenzugehörigkeit und dem LOT-R als abhängiger Variable.....	76
Tab. 5.14:	Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Optimismusaussprägung und der Skala „Akzeptanz“ des COPE als abhängige Variable.....	77
Tab. 5.15:	Korrelationen und Partialkorrelationen der Bewältigungsstrategie „Akzeptanz“ mit den Skalen des KTM „Intrusion“, „Depression“ und „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“ und Optimismus im LOT-R und der Skala „Positive Neubewertung“ des COPE.....	77
Tab. 5.16:	Korrelationen und Partialkorrelationen der Bewältigungsstrategie „Positive Neubewertung“ mit den Skalen des KTM „Intrusion“, „Depression“ und „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“ und Optimismus im LOT-R und der Skala „Akzeptanz“ des COPE.....	78
Tab. 5.17:	Korrelationen der Skalen des KTM mit den Skalen des NEO-FFI.....	79
Tab. 5.18:	Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Gruppenzugehörigkeit und den Skalen „Neurotizismus“, „Offenheit für neue Erfahrungen“ und „Gewissenhaftigkeit“ des NEO-FFI als abhängigen Variablen.....	80
Tab. 5.19:	Ergebnisse der Multivariaten Varianzanalyse mit den unabhängigen Variablen „Trauergruppe“ und „Geschlecht“ und der Skala Gewissenhaftigkeit des NEO-FFI als abhängiger Variable.....	80
Tab. 5.20:	Korrelationen der Skalen des KTM mit den Skalen des IPC.....	82
Tab. 5.21:	Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Gruppenzugehörigkeit und den Skalen „Fatalistische Externalität“ und „Internalität“ des IPC als abhängigen Variablen.....	82
Tab. 5.22:	Korrelationen der Skalen des KTM mit den Skalen des NEO-FFI, des IPC, der Skala Resilienz und dem SWLS.....	83
Tab. 5.23:	Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Gruppenzugehörigkeit und der Skala „Resilienz“ des RS-11 als abhängiger Variable.....	84

Tab. 5.24:	Korrelationen der Skalen des KTM mit dem SWLS.....	84
Tab. 5.25:	Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Gruppenzugehörigkeit und der Skala „Lebenszufriedenheit“ des SWLS als abhängiger Variable.....	85
Tab. 5.26:	Kreuztabelle der Chi-Quadrat-Testung Geschlecht x Trauergruppe.....	86
Tab. 5.27:	Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson Geschlecht x Trauergruppe...	86
Tab. 5.28:	Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Geschlecht und den Skalen „Akzeptanz“ und „Positive Neubewertung“ des COPE, des LOT-R, „Neurotizismus“, „Offenheit“ und „Gewissenhaftigkeit“ des NEO-FFI, „Internalität“ und „Fatalistische Externalität“ des IPC, des RS-11 und des SWLS als abhängigen Variablen.....	87
Tab. 5.29:	Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Geschlecht und den Skalen „Intrusion“, „Depression“, „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“ des KTM, „Trauerreaktion“ des TRIG, „Depressivität“ des BDI-II, „Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“, „Unsicherheit“, „Depressivität“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität“, „Phobische Ängste“, „Paranoides Denken“ und „Psychotizismus“ des SCL-90-R, „Intrusion“, „Vermeidung“ und „Übererregung“ des IES-R und „Gesundheitszustand“ des SF-12 als abhängigen Variablen.....	89
Tab. 5.30:	Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Geschlecht und den Items „Weinen“ des BDI-II, „Sorgen machen“, „Schwermut“, „Interesse an Sexualität“ und „Hoffnungslosigkeit“ des SCL-90-R als abhängigen Variablen.....	91
Tab. 5.31:	Ergebnisse der Multivariaten Varianzanalyse mit den unabhängigen Variablen „Trauergruppe“ und „Geschlecht“ und dem SF-12 als abhängiger Variable.....	91
Tab. 5.32:	Korrelationen der Skalen des KTM mit dem Alter.....	93
Tab. 5.33:	Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Gruppenzugehörigkeit und dem Alter als abhängiger Variable.....	93
Tab. 5.34:	Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Geschlecht und dem Alter als abhängiger Variable.....	94
Tab. 5.35:	Korrelationen der Skalen des KTM mit dem zeitlichen Abstand vom Todesstag des Partners.....	94

Tab. 5.36:	Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Gruppenzugehörigkeit und dem Abstand vom Todestag, dem TRIG und den Skalen des KTM als abhängigen Variablen.....	95
Tab. 5.37:	Ergebnisse der Multivariaten Varianzanalyse mit den unabhängigen Variablen „Trauergruppe“ und „Abstand vom Todestag“ und den Skalen „Intrusion“, „Depression“ und „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“ des KTM als abhängigen Variablen.....	96
Tab. 5.38:	Korrelationen der Skalen des KTM mit der Zufriedenheit der Partnerschaft.....	100
Tab. 5.39:	Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Gruppenzugehörigkeit und der Zufriedenheit mit der Partnerschaft als abhängiger Variable.....	100
Tab. 5.40:	Kreuztabelle der Chi-Quadrat-Testung Gläubigkeit x Trauergruppe.....	101
Tab. 5.41:	Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson Gläubigkeit x Trauergruppe.....	101
Tab. 5.42:	Korrelationen der Skalen des KTM mit den Skalen des BDI-II und der Skala „Depressivität“ des SCL-90-R.....	102
Tab. 5.43:	Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Gruppenzugehörigkeit und den Skalen „Depressivität“ des BDI-II und „Depressivität“ des SCL-90-R“ als abhängigen Variablen.....	102
Tab. 5.44:	Korrelationen der Skalen des KTM mit der Skala „Ängstlichkeit“ des SCL-90-R und den Skalen des IES-R.....	103
Tab. 5.45:	Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Gruppenzugehörigkeit und der Skala „Ängstlichkeit“ des SCL-90-R und den Skalen „Intrusion“, „Vermeidung“ und „Übererregung“ des IES-R als abhängigen Variablen.....	104
Tab. 5.46:	Korrelationen der Skalen des KTM mit den Skalen des SCL-90-R.....	105
Tab. 5.47:	Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Gruppenzugehörigkeit und den Skalen des SCL-90-R als abhängigen Variablen.....	106
Tab. 5.48:	Korrelationen der Skalen des KTM mit der Skala des SF-12.....	107
Tab. 5.49:	Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Gruppenzugehörigkeit und der Skala „Gesundheitszustand“ des SF-12 als abhängiger Variable.....	107

Tab. 5.50:	Ergebnisse der Multiplen Regressionsanalyse mit den Skalen des KTM (Kriterium) und den Skalen „Akzeptanz“ und „Positive Neubewertung“ des COPE (Prädiktoren).....	108
Tab. 5.51:	Ergebnisse der Multiplen Regressionsanalyse mit den Skalen des KTM (Kriterium) und Optimismus im LOT-R (Prädiktoren).....	109
Tab. 5.52:	Ergebnisse der Multiplen Regressionsanalyse mit den Skalen des KTM (Kriterium) und den Skalen „Neurotizismus“, „Offenheit für neue Erfahrungen“ und „Gewissenhaftigkeit“ des NEO-FFI und den Skalen „Internalität“ und „fatalistische Externalität“ des IPC und der Resilienzskala RS-11 sowie der Skala zur globalen Lebenszufriedenheit SWLS (Prädiktoren).....	110
Tab. 5.53:	Ergebnisse der Multiplen Regressionsanalyse mit den Skalen des KTM (Kriterium) und den Skalen des SCL-90-R, den Skalen des IES-R, der Variablen BDI-II und Gesundheitszustand und Trauerreaktion (Prädiktoren).....	111
Tab. 5.54:	Ergebnisse der Multiplen Regressionsanalyse mit den Skalen des KTM (Kriterium) und den soziodemographischen Skalen „Alter“, „Abstand vom Todestag“, „Länge der Partnerschaft“, „Zufriedenheit mit der Partnerschaft“ und „Gläubigkeit“ (Prädiktoren).....	113
Tab. 5.55:	Ergebnisse der Multiplen Regressionsanalyse mit der Variablen komplizierte Trauer (Kriterium) und den Skalen des Komplizierten Trauer Moduls (Prädiktoren).....	115
Tab. 5.56:	Ergebnisse der Multiplen Regressionsanalyse mit der Variablen komplizierte Trauer (Kriterium) und den Skalen des COPE, des LOT-R, des NEO-FFI, des IPC, der RS-11, des SWLS, den Skalen des SCL-90-R, des IES-R, BDI-II, SF-12 und TRIG sowie den soziodemographischen Variablen (Prädiktoren).....	116
Tab. 5.57:	Ergebnisse der Multiplen Regressionsanalyse mit der Variablen komplizierte Trauer (Kriterium) und der Skala „Akzeptanz“ des COPE, „Optimismus“ des LOT-R, „Neurotizismus“ des NEO-FFI, „Trauerreaktion“ des TRIG, „Depressivität“ des SCL-90-R, „Intrusion“ des IES-R und „Abstand vom Todestag“ (Prädiktoren).....	117
Tab. 5.58:	Überblick über die Annahme/Ablehnung der Hypothesen.....	118

Anhang A

Tab. A 1:	Faktorenladungen der Items des Fragebogens KTM ohne Vorgabe von Faktoren.....	154
Tab. A 2:	Faktorenladungen der Items des Fragebogens KTM mit drei vorgegebenen Faktoren.....	155
Tab. A 3:	Faktorenladungen der Items des Fragebogens KTM nach Reduktion der Items 9, 16, 20, 21, 22 und 25 ohne Vorgabe von Faktoren.....	156

Anhang B

Tab. B 1:	Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Test für die Skalen „Akzeptanz“ und „Positive Neubewertung“ des COPE.....	157
Tab. B 2:	Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Test für die Skala „Phobische Ängste“ des SCL-90-R.....	157
Tab. B 3:	Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Test für die Skala „Gesundheitszustand“ des SF-12.....	157
Tab. B 4:	Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Geschlecht und den Items des BDI-II als abhängigen Variablen.....	158
Tab. B 5:	Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Geschlecht und den Items zur Depressivität des SCL-90-R als abhängigen Variablen.....	159
Tab. B 6:	Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Test für die Variable „Abstand vom Todestag, für die Skala des TRIG und für die Skalen „Intrusion“ und „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“ des KTM.....	159
Tab. B 7:	Kreuztabelle der Chi-Quadrat-Testung Gläubigkeit x Geschlecht.....	160
Tab. B 8:	Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson Gläubigkeit x Geschlecht.....	160
Tab. B 9:	Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Test für die Skala „Intrusion“ des IES-R.....	160
Tab. B 10:	Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Test für die Skalen „Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität“, „Phobische Ängste“, „Paranoides Denken“ und „Psychotizismus“ des SCL-90-R.....	161

