

Trauer & Melancholie

Hansjörg Znoj
Universität Bern

hansjoerg.znoj@psy.unibe.ch

Lindau 2008



Themen der Vorlesung

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

Differenzen zwischen Komplizierter Trauer und Depression und PTB

Depression	Posttraumatische Belastungsstörung
<ul style="list-style-type: none">> Traurigkeit, Verlust an Interesse> Verlust von Selbstwertgefühl> Schuldgefühle	<p>Ausgelöst durch ein traumatisches Ereignis</p> <ul style="list-style-type: none">> Gefühl von Schock, Hilflosigkeit> Intrusive Bilder, Gefühle> Vermeidungsverhalten

Differenzen zwischen Komplizierter Trauer und Depression und PTB

Depression

- > Andauernde traurige Stimmung
- > Verlust von Interesse oder Lustempfinden oder Freude
- > Andauerndes Gefühl von Schuld
- > Grübeln über vergangene Fehler oder Fehlverhalten

Komplizierte Trauer

- > Traurigkeit, die mit dem Gefühl der Sehnsucht nach der geliebten Person verbunden ist
- > Vorhandenes Interesse an Erinnerungen im Zusammenhang mit der verstorbenen Person
- > Sich sehnen nach einem Kontakt
- > Angenehme Träumereien
- > Ständiges Beschäftigen mit positiven Gedanken (Idealisieren)
- > Intrusive Bilder der sterbenden Person (oder Nachricht des Todes)
- > Vermeiden von Situationen oder Personen, die an den Verlust erinnern

Differenzen zwischen Komplizierter Trauer und Depression und PTB

Posttraumatische Belastungsstörung

- > Ausgelöst durch physische Bedrohung
- > Die hauptsächliche Emotion ist Angst
- > Alpträume sind sehr häufig
- > Die das Trauma („flash back“) auslösenden Situationen sind eng an das Ereignis gebunden; meist sind es sehr spezifische Auslöser (Geräusche, Gerüche, spez. Gegenstände)

Komplizierte Trauer

- > Ausgelöst durch den Verlust
- > Die hauptsächliche Emotion ist Traurigkeit
- > Alpträume sind selten
- > Erinnerungen und auslösende Situationen sind unspezifisch und unerwartet
- > Sehnsucht nach der verstorbenen (verlorenen) Person
- > Angenehme Träumereien

Therapie der Komplizierten Trauer

- > Trauer ist die einzige Form der Bewältigung, für die es eine biologische Form (Weinen) gibt und für die (verschiedene) gesellschaftliche Formate existieren.
- > Mit anderen Worten: Bei einem normalen Trauerverlauf ist eine psychologisch-psychotherapeutische oder biologische Intervention nicht nur nicht notwendig, sondern u.U. schädlich, vor allem aber unnütz.
- > Nach neuesten Befunden lässt sich die Trauerreaktion nicht abkürzen
- > *“Thus it must be stated ...that there can be no justification for routine intervention for bereaved persons in terms of therapeutic modalities -- either psychotherapeutic or pharmacological -- because grief is not a disease.”*
(Raphael, Minkov & Dobson, 2001)

Daily Telegraph
Juni, 2005

Worauf stützen sich die Aussagen so namhafter Forscher wie Maggie Stroebe oder Colin Murray Parkes?

Wann ist eine Intervention aber sinnvoll und notwendig?

Gibt es dafür empirische Evidenz?

Grief counselling a waste of time, say psychologists

Daily Telegraph 4/6/05

By RAJ PERSAUD

BEREAVEMENT counselling – long considered by psychologists to be vital in recovering from the death of a loved one – may be a waste of time, according to a new study.

The research challenges a belief that has been firmly held by psychoanalysts since Sigmund Freud proposed in 1917 that confronting feelings is the healthiest way to cope with bereavement.

Many psychoanalysts have even argued that failure to express grief indicates – or may lead to – deep psychological problems.

These days, bereavement counsellors often urge people to express their sadness in order to release “suppressed emotions”. Now, however, a group of psychologists from Utrecht University in the Netherlands, who carried out their own research and reviewed that of others, has found no link between emotional expression of grief and a lessening of subsequent distress.

They assessed 128 recently bereaved people four times over two years and found no significant statistical difference between the continued distress in those who shared their emotions and those who did not.

The authors, Wolfgang Stroebe, Henk Schut and Margaret Stroebe, whose research is published this week in the *Clinical Psychology Review*, also challenged the view that it is beneficial for those who have suffered loss to “write about their very deepest thoughts and feelings”.

They reviewed previous

trials in which bereaved people had been asked to write for 15 to 30 minutes either about a recent traumatic loss or a trivial topic, and found little evidence that writing about emotions was beneficial.

The authors said: “The findings challenge beliefs about grief work, emotional disclosure and beneficial interventions that were considered as self-evident by bereavement researchers only a decade ago.”

They claimed that counselling was more likely to benefit those with “complicated” grief – such as those whose loved ones suffered a particularly traumatic death.