9. Abbildungsverzeichnis

Abb. 2.1:	Phasen der Stressreaktion auf ein stressreiches Lebensereignis nach Horowitz (1997).....	6
Abb. 2.2:	Duales Prozessmodell nach Stroebe und Schut (2001, S. 396).....	10
Abb. 2.3:	Erwartete Wirkung der Copingstrategien auf die komplizierte Trauer.....	24
Abb. 2.4:	Erwartete direkte und indirekte Wirkung des Optimismus auf die komplizierte Trauer.....	26
Abb. 2.5:	Erwartete Wirkung von Gewissenhaftigkeit, Offenheit und Neurotizismus auf komplizierte Trauerreaktionen.....	27
Abb. 2.6:	Erwartete Wirkung der Kontrollüberzeugungen auf die komplizierte Trauer.....	29
Abb. 2.7:	Erwartete Wirkung der Resilienz auf die komplizierte Trauer.....	31
Abb. 2.8:	Erwartete Wirkung der Lebenszufriedenheit auf komplizierte Trauerreaktionen.....	32
Abb. 2.9:	Erwartete Wirkung des Alters auf komplizierte Trauerreaktionen.....	36
Abb. 2.10:	Erwartete Wirkung des Abstands vom Todestag auf die Trauerreaktion.....	36
Abb. 2.11:	Erwartete Wirkung der Zufriedenheit mit der Partnerschaft auf die komplizierte Trauerreaktion.....	37
Abb. 2.12:	Erwartete Wirkung der Gläubigkeit auf die komplizierte Trauerreaktion....	38
Abb. 3.1:	Stärke der Vorhersage durch die Prädiktoren Kompliziertes Trauer Modul und am besten zur Vorhersage des Komplizierten Trauer Moduls geeigneten Variablen.....	47
Abb. 4.1:	Altersverteilung der Teilnehmer.....	51
Abb. 4.2:	Zufriedenheit mit der Paarbeziehung.....	52
Abb. 4.3:	Dauer der Verwitwung.....	53
Abb. 5.1:	Screeplot der Faktorenanalyse des KTM.....	61
Abb. 5.2:	Häufigkeitsverteilung der Skala „Intrusion“.....	70
Abb. 5.3:	Häufigkeitsverteilung der Skala „Depression“.....	71
Abb. 5.4:	Häufigkeitsverteilung der Skala „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“.....	72

Abb. 5.5:	Wechselwirkungen zwischen den unabhängigen Variablen „Trauergruppe“ und „Geschlecht“ bei der abhängigen Variable „Gewissenhaftigkeit“ des NEO-FFI.....	81
Abb. 5.6:	Häufigkeitsverteilung Geschlecht und Trauergruppenzugehörigkeit.....	86
Abb. 5.7:	Wechselwirkungen zwischen den unabhängigen Variablen „Trauergruppe“ und „Geschlecht“ bei der abhängigen Variable „Gesundheitszustand“ des SF-12.....	92
Abb. 5.8:	Wechselwirkungen zwischen den unabhängigen Variablen „Trauergruppe“ und „Abstand vom Todestag“ bei der abhängigen Variable „Intrusion“ des KTM.....	97
Abb. 5.9:	Wechselwirkungen zwischen den unabhängigen Variablen „Trauergruppe“ und „Abstand vom Todestag“ bei der abhängigen Variable „Depression“ des KTM.....	98
Abb. 5.10:	Wechselwirkungen zwischen den unabhängigen Variablen „Trauergruppe“ und „Abstand vom Todestag“ bei der abhängigen Variable „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“ des KTM.....	99

10 Anhangsverzeichnis

Anhang A:	Zusätzliche Auswertungen zur Testanalyse des KTM.....	153
Anhang B:	Zusätzliche Auswertungen zu den Hypothesenprüfungen.....	157
Anhang C:	Verwendete Anschreiben und Fragebogen.....	162
C 1	Erstes Anschreiben mit Informationen zur Studie an Trauerbegleiter, Gruppenleiter etc.....	162
C 2	Informationsblatt für Teilnehmer.....	165
C 3	Begleitschreiben zur Fragebogenbatterie.....	168
C 4	Einverständniserklärung der Teilnehmer.....	170
C 5	Fragebogen zur Erfassung soziodemographischer Daten.....	172
C 6	Fragebogen KTM zur Erfassung der komplizierten Trauerreaktion.....	176
C 7	Fragebogen SCL-90-R zur Erfassung der psychischen und körperlichen Beeinträchtigung.....	180
C 8	Fragebogen BDI-II zur Erfassung der Schwere depressiver Symptome...	186
C 9	Fragebogen TRIG zur Erfassung der Trauerreaktion.....	189
C 10	Fragebogen IES-R zur Erfassung der Reaktion auf belastende Ereignisse.....	191
C 11	Fragebogen SWLS zur Erfassung der globalen Lebenszufriedenheit.....	193
C 12	Fragebogen NEO-FFI zur Erfassung der Persönlichkeitsdimensionen „Neurotizismus“, „Offenheit für neue Erfahrungen“ und „Gewissenhaftigkeit“.....	195
C 13	Fragebogen IPC zur Erfassung der generalisierten Kontrollüberzeugungen.....	199
C 14	Fragebogen LOT-R zur Erfassung des Optimismus.....	201
C 15	Fragebogen RS-11 zur Erfassung der Resilienz.....	203
C 16	Fragebogen COPE zur Erfassung der Bewältigungsstile „Akzeptanz“ und „Positive Neubewertung“.....	205
C 17	Fragebogen SF-12 zur Erfassung des Gesundheitszustands.....	207
Anhang D	Lebenslauf.....	210
Anhang E	Erklärung nach § 8 Abs. 4 der Promotionsordnung.....	211

Anhang A: Zusätzliche Auswertungen zur Testanalyse des KTM

In den folgenden Tabellen (Tab. A 1 – Tab. A 3) werden die Ergebnisse der Faktorenanalysen des KTM mit unterschiedlichen Vorgaben und nach Reduktion einzelner Items dargestellt.

Tab. A 1: Faktorenladungen der Items des Fragebogens KTM ohne Vorgabe von Faktoren

Faktor Items	1	2	3	4	5
1	.815	.047	.136	.267	.053
2	.770	.064	.215	.225	.061
3	.741	.279	.254	.157	.020
4	.744	.247	.257	-.042	.147
5	.785	.124	.281	.011	.135
6	.766	.293	.065	.149	.090
7	.701	.226	.159	.083	.274
8	.508	.010	.252	.233	.524
9	.246	.161	.229	-.013	.748
10	.158	.168	.789	-.075	.275
11	.402	.168	.644	.118	.144
12	.395	.178	.715	.164	.186
13	.225	.358	.700	.112	-.032
14	.001	.640	.178	.247	.190
15	.141	.506	.256	.545	.051
16	.490	.499	.138	.141	.290
17	.275	.666	.182	.277	.299
18	.084	.686	.237	.374	.141
19	.325	.661	.184	.182	-.054
20	.166	.696	.235	-.056	-.096
21	.210	.275	.437	.422	-.196
22	.188	.088	-.028	.727	.045
23	.140	.428	.106	.684	.198
24	.295	.575	.242	.378	.253
25	.449	.594	-.058	-.039	.304
26	.109	.402	.001	.347	.496

Tab. A 2: Faktorenladungen der Items des Fragebogens KTM mit drei vorgegebenen Faktoren

Faktor Items	1	2	3
1	.816	.169	.092
2	.774	.142	.179
3	.724	.278	.269
4	.749	.160	.298
5	.794	.157	.179
6	.759	.307	.090
7	.740	.246	.179
8	.628	.211	.204
9	.407	.237	.251
10	.222	.094	.807
11	.434	.182	.634
12	.441	.221	.696
13	.215	.299	.725
14	.030	.675	.250
15	.156	.710	.251
16	.529	.506	.200
17	.321	.723	.253
18	.104	.770	.295
19	.285	.598	.270
20	.110	.481	.366
21	.175	.399	.403
22	.222	.498	-.132
23	.195	.764	.068
24	.340	.699	.276
25	.475	.490	.059
26	.217	.607	.017

Tab. A 3: Faktorenladungen der Items des Fragebogens KTM nach Reduktion der Items 9, 16, 20, 21, 22 und 25 ohne Vorgabe von Faktoren

Faktor Items	1	2	3
1	.808	.158	.143
2	.774	.142	.216
3	.742	.282	.259
4	.757	.178	.274
5	.794	.110	.276
6	.780	.292	.058
7	.749	.261	.156
8	.620	.244	.180
10	.178	.125	.849
11	.417	.203	.666
12	.413	.253	.725
13	.214	.372	.681
14	.017	.697	.227
15	.171	.740	.197
17	.313	.731	.227
18	.128	.817	.211
19	.331	.597	.177
23	.210	.790	.028
24	.325	.702	.284
26	.208	.612	-.005

Anhang B: Zusätzliche Auswertungen zu den Hypothesenprüfungen

In den folgenden Tabellen (Tab. B 1 – Tab. B 3, Tab. B 6, Tab. B 9 und 10) werden die nichtparametrische Tests, die zur Absicherung der Varianzanalyse bei Verletzung der Voraussetzung der Varianzhomogenität durchgeführt wurden, sowie Varianzanalysen mit der unabhängigen Variable Geschlecht und den Items zur Depressivität des BDI-II und SCL-90-R (Tab. B 4 und 5) sowie die Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests für Gläubigkeit x Geschlecht (Tab. B 7 und 8) dargestellt.

Tab. B 1: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Test für die Skalen „Akzeptanz“ und „Positive Neubewertung“ des COPE

	KT		ET		Mann-Whitney-U	Asymptotische Sign.
	Mittlerer Rang	Rangsumme	Mittlerer Rang	Rangsumme		
Akzeptanz	45.00	1665.00	77.88	7788.00	96200	.000
Positive Neubewertung	55.97	2071.00	73.82	7382.00	1368.00	.019

Tab. B 2: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Test für die Skala „Phobische Ängste“ des SCL-90-R

	Männer		Frauen		Mann-Whitney-U	Asymptotische Sign.
	Mittlerer Rang	Rangsumme	Mittlerer Rang	Rangsumme		
Phobische Ängste	63.88	1788.50	69.70	7527.50	1382.50	.474

Tab. B 3: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Test für die Skala „Gesundheitszustand“ des SF-12

	Männer		Frauen		Mann-Whitney-U	Asymptotische Sign.
	Mittlerer Rang	Rangsumme	Mittlerer Rang	Rangsumme		
Gesundheitszustand	75.25	2107.00	66.75	7209.00	1323.00	.309

Tab. B 4: Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Geschlecht und den Items des BDI-II als abhängigen Variablen

	Männer		Frauen		F	p
	M	SD	M	SD		
Traurigkeit	0.79	0.74	0.93	0.65	1.084	.300
Pessimismus	0.61	0.92	0.64	0.79	0.047	.829
Versagensgefühle	0.46	0.74	0.42	0.70	0.084	.772
Verlust von Freude	0.89	0.83	0.96	0.74	0.184	.669
Selbstablehnung	0.25	0.44	0.23	0.50	0.051	.821
Schuldgefühle	0.39	0.74	0.43	0.59	0.080	.778
Bestrafungsgefühle	0.37	0.84	0.45	0.94	0.173	.678
Selbstvorwürfe	0.57	0.84	0.65	0.78	0.203	.653
Selbstmordgedanken	0.32	0.67	0.33	0.53	0.002	.962
Interessenverlust	0.59	0.84	0.43	0.68	1.134	.289
Unruhe	0.44	0.70	0.65	0.82	1.395	.240
Entschlussunfähigkeit	0.67	0.83	0.86	0.78	1.253	.265
Wertlosigkeit	0.37	0.93	0.36	0.65	0.006	.939
Energielosigkeit	0.63	0.63	0.83	0.55	2.681	.104
Reizbarkeit	0.52	0.85	0.47	0.70	0.090	.764
Veränderung der Schlafgewohnheiten	1.44	1.60	1.32	1.40	0.158	.692
Veränderung des Appetits	0.44	0.64	0.75	1.09	1.893	.171
Konzentrations-schwierigkeiten	0.78	0.75	0.76	0.71	0.008	.930
Erschöpfung	0.74	0.60	0.80	0.66	0.182	.671
Verlust von sexuellem Interesse	0.89	1.12	1.32	1.14	3.143	.079

Tab. B 5: Ergebnisse der ANOVA mit der unabhängigen Variable Geschlecht und den Items zur Depressivität des SCL-90-R als abhängigen Variablen

	Männer		Frauen		F	p
	M	SD	M	SD		
Energielosigkeit	1.00	1.09	1.30	1.23	1.372	.244
Suizidgedanken	0.39	0.88	0.41	0.92	0.004	.948
Weinen	1.32	1.42	1.58	1.39	0.769	.382
Befürchtung ertappt zu werden	0.25	0.59	0.27	0.71	0.017	.896
Selbstvorwürfe	0.57	0.84	0.92	1.09	2.414	.123
Einsamkeitsgefühlen	1.75	1.30	2.21	1.47	2.247	.136
Interessenverlust	0.75	1.18	0.77	1.08	0.006	.937
Anstrengung	1.04	1.16	1.43	1.31	2.022	.157
Wertlosigkeit	0.50	0.96	0.89	1.30	2.180	.142

Tab. B 6: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Test für die Variable „Abstand vom Todestag, für die Skala des TRIG und für die Skalen „Intrusion“ und „Festhalten an der Anwesenheit des Verstorbenen“ des KTM

	KT		ET		Mann-Whitney-U	Asymptotische Sign.
	Mittlerer Rang	Rangsumme	Mittlerer Rang	Rangsumme		
Abstand Todestag	53.47	1978.50	72.85	7066.50	1275.50	.007
Trauerreaktion	99.50	3681.50	56.91	5634.50	684.50	.000
Intrusion	106.35	3935.00	55.18	5518.00	468.00	.000
Festhalten	109.08	4036.00	53.33	5280.00	330.00	.000

Tab. B 7: Kreuztabelle der Chi-Quadrat-Testung Gläubigkeit x Geschlecht

			Geschlecht		Gesamt
			Männer	Frauen	
Gläubigkeit	ja	Anzahl	3	23	26
		erwartet	5.6	20.4	
	nein	Anzahl	25	79	104
		erwartet	22.4	81.6	
Gesamt			28	102	130

Tab. B 8: Ergebnis des Chi-Quadrat-Test nach Pearson Gläubigkeit x Geschlecht

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz
χ^2	1.923	1	.166

Tab. B 9: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Test für die Skala „Intrusion“ des IES-R

	KT		ET		Mann-Whitney-U	Asymptotische Sign.
	Mittlerer Rang	Rang- summe	Mittlerer Rang	Rang- summe		
Intrusion	98.58	3647.50	57.26	5668.50	718.50	.000

Tab. B 10: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Test für die Skalen „Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität“, „Phobische Ängste“, „Paranoides Denken“ und „Psychotizismus“ des SCL-90-R

	KT		ET		Mann-Whitney-U	Asymptotische Sign.
	Mittlerer Rang	Rangsumme	Mittlerer Rang	Rangsumme		
Somatisierung	96.14	3557.00	58.96	5896.00	846.00	.000
Zwanghaftigkeit	101.07	3739.50	57.14	5713.50	663.50	.000
Ängstlichkeit	98.31	3637.50	58.16	5815.50	765.50	.000
Aggressivität	98.74	3653.50	58.00	5799.50	749.50	.000
Phobische Ängste	95.92	3549.00	59.04	5904.00	854.00	.000
Paranoides Denken	89.36	3306.50	61.47	6146.50	1096.50	.000
Psychotizismus	100.15	3705.50	57.48	5747.50	697.50	.000

Anhang C: Verwendete Anschreiben und Fragebogen

C 1 Erstes Anschreiben mit Informationen zur Studie an Trauerbegleiter, Gruppenleiter etc.



UNIVERSITÄT
KOBLENZ · LANDAU



Fachbereich 8: Psychologie
Arbeitsbereich Klinische Psychologie und
Intervention
Prof. Dr. Annette Schröder

Dipl. Psych., PP Carina Braun
Ostbahnstr. 10
76829 Landau
Telefon 06341/91756-22
E-mail: brau0620@uni-landau.de

Universität Koblenz-Landau, Ostbahnstr. 10, 76829 Landau

Landau, den Tag.Monat.Jahr

Sehr geehrte Frau Mustermann,

im Rahmen meiner Dissertation führe ich an der Psychotherapeutischen Forschungsambulanz der Universität Koblenz-Landau WIPP e.V. eine Untersuchung durch, durch die Unterschiede in Bewältigungsverhalten und Persönlichkeitsstilen bei Komplizierten Trauerreaktionen nach dem Verlust des Lebenspartners im Vergleich zur normalen Trauer erfasst werden sollen. Außerdem soll eine erneute Evaluierung eines Komplizierten Trauer Moduls von Maercker und Langer (2002), das auf den Kriterien für Komplizierte Trauer der Arbeitsgruppe um Mardi Horowitz basiert, erfolgen.

Für meine Studie benötige ich Probanden, deren Ehe-/Lebenspartner verstorben ist. Der Todesfall sollte mindestens 12 Monate zurückliegen. Die Teilnehmer sollten noch keine Psychotherapie begonnen haben, dürfen aber bereits probatorische Sitzungen in Anspruch genommen haben. Da es um einen Vergleich von komplizierter Trauer mit normaler Trauer geht, ist es für die Teilnahme an der Studie nicht von Bedeutung, ob die Teilnehmer eine augenscheinlich normale Trauerverarbeitung durchlaufen oder ob sie noch stark unter dem Verlust leiden.

Die Studie beinhaltet das Ausfüllen einiger Fragebogen u.a. zu Trauer, Depression, Lebenszufriedenheit, Kontrollüberzeugungen, Optimismus, Resilienz und Akzeptanz.

Die Teilnahme kann leider nicht vergütet werden. Damit den Teilnehmern keine Kosten entstehen, wird der Einverständniserklärung und dem Fragebogenpaket ein frankierter und adressierter Rückumschlag beiliegen. Ich biete den Teilnehmern aber an, ihnen - bei

Interesse - nach Abschluss der Untersuchung das Ergebnis der Gesamtuntersuchung zukommen zu lassen. Es wird keine Auswertungen für einzelne Personen erfolgen. Der Zeitaufwand für das Ausfüllen der Fragebogen beträgt etwa 45 - 60 Minuten.

Sollten Sie Personen kennen, auf die die Voraussetzungen dieser Studie zutreffen und bei denen Sie sich die Teilnahme vorstellen könnten, wäre ich Ihnen sehr dankbar, wenn Sie an diese Personen das Informationsblatt über die Studie und die Einverständniserklärung weiterreichen könnten.

Für Ihre Hilfe bedanke ich mich. Falls Sie mehr Informationen über die Studie wünschen, stehe ich Ihnen bei weiteren Fragen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Carina Braun

(Dipl. Psychologin, Psycholog. Psychotherapeutin)

C 2 Informationsblatt für Teilnehmer



UNIVERSITÄT
KOBLENZ · LANDAU



Fachbereich 8: Psychologie
Arbeitsbereich Klinische Psychologie und
Intervention
Prof. Dr. Annette Schröder

Dipl. Psych., PP Carina Braun
Ostbahnstr. 10
76829 Landau
Telefon 06341/91756-22
E-mail: brau0620@uni-landau.de

Informationsblatt zur Studie „Trauerbewältigung“ der Psychotherapeutischen Forschungsambulanz Landau der Universität Koblenz-Landau

Einem Großteil der Menschen, deren Angehörige oder Freunde verstorben sind, gelingt es, sich auf ein Leben nach dem Verlust einzustellen und ihn in ihr Leben zu integrieren. Einem Teil der Trauernden – Schätzungen gehen von 20 – 40% aus – gelingt dies nicht. Sie leiden auch noch nach über einem Jahr und länger unter einer starken Trauerreaktion, die zu Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Lebensbereichen führen kann. Trotz der hohen Wahrscheinlichkeit, über eine sehr lange Zeit hinweg stark durch die Trauer beeinträchtigt und behindert zu werden, fehlen allgemein akzeptierte und standardisierte Kriterien für die komplizierte Trauerreaktion. Die Tatsache, dass Trauer vielfältige Formen annehmen kann und durch kulturelle Erwartungen geprägt ist, erschwert die Bestimmung eindeutiger Kriterien für komplizierte Trauer. Dadurch wird die Erforschung spezifischer Therapieangebote ebenfalls erschwert. Es wurden bereits von einigen Forschungsgruppen Vorschläge für Kriterien der komplizierten Trauer entwickelt. Demnach unterscheidet sich die komplizierte Trauerreaktion von der einfachen z.B. dadurch, dass der Tod einer nahe stehenden Person mindestens ein Jahr zurück liegt, und dass sich immer wieder Gedanken und Erinnerungen an den Verstorbenen aufdrängen oder dass Orte, die an den Verstorbenen erinnern, vermieden werden. Die Bewältigung alltäglicher Aufgaben ist in der Regel beeinträchtigt.