Why, the researchers then asked, do bereaved people with “uncomplicated” grief fail to benefit from “grief work”?

They concluded that the most common difficulty suffered by bereaved people is emotional loneliness: the feeling of being utterly alone, even when in the company of friends and family. This type of loneliness, they say, only abates with time and nothing can be done to aid recovery.

The findings are supported by Dr Colin Murray Parkes, a consultant psychiatrist and the president of the charity Cruse Bereavement Care.

He said: “There is no evidence that all bereaved people will benefit from counselling, and research has shown no benefit to arise from the routine referral of people to counselling for no other reason than that they have suffered bereavement.”

□ Dr Raj Persaud is the Gresham Professor for Public Understanding of Psychiatry

Trauerinterventionen (Meta-Analysen)

- Kato & Mann (1999), $k = 11$; $d = .11$
- Litterer Allumbaugh & Hoyt (1999), $k = 35$; $d = .43$
- Neimeyer (2000), $k = 23$; $d = .13$



Mittlere bis gut
wirksame
Therapie:
 $d = .80$

Der Skeptiker

Kato & Mann, 1999

- > Nur randomisierte, kontrollierte Studien wurden berücksichtigt. Erwachsene ab 18 Jahren, Intervention nach dem Verlust. **13 Studien** erfüllten diese Eingangskriterien.
- > Die Therapiebedingungen für die Individualtherapien waren: Traumadesensitization, Psychodynamische Therapie, Hypnosetherapie, Krisenintervention, Familienkrisenintervention, nicht-direktive Psychotherapie, Witwen-zu-Witwen-Programm. Die Kontrollgruppe bestand zumeist aus einer Wartebedingung.
- > Die Therapiebedingungen für die Gruppenprogramme waren: Unterstützende Therapie, Bewusstseinsweiternde Therapie, soziale Aktivitäten, kognitives Umstrukturieren, behaviorale Fertigkeiten.
- > Ergebnisse: drei von vier Individualtherapien berichteten kleine und inkonsistente Verbesserungen in somatischer Gesundheit und Stressreaktionen; nur eine von acht Gruppenuntersuchungen fand einen Therapieeffekt zugunsten der Interventionsgruppe.
- > Alle Studien wiesen zahlreiche methodische Mängel auf.

Litterer Allumbaugh & Hoyt, 1999

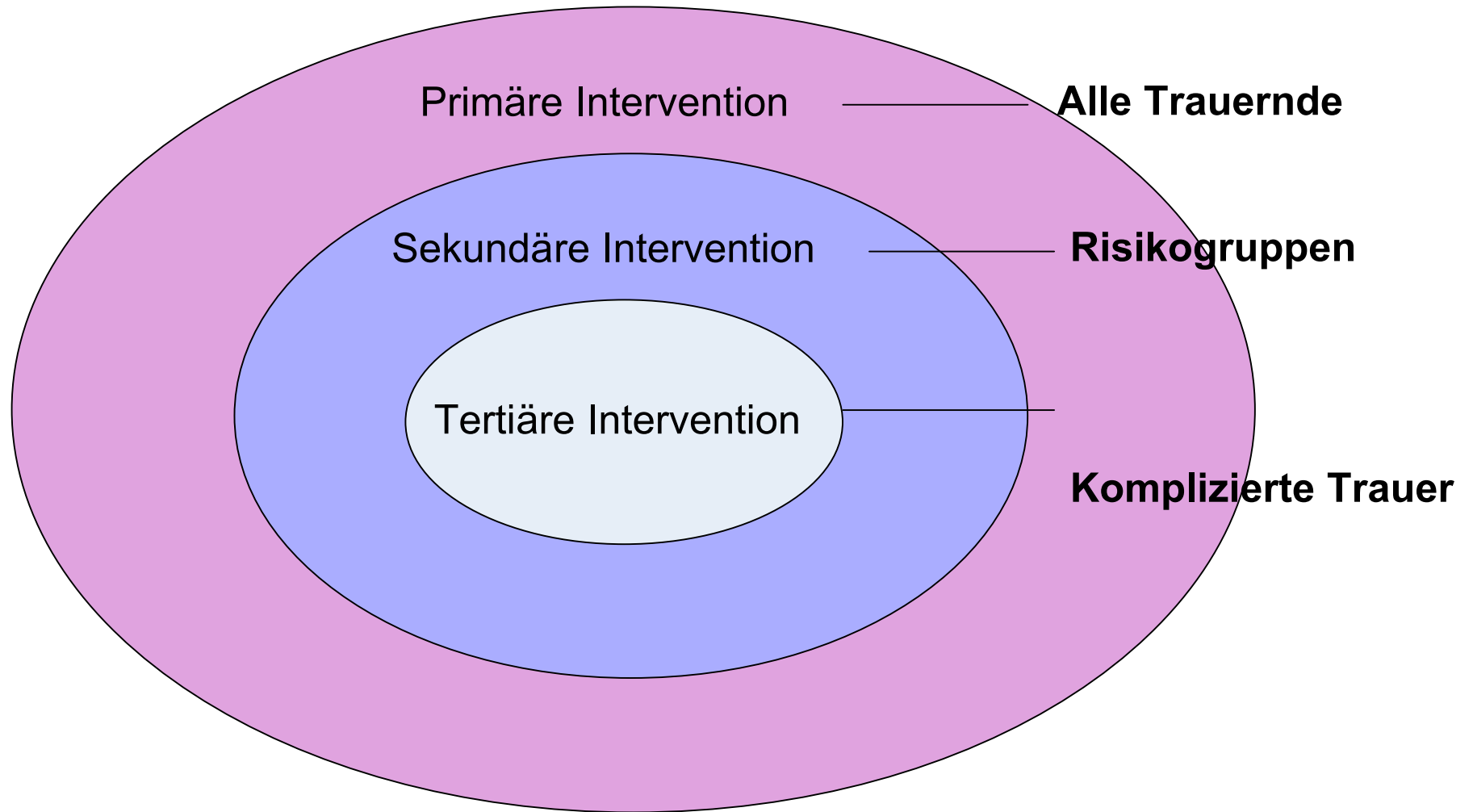
- > Verwendeten auch unpublizierte Studien; es wurden auch nicht- randomisierte Studien sowie rein prä-post Studien berücksichtigt, insgesamt **35 Studien**.
- > Über alle Effektmasse hinaus (Omnibus-Effekt) konnte eine Verbesserung durch die Intervention berichtet werden ($ES = .43$).
- > Dieser Effekt reduzierte sich gegen Null, wenn nur kontrollierte Studien berücksichtigt wurden (und damit der Zeiteffekt ausgeschaltet wurde): $ES = .06$.
- > Allerdings: „*The moderate omnibus effect size für the studies reviewed may say more about the nature of the studies than about the effectiveness of grief treatment per se. Indeed, our analyses suggest that grief interventions with self-selected clients that begin within a few months of the loss are likely to be as effective or possibly even more effective than psychotherapy in general.*“ (p. 378).