Ziel unserer Studie ist es, genauere Angaben zu körperlichen und seelischen Beschwerden im Zusammenhang mit Trauerverläufen zu erhalten. Diese Ergebnisse können dann für die Entwicklung von diagnostischen Kriterien für Komplizierte Trauer herangezogen werden, so dass auf der Grundlage dieser Kriterien an optimalen Behandlungsmöglichkeiten für die Betroffenen geforscht werden kann. Letztendlich soll es dadurch zu einer Verbesserung des Behandlungsangebots für Menschen kommen, die nach dem Verlust einer geliebten Person über eine lange Zeit hinweg unter einer intensiven Trauerreaktion leiden.

In der Studie werden des weiteren Unterschiede bzgl. bestimmter Persönlichkeitsstile und bestimmten Bewältigungsverhaltens zwischen normal Trauernden und kompliziert Trauernden erfasst, die für die Entwicklung von spezifischen Therapieangeboten Aufschluss geben können.

Teilnehmen können erwachsene Personen, deren Partnerin/Partner vor mindestens einem Jahr verstorben ist und die sich derzeit nicht in einer Psychotherapie befinden bzw. noch am Anfang der Psychotherapie (ersten fünf Sitzungen) stehen und die auch zu

einem früheren Zeitpunkt wegen der Trauerproblematik noch keine Psychotherapie in Anspruch genommen haben. Ausgenommen hiervon sind Selbsthilfegruppen.

Die Teilnahme an der Studie umfasst das einmalige Ausfüllen durch Ankreuzen eines Fragebogenpakets, das Fragebogen zur Trauerverarbeitung, Stimmung, Kontrollüberzeugungen, Akzeptanz, körperlichen und psychischen Symptomen, Lebenszufriedenheit und Optimismus sowie Fragen zu soziodemographischen Daten enthält. Das Ausfüllen der Fragebogen nimmt ca. 45 - 60 Minuten in Anspruch.

Wir garantieren, dass keine Auswertungen für einzelne Personen vorgenommen werden, sondern nur zu Forschungszwecken Analysen zu allgemeinen Trends in Gruppen anonym durchgeführt werden. Am Ende der Studie ist bei Interesse das Ergebnis der Gesamtuntersuchung erhältlich.

Zu den Daten haben nur Personen der Psychotherapeutischen Forschungsambulanz Zugang, die Mitarbeiter an dieser Studie sind und der Schweigepflicht unterliegen. Es werden keine personenbezogenen Angaben (Name, Geburtsdatum, Adresse) oder sonstige Angaben, welche Rückschlüsse auf Ihre Person zulassen, an Dritte weitergegeben. Ihr Name bzw. Ihre persönlichen Daten werden lediglich für die Einverständniserklärung bzw. für die Zusendung des Gesamtergebnisses am Ende der Studie benötigt. Die personenbezogenen Daten und die anonymisierten Fragebogendaten werden getrennt voneinander aufbewahrt. Nach Abschluss der Studie werden die personenbezogenen Daten nach 36 Monaten gelöscht, die anonymisierten Fragebogen nach 10 Jahren.

Die Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden. Weder aus einer Ablehnung der Teilnahme noch aus den Angaben im Falle einer Teilnahme entstehen Ihnen Nachteile. Die Teilnahme erfolgt unentgeltlich.

Falls Sie mehr Informationen über die Studie wünschen oder während der Teilnahme Rückfragen entstehen, stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Wenn Sie an der Befragung teilnehmen möchten, bitten wir Sie, die Einverständniserklärung zu unterschreiben und an uns zurückzugeben. Die zweite Einverständniserklärung und dieses Informationsblatt verbleiben bei Ihnen, damit Sie jederzeit nachlesen können, in was Sie eingewilligt haben.

Für Ihre Unterstützung danken wir Ihnen herzlich!

Carina Braun

(Dipl. Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin)

C 3 Begleitschreiben zur Fragebogenbatterie



UNIVERSITÄT
KOBLENZ · LANDAU



Fachbereich 8: Psychologie
Arbeitsbereich Klinische Psychologie und
Intervention
Prof. Dr. Annette Schröder

Dipl. Psych., PP Carina Braun
Ostbahnstr. 10
76829 Landau
Telefon 06341/91756-22
E-mail: brau0620@uni-landau.de

Landau, den Tag.Monat.Jahr

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

wir sind Ihnen sehr dankbar, dass Sie sich dafür entschieden haben, unsere Untersuchung zu unterstützen.

Wenn Sie über das Ergebnis der Studie am Ende der Untersuchung informiert werden möchten, geben Sie bitte unten Ihren Name und Ihre Adresse oder Emailadresse an und schicken Sie dieses Schreiben mit dem Fragebogen an uns zurück.

Mit freundlichen Grüßen

Carina Braun
(Dipl. Psychologin, Psycholog. Psychotherapeutin)

- ☐ Ja, ich möchte über das Ergebnis der Studie nach Abschluss informiert werden. Das Ergebnis soll an mich geschickt werden.

Name: _____

Adresse: _____

oder per email: _____

- ☐ Nein, ich möchte nicht über das Ergebnis informiert werden.

.....
(Datum)

.....
(Unterschrift)

C 4 Einverständniserklärung der Teilnehmer



UNIVERSITÄT
KOBLENZ · LANDAU



Fachbereich 8: Psychologie
Arbeitsbereich Klinische Psychologie und
Intervention
Prof. Dr. Annette Schröder

Dipl. Psych., PP Carina Braun
Ostbahnstr. 10
76829 Landau
Telefon 06341/91756-22
E-mail: brau0620@uni-landau.de

Einverständniserklärung

zur Teilnahme an der Studie „Trauerbewältigung“
der Psychotherapeutischen Forschungsambulanz Landau
der Universität Koblenz-Landau

Ich bin über die Zielsetzung, die Vorgehensweise und die Einhaltung der Bestimmungen zum Datenschutz informiert worden. Zu diesem Zweck wurde mir ein Informationsschreiben ausgehändigt. Mir wurde versichert, dass keine personenbezogenen Angaben und Informationen, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen, an Dritte weitergegeben oder veröffentlicht werden. Ich habe das Recht, diese Einwilligung jederzeit zu widerrufen und die Teilnahme an der Studie jederzeit abubrechen. Mir wurde versichert, dass weder ein Ablehnen der Teilnahme noch die von mir gemachten Angaben im Falle einer Teilnahme mir Nachteile einbringen.

Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Angaben anonymisiert gespeichert und in anonymisierter Form für wissenschaftliche Auswertungen herangezogen werden dürfen. Die Verantwortlichen tragen Sorge dafür, dass alle erhobenen Daten streng vertraulich behandelt und ausschließlich zu den vereinbarten Zwecken verwendet werden. Die Ergebnisse der Befragung werden ausschließlich in anonymisierter Form dargestellt.

Unter den in dem Informationsblatt genannten Voraussetzungen erkläre ich mich bereit, an der Studie teilzunehmen.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

C 5 Fragebogen zur Erfassung soziodemographischer Daten

Erhebung Soziodemographischer Daten

Im folgenden Fragebogen bitten wir Sie, Angaben zu Ihrer derzeitigen Lebenssituation zu machen. Bitte kreuzen Sie das jeweils für Sie zutreffende Kästchen an (es sind bei Bedarf auch mehrere Kreuze pro Frage möglich), bzw. machen Sie entsprechende Angaben auf den freien Linien.

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich
 Alter: _____ Jahre

1. Beziehung zum Verstorbenen

In welcher Beziehung standen Sie zu dem Verstorbenen?

- ☐ Ehemann ☐ Ehefrau
☐ Lebenspartner ☐ Lebenspartnerin

Wie lange haben Sie mit dem verstorbenen Partner eine Ehe/Partnerschaft geführt?

Haben Sie zusammen gewohnt? ☐ Ja ☐ Nein

Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit ihrer Ehe/Partnerschaft gewesen?

- ☐ völlig zufrieden
☐ sehr zufrieden
☐ einigermaßen zufrieden
☐ etwas unzufrieden
☐ sehr unzufrieden
☐ völlig unzufrieden

Haben Sie gemeinsame Kinder?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie viele? _____

Wie alt sind diese? _____

Wann ist Ihr Partner verstorben? Geben Sie bitte ein Datum an: _____

Umstände des Todes

- ☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ Suizid ☐ anderer Todesumstand: _____

Besuchen Sie aktuell eine Trauergruppe? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie früher eine Trauergruppe besucht? ☐ Ja ☐ Nein

Gehören Sie einer Religion an? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welcher? _____

Würden Sie sich als gläubig bezeichnen? ☐ Ja ☐ Nein

Gibt es in ihrem Leben einen neuen Partner? ☐ Ja ☐ Nein

2. Wohnsituation

Ich lebe in

- | | |
|---|---|
| ☐ Eigentum (Wohnung / Haus) | ☐ Wohnheim, welcher Art? _____ |
| ☐ Miete (Wohnung / Haus) | ☐ Sonstiges? _____ |
| ☐ Untermiete | |
| ☐ Wohngemeinschaft (privat) | |
| ☐ Wohngemeinschaft (therapeutisch-betreut) | |

Ich lebe zusammen mit.....

- | | |
|--|--|
| ☐ Eltern (-teil) | ☐ andere Nichtverwandte |
| ☐ Kind (-ern) | ☐ ich lebe allein |
| ☐ andere Verwandte (Geschwister etc.) | |

3. Schulabschluss

- | | |
|---|--|
| ☐ Hauptschule (mit/ohne Abschluß) | ☐ Studium (ohne Abschluß) |
| ☐ Real- (Mittel-)schule (mit/ohne Abschluß) | welches Fach? _____ |
| ☐ (Höhere) Handelsschule (mit/ohne Abschluß) | ☐ Studium (mit Abschluß) |
| ☐ Gymnasium (mit/ohne Abitur) | welches Fach? _____ |

4. Berufstätigkeit

Ich bin....

- | | |
|--|---|
| ☐ berufstätig in Vollzeit | ☐ Rentner (-in) |
| ☐ berufstätig in Teilzeit | ☐ Hausfrau/Hausmann |
| ☐ Berufsschüler (-in) | ☐ arbeitsunfähig seit: _____ |
| ☐ Student (-in) | ☐ arbeitslos |
| ☐ Umschulungsmaßnahme | |

Berufsbezeichnung _____

5. Körperliche und psychische Erkrankungen

Befinden Sie sich aktuell in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?

- ☐ Ja ☐ Nein

Befanden Sie sich früher in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, warum?

6. Gesamtbefindlichkeit

Wie würden Sie Ihre aktuelle Situation einschätzen? Wählen Sie bitte nur eine Antwort aus.

- | | |
|---|---|
| ☐ sehr schlecht: | Ich komme mit meinem Leben kaum zurecht |
| ☐ ziemlich schlecht: | Mein Leben ist für mich sehr hart |
| ☐ teils-teils: | Ich habe meine Höhen und Tiefen |
| ☐ ganz gut: | Ich habe keine ernsthaften Beschwerden |
| ☐ sehr gut: | Mein Leben ist so wie ich es haben möchte |

7. Medikamenteneinnahme (ärztlich verordnet)

Haben Sie in den letzten vier Wochen Psychopharmaka eingenommen? ☐ Ja ☐ Nein
 Falls ja, welche und in welcher Dosierung?

Seit wann nehmen Sie diese ein? _____

8. Medikamenteneinnahme (frei)

Haben Sie in den letzten vier Wochen rezeptfreie Schmerz-, Beruhigungs- oder Schlafmittel eingenommen? ☐ Ja ☐ Nein
 Falls ja, welche und in welcher Dosierung?

Seit wann nehmen Sie diese ein? _____

9. Alkoholkonsum

Wie oft trinken Sie **alkoholische Getränke**? Als Maßeinheit gilt 1 Drink = 1 Glas / 1 Dose Bier oder 1 Glas Wein/Sekt oder 1 Glas Korn, Rum, Schnaps, Weinbrand, Whisky o.ä.

☐ Nie ☐ 1x im Monat ☐ 2x im Monat ☐ 3x im Monat ☐ 4- oder mehrmals im Monat?

Was trinken Sie in der Regel? _____

Wie viele Drinks trinken Sie pro Woche?

☐ 1-2 ☐ 3-4 ☐ 5-6 ☐ 7-9 ☐ 10 oder mehr?

Wie viele Drinks trinken Sie pro Tag?

☐ 1-2 ☐ 3-4 ☐ 5-6 ☐ 7-9 ☐ 10 oder mehr?

Hat sich Ihr Konsumverhalten in den Monaten nach dem Tod Ihres Partners/Ihrer Partnerin verändert? ☐ Ja ☐ Nein

10. Drogenkonsum

Konsumieren Sie Drogen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie oft konsumieren Sie Drogen?

☐ 1-2 x pro Woche ☐ 3-4x pro Woche ☐ 5-6x pro Woche ☐ täglich?

Welche? _____

Hat sich Ihr Konsumverhalten in den Monaten nach dem Tod Ihres Partners/Ihrer Partnerin verändert? ☐ Ja ☐ Nein

11. Zigarettenkonsum

Rauchen Sie Zigaretten/Zigarren/Zigarillos? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten/Zigarren/Zigarillos rauchen Sie pro Tag?

☐ 1 - 5 ☐ 6 - 10 ☐ 11 - 20 ☐ 21 oder mehr?

Hat sich Ihr Konsumverhalten in den Monaten nach dem Tod Ihres Partners/Ihrer Partnerin verändert? ☐ Ja ☐ Nein

C 6 Fragebogen KTM zur Erfassung der komplizierten Trauerreaktion

KTM

Im Folgenden werden Sie verschiedene Fragen finden, in denen Sie gefragt werden, wie sich der Verlust Ihres Angehörigen auf Sie ausgewirkt hat.

Diese Fragen betreffen Erfahrungen/Erlebnisse, die Sie **im letzten Monat** möglicherweise hatten.

Wenn es Ihnen möglich ist, erinnern Sie sich bitte an diese Zeit und überlegen Sie, ob Sie solche Erfahrungen gemacht haben oder nicht.

Die Ziffern 0 oder 1 bedeuten „falsch oder trifft nicht zu“. Die Zahlen 2, 3 oder 4 meinen „trifft im mittleren Ausmaß zu“. Und 5 oder 6 drückt aus: „trifft zu bzw. trifft völlig zu“.

	trifft nicht zu			trifft im mittleren Ausmaß zu			trifft völlig zu
1. Waren Sie im letzten Monat öfter mit Erinnerungen an Ihr gemeinsames Leben beschäftigt?	0	1	2	3	4	5	6
2. Erinnern Sie sich z.B. an ganz bestimmte Episoden, in denen Sie das Bild Ihres Angehörigen vor sich gesehen haben?	0	1	2	3	4	5	6
3. Dachten Sie auch dann darüber nach, wenn Sie dies eigentlich nicht wollten? Kam es Ihnen plötzlich und sehr lebendig in den Sinn, obwohl Sie es nicht wollten, auch wenn es eigentlich nichts gab, das Sie an den Verlust erinnerte?	0	1	2	3	4	5	6
4. Hatten Sie während des letzten Monats fast jeden Tag Gefühle, die so stark waren, dass Sie fast geweint haben?	0	1	2	3	4	5	6
5. Hatten Sie im letzten Monat starke Sehnsucht oder wünschten Sie sich, dass Ihr Angehöriger hier ist?	0	1	2	3	4	5	6
6. Wenn Sie im letzten Monat in Situationen kamen, die Sie an den Verstorbenen erinnerten, haben Sie sich dann viel schlechter als sonst gefühlt?	0	1	2	3	4	5	6
7. Haben Sie im letzten Monat viel darüber nachgedacht, warum Ihnen oder Ihrem Angehörigen das passiert ist, oder auch darüber, wie es passiert ist?	0	1	2	3	4	5	6

8. Empfinden Sie im letzten Monat so etwas wie Bedauern, machten Sie sich Vorwürfe, oder waren wütend auf sich, weil Sie gegenüber dem Verstorbenen nicht anders gehandelt haben, als er/sie noch lebte? Oder empfinden Sie Bedauern darüber, nicht genug getan zu haben, um den Tod Ihres Angehörigen zu verhindern?	0	1	2	3	4	5	6
9. Empfinden Sie Bedauern oder waren Sie wütend auf den Verstorbenen? Oder waren Sie wütend, wie Ihr Angehöriger von anderen behandelt wurde, z.B. von Ärzten, Arbeitgebern, Verwandten, Freunden etc.?	0	1	2	3	4	5	6
10. Ist es im letzten Monat vorgekommen, dass Sie – vielleicht nur für einen Moment – so gehandelt oder gefühlt haben, als ob Ihr Angehöriger lebendig sei? Z.B. dass Sie Aktivitäten planten, die Sie gemeinsam mit ihm/ihr machen wollten oder dass Sie ihm/ihr Freuden oder Sorgen mitteilten oder dass Sie Gegenstände für den Verstorbenen kauften?	0	1	2	3	4	5	6
11. Haben Sie oft das Gefühl, dass er/sie wusste, was Sie tun, Sie beobachtete, dass es ihm/ihr gefallen hat oder auch nicht gefallen hat, was Sie gerade taten? Dass er/sie Sie in Ihrem Verhalten geleitet hätte, so wie unsichtbar anwesend?	0	1	2	3	4	5	6
12. Haben Sie öfter etwas unternommen, in der Art, wie es Ihr Angehöriger gemocht oder gewollt hätte, so als wenn Sie es ihm/ihr recht machen wollten?	0	1	2	3	4	5	6
13. Haben Sie bestimmte Dinge, die Ihrem Angehörigen gehörten, deshalb benutzt, damit sie Ihnen Trost gaben oder das Gefühl, nicht so allein zu sein? Oder haben Sie in der gemeinsamen Wohnung (falls zusammen gelebt) Zimmer oder persönliche Sachen des Verstorbenen, wie Kleidung oder die Einrichtung, genau so belassen wie er/sie es mochte oder wie sie benutzt wurden?	0	1	2	3	4	5	6
14. Haben Sie bemerkt, dass Sie keine tiefen Gefühle mehr hatten oder gefühllos waren? Oder waren Sie nicht in der Lage Ihnen nahestehenden Menschen liebevolle Gefühle entgegen zu bringen?	0	1	2	3	4	5	6

15. Waren Sie weniger interessiert an Dingen, die Ihnen vorher wichtig waren, wie Sport, Hobbys, soziale Aktivitäten etc.?	0	1	2	3	4	5	6
16. Haben Sie sich sehr allein oder leer gefühlt?	0	1	2	3	4	5	6
17. Haben Sie sich wertlos gefühlt?	0	1	2	3	4	5	6
18. Fiel es Ihnen schwer, in enge Beziehungen (Familie, Kinder, Freunde) genauso viel zu geben wie früher?	0	1	2	3	4	5	6
19. Haben Sie Menschen, Orte oder Aktivitäten vermieden, die Sie an Ihren Angehörigen erinnerten?	0	1	2	3	4	5	6
20. Haben Sie sich besonders bemüht zu vermeiden, über den Verstorbenen nachzudenken, damit Sie nicht aufgewühlt werden?	0	1	2	3	4	5	6
21. Hatten Sie das Gefühl, dass Sie ernsthafte Probleme haben würden, eine befriedigende Beziehung mit einem anderen Menschen einzugehen und aufrecht zu erhalten?	0	1	2	3	4	5	6
22. Haben Sie eine Veränderung bemerkt, in der Art und Weise, wie Sie über die Zukunft denken oder für Ihre Zukunft planen?	0	1	2	3	4	5	6
23. Hatten Sie das Gefühl, in Ihrer gesellschaftlichen Entwicklung aufgehalten zu sein oder in Bezug auf Ihre berufliche Karriere oder Ziele behindert zu sein?	0	1	2	3	4	5	6
24. Hatten Sie Schwierigkeiten sich zu konzentrieren?	0	1	2	3	4	5	6
25. Haben Sie schlecht geschlafen?	0	1	2	3	4	5	6
26. Waren Sie leicht reizbar? (Wie ist es mit Wutanfällen?)	0	1	2	3	4	5	6

**C 7 Fragebogen SCL-90-R zur Erfassung der psychischen und körperlichen
Beeinträchtigung**

SCL-90-R

Sie finden auf den folgenden Seiten eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie **während der vergangenen sieben Tage bis heute** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.

Es gibt folgende Antwortmöglichkeiten:

- 0: Überhaupt nicht
- 1: Ein wenig
- 2: Ziemlich
- 3: Stark
- 4: Sehr stark

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Ziemlich	Stark	Sehr stark
1. Kopfschmerzen	0	1	2	3	4
2. Nervosität oder innerem Zittern	0	1	2	3	4
3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen	0	1	2	3	4
4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	0	1	2	3	4
5. Verminderung Ihres Interesses oder Freude an Sexualität	0	1	2	3	4
6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	0	1	2	3	4
7. der Idee, dass irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	0	1	2	3	4
8. dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind	0	1	2	3	4

9. Gedächtnisschwierigkeiten	0	1	2	3	4
10. Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	0	1	2	3	4
11. dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein	0	1	2	3	4
12. Herz- und Brustschmerzen	0	1	2	3	4
13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	0	1	2	3	4
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	0	1	2	3	4
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	0	1	2	3	4
16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	0	1	2	3	4
17. Zittern	0	1	2	3	4
18. dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann	0	1	2	3	4
19. schlechtem Appetit	0	1	2	3	4
20. Neigung zum Weinen	0	1	2	3	4
21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	0	1	2	3	4
22. der Befürchtung erappt oder erwischt zu werden	0	1	2	3	4
23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	0	1	2	3	4
24. Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	0	1	2	3	4
25. Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	0	1	2	3	4
26. Selbstvorwürfe über bestimmte Dinge	0	1	2	3	4
27. Kreuzschmerzen	0	1	2	3	4
28. dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen	0	1	2	3	4
29. Einsamkeitsgefühlen	0	1	2	3	4
30. Schwermut	0	1	2	3	4
31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	0	1	2	3	4

32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0	1	2	3	4
33. Furchtsamkeit	0	1	2	3	4
34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	0	1	2	3	4
35. der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	0	1	2	3	4
36. dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	0	1	2	3	4
37. der Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	0	1	2	3	4
38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig ist	0	1	2	3	4
39. Herzklopfen oder Herzjagen	0	1	2	3	4
40. Übelkeit oder Magenverstimmung	0	1	2	3	4
41. Minderwertigkeitsgefühlen anderer gegenüber	0	1	2	3	4
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	0	1	2	3	4
43. dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	0	1	2	3	4
44. Einschlafschwierigkeiten	0	1	2	3	4
45. dem Zwang wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	0	1	2	3	4
46. Schwierigkeiten sich zu entscheiden	0	1	2	3	4
47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	0	1	2	3	4
48. Schwierigkeiten beim Atmen	0	1	2	3	4
49. Hitzewallungen oder Kälteschauer	0	1	2	3	4
50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	0	1	2	3	4
51. Leere im Kopf	0	1	2	3	4
52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4

53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu habe	0	1	2	3	4
54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0	1	2	3	4
55. Konzentrationsschwierigkeiten	0	1	2	3	4
56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	0	1	2	3	4
58. Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	0	1	2	3	4
59. an den Tod und ans Sterben	0	1	2	3	4
60. dem Drang, sich zu überessen	0	1	2	3	4
61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	0	1	2	3	4
62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	0	1	2	3	4
63. dem Drang jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	0	1	2	3	4
64. frühem Erwachen am Morgen	0	1	2	3	4
65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen	0	1	2	3	4
66. unruhigem oder gestörtem Schlaf	0	1	2	3	4
67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	0	1	2	3	4
68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	0	1	2	3	4
69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	0	1	2	3	4
70. Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	0	1	2	3	4
71. einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist	0	1	2	3	4
72. Schreck- oder Panikanfällen	0	1	2	3	4
73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	0	1	2	3	4
74. der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	0	1	2	3	4

75. Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	0	1	2	3	4
76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	0	1	2	3	4
77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	0	1	2	3	4
78. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	0	1	2	3	4
79. dem Gefühl, wertlos zu sein	0	1	2	3	4
80. dem Gefühl, dass Ihnen etwas schlimmes passieren wird	0	1	2	3	4
81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	0	1	2	3	4
82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	0	1	2	3	4
83. dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzten, wenn Sie es zulassen würden	0	1	2	3	4
84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	0	1	2	3	4
85. dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft sollten	0	1	2	3	4
86. schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen	0	1	2	3	4
87. dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	0	1	2	3	4
88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	0	1	2	3	4
89. Schuldgefühlen	0	1	2	3	4
90. dem Gedanken, dass irgendetwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	0	1	2	3	4

C 8 Fragebogen BDI-II zur Erfassung der Schwere depressiver Symptome

BDI-II

Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede dieser Gruppen von Aussagen sorgfältig durch und suchen Sie sich dann in jeder Gruppe eine Aussage heraus, die am besten beschreibt, wie Sie **sich in den letzten 2 Wochen gefühlt haben**. Kreuzen Sie die Zahl neben der Aussage an, die Sie sich herausgesucht haben (0, 1, 2 oder 3). Falls in einer Gruppe mehrere Aussagen gleichermaßen auf Sie zutreffen, kreuzen Sie die Aussage mit der höheren Zahl an. Achten Sie bitte darauf, dass Sie in jeder Gruppe nicht mehr als eine Aussage ankreuzen.

- | | |
|---|---|
| <p>1. Traurigkeit</p> <p>0 Ich bin nicht traurig</p> <p>1 Ich bin oft traurig</p> <p>2 Ich bin ständig traurig</p> <p>3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es nicht aushalte</p> | <p>6. Schuldgefühle</p> <p>0 Ich habe keine besonderen Schuldgefühle</p> <p>1 Ich habe oft Schuldgefühle wegen Dingen, die ich getan habe oder hätte tun sollen</p> <p>2 Ich habe die meiste Zeit Schuldgefühle</p> <p>3 Ich habe ständig Schuldgefühle</p> |
| <p>2. Pessimismus</p> <p>0 Ich sehe nicht mutlos in die Zukunft</p> <p>1 Ich sehe mutloser in die Zukunft</p> <p>2 Ich bin mutlos und erwarte nicht, dass meine Situation besser wird</p> <p>3 Ich glaube, dass meine Zukunft hoffnungslos ist und nur noch schlechter wird</p> | <p>7. Bestrafungsgefühle</p> <p>0 Ich habe nicht das Gefühl, für etwas bestraft zu sein</p> <p>1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden</p> <p>2 Ich erwarte, bestraft zu werden</p> <p>3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein</p> |
| <p>3. Versagensgefühle</p> <p>0 Ich fühle mich nicht als Versager</p> <p>1 Ich habe häufiger Versagensgefühle</p> <p>2 Wenn ich zurückblicke, sehe ich eine Menge Fehlschläge</p> <p>3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein</p> | <p>8. Selbstvorwürfe</p> <p>0 Ich kritisiere oder tadle mich nicht mehr als sonst</p> <p>1 Ich bin mir gegenüber kritischer als sonst</p> <p>2 Ich kritisiere mich für all meine Mängel</p> <p>3 Ich gebe mir die Schuld für alles Schlimme, was passiert</p> |
| <p>4. Verlust von Freude</p> <p>0 Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher</p> <p>1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher</p> <p>2 Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich kaum mehr genießen</p> <p>3 Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich überhaupt nicht mehr genießen</p> | <p>9. Selbstmordgedanken</p> <p>0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun</p> <p>1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun</p> <p>2 Ich möchte mich am liebsten umbringen</p> <p>3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit dazu hätte</p> |
| <p>5. Selbstablehnung</p> <p>0 Ich halte von mir genauso viel wie immer</p> <p>1 Ich habe Vertrauen in mich verloren</p> <p>2 Ich bin von mir enttäuscht</p> <p>3 Ich lehne mich völlig ab</p> | <p>10. Weinen</p> <p>0 Ich weine nicht öfter als sonst</p> <p>1 Ich weine jetzt mehr als früher</p> <p>2 Ich weine beim geringsten Anlass</p> <p>3 Ich möchte gern weinen, aber ich kann nicht</p> |

11. Interessenverlust

- 0 Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder an Tätigkeiten nicht verloren
- 1 Ich habe weniger Interesse an anderen Menschen oder an Dingen als sonst
- 2 Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder Dingen zum größten Teil verloren
- 3 Es fällt mir schwer, mich überhaupt für etwas zu interessieren

17. Veränderung der Schlafgewohnheiten

- 0 Meine Schlafgewohnheiten haben sich nicht verändert
- 1 Ich schlafe etwas mehr oder weniger als sonst
- 2 Ich schlafe viel mehr oder weniger als sonst
- 3a Ich schlafe fast den ganzen Tag
- 3b Ich wache 1-2 Stunden früher auf als gewöhnlich und kann nicht mehr einschlafen

12. Unruhe

- 0 Ich bin nicht unruhiger als sonst
- 1 Ich bin unruhiger als sonst
- 2 Ich bin so unruhig, dass es mir schwer fällt, stillzusitzen
- 3 Ich bin so unruhig, dass ich mich ständig bewegen oder etwas tun muss

18. Veränderungen des Appetits

- 0 Mein Appetit hat sich nicht verändert
- 1 Mein Appetit ist etwas schlechter oder größer geworden als sonst
- 2 Mein Appetit ist viel schlechter oder größer geworden als sonst
- 3a Ich habe überhaupt keinen Appetit
- 3b Ich habe ständig Heißhunger

13. Entschlussunfähigkeit

- 0 Ich bin so entschlossen wie immer
- 1 Es fällt mir schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen
- 2 Es fällt mir sehr viel schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen
- 3 Ich habe Mühe, überhaupt Entscheidungen zu treffen

19. Konzentrationsschwierigkeiten

- 0 Ich kann mich so gut konzentrieren wie immer
- 1 Ich kann mich nicht mehr so gut konzentrieren wie sonst
- 2 Es fällt mir schwer, mich längere Zeit auf irgend etwas zu konzentrieren
- 3 Ich kann mich überhaupt nicht mehr konzentrieren

14. Wertlosigkeit

- 0 Ich fühle mich nicht wertlos
- 1 Ich halte mich für weniger wertvoll und nützlich als sonst
- 2 Verglichen mit anderen Menschen fühle ich mich viel weniger wert
- 3 Ich fühle mich völlig wertlos

20. Ermüdung oder Erschöpfung

- 0 Ich fühle mich nicht müde oder erschöpfter als sonst
- 1 Ich werde schneller müde oder erschöpft als sonst
- 2 Für viele Dinge, die ich üblicherweise tue, bin ich zu müde oder erschöpft
- 3 Ich bin so müde oder erschöpft, dass ich fast nichts mehr tun kann

15. Energielosigkeit

- 0 Ich habe soviel Energie wie immer
- 1 Ich habe weniger Energie als sonst
- 2 Ich habe so wenig Energie, dass ich kaum noch etwas schaffe
- 3 Ich habe keine Energie mehr, um überhaupt noch etwas zu tun

21. Verlust an sexuellem Interesse

- 0 Mein Interesse an Sexualität hat sich in letzter Zeit nicht verändert
- 1 Ich interessiere mich weniger für Sexualität als früher
- 2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sexualität
- 3 Ich habe das Interesse an Sexualität völlig verloren

16. Reizbarkeit

- 0 Ich bin nicht reizbarer als sonst
- 1 Ich bin reizbarer als sonst
- 2 Ich bin viel reizbarer als sonst
- 3 Ich fühle mich dauernd gereizt

BDI-II von Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (2001), Copyright Harcourt Test Services

C 9 Fragebogen TRIG zur Erfassung der Trauerreaktion

TRIG

Beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie diejenigen Ziffern markieren, die am besten wiedergeben, wie Sie sich **zur Zeit** fühlen, wenn Sie an den Tod Ihres Partners/Ihrer Partnerin denken.

Markieren Sie bitte diejenige Zahl, die nach der folgenden Skala am besten für Sie zutrifft.

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

C 10 Fragebogen IES-R zur Erfassung der Reaktion auf belastende Ereignisse

IES-R

Denken Sie bitte an den Tod Ihres Partners/Ihrer Partnerin.
Geben Sie im Folgenden an, wie Sie **in der vergangenen Woche** zu diesem Ereignis gestanden haben, indem Sie für jede der folgenden Reaktionen ankreuzen, wie häufig diese bei Ihnen aufgetreten ist.

	überhaupt nicht	selten	manchmal	oft
1. Immer, wenn ich an das Ereignis erinnert wurde, kehrten die Gefühle wieder.	☐	☐	☐	☐
2. Ich hatte Schwierigkeiten, nachts durchzuschlafen.	☐	☐	☐	☐
3. Andere Dinge erinnerten mich immer wieder daran.	☐	☐	☐	☐
4. Ich fühlte mich reizbar und ärgerlich.	☐	☐	☐	☐
5. Ich versuchte, mich nicht aufzuregen, wenn ich daran dachte oder daran erinnert wurde.	☐	☐	☐	☐
6. Auch ohne es zu beabsichtigen, musste ich daran denken.	☐	☐	☐	☐
7. Es kam mir so vor, als ob es gar nicht geschehen wäre oder irgendwie unwirklich war.	☐	☐	☐	☐
8. Ich versuchte, Erinnerungen daran aus dem Weg zu gehen.	☐	☐	☐	☐
9. Bilder, die mit dem Ereignis zu tun hatten, kamen mir plötzlich in den Sinn.	☐	☐	☐	☐
10. Ich war leicht reizbar und schreckhaft.	☐	☐	☐	☐
11. Ich versuchte, nicht daran zu denken.	☐	☐	☐	☐
12. Ich merkte zwar, dass meine Gefühle durch das Ereignis noch sehr aufgewühlt waren, aber ich beschäftigte mich nicht mit ihnen.	☐	☐	☐	☐
13. Die Gefühle, die das Ereignis in mir auslöste, waren ein bißchen wie abgestumpft.	☐	☐	☐	☐
14. Ich stellte fest, dass ich handelte oder fühlte, als ob ich in die Zeit (des Ereignisses) zurückversetzt sei.	☐	☐	☐	☐
15. Ich konnte nicht einschlafen.	☐	☐	☐	☐
16. Es kam vor, dass die Gefühle, die mit dem Ereignis zusammenhingen, plötzlich für kurze Zeit viel heftiger wurden.	☐	☐	☐	☐
17. Ich versuchte, es (das Ereignis) aus meiner Erinnerung zu streichen.	☐	☐	☐	☐
18. Es fiel mir schwer, mich zu konzentrieren.	☐	☐	☐	☐
19. Die Erinnerungen daran lösten bei mir körperliche Reaktionen aus, wie Schwitzen, Atemnot, Schwindel oder Herzklopfen.	☐	☐	☐	☐
20. Ich träumte davon.	☐	☐	☐	☐
21. Ich empfand mich selber als sehr vorsichtig, aufmerksam oder hellhörig.	☐	☐	☐	☐
22. Ich versuchte, nicht darüber zu sprechen.	☐	☐	☐	☐

C 11 Fragebogen SWLS zur Erfassung der globalen Lebenszufriedenheit

SWLS

Nachfolgend finden Sie fünf Aussagen, denen Sie zustimmen oder nicht zustimmen können. Nutzen Sie die Antwortskala von 1 bis 7 um das Ausmaß Ihrer Zustimmung anzugeben. Tragen Sie bei jeder Aussage die von Ihnen gewählte Zahl in das Kästchen ein. Bitte antworten Sie offen und ehrlich.

- 7 - stimme genau zu
- 6 - stimme zu
- 5 - stimme eher zu
- 4 - weder/noch
- 3 - stimme eher nicht zu
- 2 - stimme nicht zu
- 1 - stimme überhaupt nicht zu

☐ In den meisten Bereichen entspricht mein Leben meinen Idealvorstellungen.

☐ Meine Lebensbedingungen sind ausgezeichnet.

☐ Ich bin mit meinem Leben zufrieden.

☐ Bisher habe ich die wesentlichen Dinge erreicht, die ich mir für mein Leben wünsche.

☐ Wenn ich mein Leben noch einmal leben könnte, würde ich kaum etwas ändern.

**C 12 Fragebogen NEO-FFI zur Erfassung der Persönlichkeitsdimensionen
„Neurotizismus“, „Offenheit für neue Erfahrungen“ und „Gewissenhaftigkeit“**

NEO-FFI

Dieser Fragebogen umfasst 36 Aussagen, welche sich zur Beschreibung Ihrer eigenen Person eignen könnten. Lesen Sie bitte jede dieser Aussagen aufmerksam durch und überlegen Sie, ob diese Aussage auf Sie persönlich zutrifft oder nicht. Zur Bewertung jeder der 36 Aussagen steht Ihnen eine fünffach abgestufte Skala zur Verfügung. Kreuzen Sie bitte an:

SA: Starke Ablehnung
 A: Ablehnung
 N: Neutral
 Z: Zustimmung
 SZ: Starke Zustimmung

	Starke Ablehnung	Ablehnung	Neutral	Zustimmung	Starke Zustimmung
1. Ich bin eine tüchtige Person, die ihre Arbeit immer erledigt.	SA	A	N	Z	SZ
2. Ich vertrödele eine Menge Zeit, bevor ich mit einer Arbeit beginne.	SA	A	N	Z	SZ
3. Ich fühle mich oft angespannt und nervös.	SA	A	N	Z	SZ
4. Ich habe oft Spaß daran, mit Theorien oder abstrakten Ideen zu spielen.	SA	A	N	Z	SZ
5. Ich kann mir meine Zeit recht gut einteilen, so dass ich meine Angelegenheiten rechtzeitig beende.	SA	A	N	Z	SZ
6. Ich arbeite hart, um meine Ziele zu erreichen.	SA	A	N	Z	SZ
7. Ich bin kein sehr systematisch vorgehender Mensch.	SA	A	N	Z	SZ
8. Ich fühle mich oft hilflos und wünsche mir eine Person, die meine Probleme löst.	SA	A	N	Z	SZ
9. Ich halte meine Sachen ordentlich und sauber.	SA	A	N	Z	SZ
10. Wenn ich unter starkem Stress stehe, fühle ich mich manchmal, als ob ich zusammenbräche.	SA	A	N	Z	SZ
11. Ich empfinde selten Furcht oder Angst.	SA	A	N	Z	SZ

	Starke Ablehnung	Ablehnung	Neutral	Zustimmung	Starke Zustimmung
12. Manchmal fühle ich mich völlig wertlos.	SA	A	N	Z	SZ
13. Ich bin nicht leicht beunruhigt.	SA	A	N	Z	SZ
14. Ich probiere oft neue und fremde Speisen aus.	SA	A	N	Z	SZ
15. Poesie beeindruckt mich wenig oder gar nicht.	SA	A	N	Z	SZ
16. Manchmal war mir etwas so peinlich, dass ich mich am liebsten versteckt hätte.	SA	A	N	Z	SZ
17. Zu häufig bin ich entmutigt und will aufgeben, wenn etwas schief geht.	SA	A	N	Z	SZ
18. Ich fühle mich selten einsam oder traurig.	SA	A	N	Z	SZ
19. Ich versuche, alle mir übertragenen Aufgaben sehr gewissenhaft zu erledigen.	SA	A	N	Z	SZ
20. Wenn ich Literatur lese oder ein Kunstwerk betrachte, empfinde ich manchmal ein Frösteln oder eine Welle der Begeisterung.	SA	A	N	Z	SZ
21. Ich habe eine Reihe von klaren Zielen und arbeite systematisch auf sie zu.	SA	A	N	Z	SZ
22. Bei allem, was ich tue, strebe ich nach Perfektion.	SA	A	N	Z	SZ
23. Ich glaube, dass es Schüler oft nur verwirrt und irreführt, wenn man sie Rednern zuhören lässt, die kontroverse Standpunkte vertreten.	SA	A	N	Z	SZ
24. Ich bin selten traurig oder deprimiert.	SA	A	N	Z	SZ
25. Ich fühle mich anderen oft unterlegen.	SA	A	N	Z	SZ
26. Ich habe wenig Interesse, über die Natur des Universums oder die Lage der Menschheit zu spekulieren.	SA	A	N	Z	SZ
27. Manchmal bin ich nicht so verlässlich oder zuverlässig, wie ich sein sollte.	SA	A	N	Z	SZ
28. Ich finde philosophische Diskussionen langweilig.	SA	A	N	Z	SZ

	Starke Ablehnung	Ablehnung	Neutral	Zustimmung	Starke Zustimmung
29. Ich glaube, dass wir bei ethischen Entscheidungen auf die Ansichten unserer religiösen Autoritäten achten sollten.	SA	A	N	Z	SZ
30. Wenn ich eine Verpflichtung eingehe, so kann man sich auf mich bestimmt verlassen.	SA	A	N	Z	SZ
31. Ich mag meine Zeit nicht mit Tagträumereien verschwenden.	SA	A	N	Z	SZ
32. Ich nehme nur selten Notiz von den Stimmungen oder Gefühlen, die verschiedene Umgebungen hervorrufen.	SA	A	N	Z	SZ
33. Mich begeistern die Motive, die ich in der Kunst und in der Natur finde.	SA	A	N	Z	SZ
34. Ich bin sehr wissbegierig.	SA	A	N	Z	SZ
35. Ich ärgere mich oft darüber, wie andere Leute mich behandeln.	SA	A	N	Z	SZ
36. Ich werde wohl niemals fähig sein, Ordnung in mein Leben zu bringen.	SA	A	N	Z	SZ

C 13 Fragebogen IPC zur Erfassung der generalisierten Kontrollüberzeugungen

IPC

Im Folgenden werden Sie gebeten, zu einigen Aussagen Stellung zu nehmen. Sie haben die Möglichkeiten, jeder Aussage stark, mittel oder schwach zuzustimmen oder sie schwach, mittel oder stark abzulehnen. Kreuzen Sie bitte jeweils das Kästchen an, das Ihrer persönlichen Meinung am besten entspricht.

	sehr falsch	falsch	eher falsch	eher richtig	richtig	sehr richtig
1. Ich habe schon oft festgestellt, dass das, was passieren soll, auch eintritt.	---	--	-	+	++	+++
2. Wenn ich bekomme, was ich will, so geschieht das meistens durch Glück.	---	--	-	+	++	+++
3. Zufällige Geschehnisse bestimmen zum großen Teil mein Leben.	---	--	-	+	++	+++
4. Es ist für mich nicht gut, weit im voraus zu planen, da häufig das Schicksal dazwischenkommt.	---	--	-	+	++	+++
5. Mein Leben wird von meinem Verhalten bestimmt.	---	--	-	+	++	+++
6. Die Zahl meiner Freunde hängt vor allem von mir und meinem Verhalten ab.	---	--	-	+	++	+++
7. Es hängt hauptsächlich von mir und von meinen Fähigkeiten ab, ob ich in einer Gruppe eine Führungsposition innehave oder nicht.	---	--	-	+	++	+++
8. Gewöhnlich kann ich meine eigenen Interessen selbst vertreten.	---	--	-	+	++	+++
9. Ob ich einen Autounfall habe oder nicht, ist vor allem Glückssache.	---	--	-	+	++	+++
10. Ob ich Gruppenleiter werde oder nicht, hängt vor allem davon ab, dass ich zur rechten Zeit an der richtigen Stelle bin.	---	--	-	+	++	+++
11. Es ist eine Frage des Schicksals, ob ich wenige oder viele Freunde habe.	---	--	-	+	++	+++
12. Wenn ich Pläne schmiede, bin ich sicher, dass das Geplante auch Wirklichkeit wird.	---	--	-	+	++	+++
13. Ich kann ziemlich viel von dem, was in meinem Leben passiert, selbst bestimmen.	---	--	-	+	++	+++
14. Ob ich mit dem Auto einen Unfall habe oder nicht, hängt vor allem von meinem fahrerischen Können ab.	---	--	-	+	++	+++
15. Wenn ich bekomme, was ich will, so ist das meistens das Ergebnis harter Arbeit.	---	--	-	+	++	+++
16. Ich habe oft einfach keine Möglichkeiten, mich vor Pech zu schützen.	---	--	-	+	++	+++

C 14 Fragebogen LOT-R zur Erfassung des Optimismus

LOT-R

Bitte geben Sie an, inwieweit Ihre Meinung mit den folgenden Aussagen übereinstimmt.

	trifft ausge- sprochen zu	trifft etwas zu	teils/teils	trifft kaum zu	trifft überhaupt nicht zu
1. Auch in ungewissen Zeiten erwarte ich normalerweise das Beste.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Es fällt mir leicht, mich zu entspannen.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Wenn bei mir etwas schief laufen kann, dann tut es das auch.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Meine Zukunft sehe ich immer optimistisch.	☐	☐	☐	☐	☐
5. In meinem Freundeskreis fühle ich mich wohl.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Es ist wichtig für mich, ständig beschäftigt zu sein.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Fast nie entwickeln sich die Dinge nach meinen Vorstellungen.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ich bin nicht allzu leicht aus der Fassung zu bringen.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Ich zähle selten darauf, dass mir etwas Gutes widerfährt.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Alles in allem erwarte ich, dass mir mehr gute als schlechte Dinge widerfahren.	☐	☐	☐	☐	☐

C 15 Fragebogen RS-11 zur Erfassung der Resilienz

RS-11

Bitte kreuzen Sie an, wie sehr Sie folgenden Aussagen zustimmen.

Es gibt 7 Antwortmöglichkeiten:

1 = nein 2 3 4 5 6 7 = ja

Ich stimme nicht zu.....Ich stimme völlig zu

1. Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch.	1	2	3	4	5	6	7
2. Normalerweise schaffe ich alles irgendwie.	1	2	3	4	5	6	7
3. Es ist mir wichtig, an vielen Dingen interessiert zu bleiben.	1	2	3	4	5	6	7
4. Ich mag mich.	1	2	3	4	5	6	7
5. Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen.	1	2	3	4	5	6	7
6. Ich bin entschlossen.	1	2	3	4	5	6	7
7. Ich behalte an vielen Dingen Interesse.	1	2	3	4	5	6	7
8. Ich finde öfter etwas, worüber ich lachen kann.	1	2	3	4	5	6	7
9. Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten.	1	2	3	4	5	6	7
10. Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will.	1	2	3	4	5	6	7
11. In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss.	1	2	3	4	5	6	7

C 16 Fragebogen COPE zur Erfassung der Bewältigungsstile „Akzeptanz“ und „Positive Neubewertung“

COPE

Bitte kreuzen Sie an, wie Sie derzeit auf den Verlust Ihres Partners reagieren.

Es gibt 4 Antwortmöglichkeiten:

Ich mache das niemals

Ich mache das selten

Ich mache das manchmal

Ich mache das oft oder immer

1. Ich versuche, in dem was geschah, eine Chance für mich zu sehen.

Niemals	Selten	Manchmal	Oft oder immer
---------	--------	----------	----------------

2. Ich gewöhne mich an den Gedanken, dass es geschehen ist.

Niemals	Selten	Manchmal	Oft oder immer
---------	--------	----------	----------------

3. Ich akzeptiere, dass es passiert ist und nicht zu ändern ist.

Niemals	Selten	Manchmal	Oft oder immer
---------	--------	----------	----------------

4. Ich lerne etwas aus dem Umgang mit dem Tod meines Partners.

Niemals	Selten	Manchmal	Oft oder immer
---------	--------	----------	----------------

5. Ich akzeptiere die Realität, so wie sie ist.

Niemals	Selten	Manchmal	Oft oder immer
---------	--------	----------	----------------

6. Ich versuche den Tod in einem anderen Licht zu sehen, um ihn weniger negativ erscheinen zu lassen.

Niemals	Selten	Manchmal	Oft oder immer
---------	--------	----------	----------------

7. Ich versuche als Person an meiner Trauer zu wachsen.

Niemals	Selten	Manchmal	Oft oder immer
---------	--------	----------	----------------

8. Ich lerne damit zu leben.

Niemals	Selten	Manchmal	Oft oder immer
---------	--------	----------	----------------

C 17 Fragebogen SF-12 zur Erfassung des Gesundheitszustands

SF-12

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede der Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

	Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?	1	2	3	4	5

Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben.

Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
2. mittelschwere Tätigkeiten , z.B. einen Tisch verschieben, Staub saugen, kegeln, Golf spielen	1	2	3
3. mehrere Treppenabsätze steigen	1	2	3

Hatten Sie *in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer **körperlichen** Gesundheit* irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

	Ja	Nein
4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2
5. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	1	2

Hatten Sie *in den vergangenen 4 Wochen aufgrund **seelischer** Probleme* irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen fühlten oder ängstlich fühlten)?

	Ja	Nein
6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1	2
7. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	1	2

	Überhaupt nicht	Ein bißchen	Mäßig	Ziemlich	Sehr
8. Inwieweit habe die Schmerzen Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen</i> bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?	1	2	3	4	5

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen *in den vergangenen 4 Wochen* gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht).

Wie oft waren Sie *in der vergangenen Woche*

	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
9. ... ruhig und gelassen?	1	2	3	4	5	6
10. ... voller Energie?	1	2	3	4	5	6
11. ... entmutigt und traurig?	1	2	3	4	5	6

	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme <i>in den vergangenen 4 Wochen</i> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	1	2	3	4	5

Anhang D: Lebenslauf**Lebenslauf**

Name:	Braun-Remmers
Vorname:	Carina Vanessa
Geburtstag und -ort:	28.02.1980 Roding
Sept. 1986 bis Aug. 1990	Grundschule Cham
Sept. 1990 bis Juni 1999	Robert-Schuman-Gymnasium Cham
Sept. 1999 bis Feb. 2000	Freiwilliges Soziale Jahr
März 2000 bis Sept. 2000	Auslandsaufenthalt auf Island
Okt. 2000 bis Juli 2005	Studium an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Hauptfach Diplompsychologie, Schwerpunkt Klinische Psychologie und Rechtspsychologie
April 2005 bis April 2008	Weiterbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin – Schwerpunkt Verhaltenstherapie – in Landau/Pfalz
Nov. 2005 bis Okt. 2006	Psychotherapeutische Tätigkeit in der Klinik für Forensische Psychiatrie in Klingenmünster
Febr. 2006 bis April 2008	Psychotherapeutische Tätigkeit in der Universitätsambulanz Landau
Okt. 2006 bis Aug. 2008	Dipl. Psychologin im Schlaflabor der Asklepios Klinik, Kandel
2008/2009	Lehrauftrag an der Universität Koblenz-Landau zum Thema „Komplizierte Trauer“
Seit November 2008	In eigener Psychotherapeutischer Praxis in Chemnitz tätig

Anhang E: Erklärung nach § 8 Abs. 4 der Promotionsordnung

Erklärung

Hiermit erkläre ich, Carina Braun-Remmers, geb. 28.02.1980 in Roding, gemäß § 8 Abs. 4 der Promotionsordnung des Fachbereichs Psychologie der Universität Koblenz-Landau vom 25.10.2007, dass ich

1. die Dissertation selbst angefertigt habe und alle von mir benutzten Hilfsmittel in der Arbeit angegeben habe,
2. die Dissertation oder Teile hiervon noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe,
3. die gleiche oder eine andere Abhandlung nicht bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht habe.

Chemnitz, den 27.06.2010

Dipl.-Psych. Carina Braun-Remmers