Wirksamkeit nach Interventionen

	Anzahl Studien	Effektgrösse g
KVT	13	.20
Medikation	2	-.21
Selbsthilfegruppen/ social support	8	.08

Nach Rosner et al.(2006)

Wirksamkeit nach Trauergruppen Schut et al., 2001



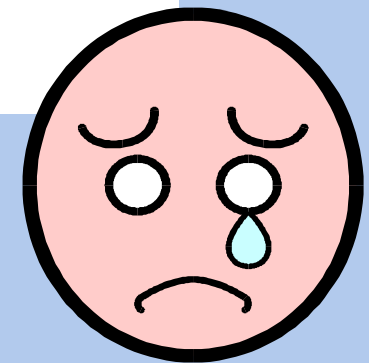
Primäre Interventionen

Zielgruppe: Alle Trauernde

- > K = 16
- > Generell keine Wirksamkeit oder sogar negative Effekte im Vergleich zur Kontrollgruppe
- > Trauersymptomatik verschlechtert sich

Eine generelle Wirksamkeit kann wissenschaftlich nicht unterstützt werden

Schut et al. (2001). Efficacy of bereavement interventions

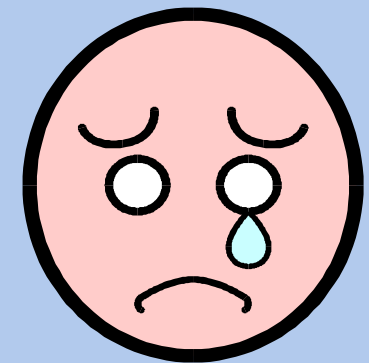


Sekundäre Interventionen

Zielgruppe: Risikogruppen (z.B. plötzlicher Tod, gewaltsamer Tod, Suizid, Tod eines Kindes)

- > $K = 7$
- > Unterschiedliche Ergebnisse bzgl. Wirksamkeit: generell sind die **Behandlungseffekte gering und sind nur temporär wirksam**
- > Effektgrösse: $g = .04$ (Rosner et al.)

Schut et al. (2001). Efficacy of bereavement interventions

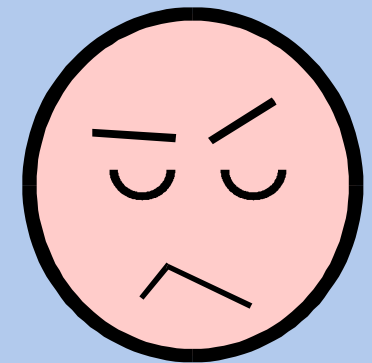


Tertiäre Interventionen

Trauernde, die an komplizierter Trauer leiden

- > $K = 7$
- > Die meisten Interventionen für komplizierte Trauer weisen **positive und lang anhaltende Wirkung**, obwohl die Effekte häufig klein sind
- > Effektgrösse: $g = .27$ (Rosner et al.)

Schut et al. (2001). Efficacy of bereavement interventions



Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen

Schut, Stroebe, van den Bout und Terheggen (2001) stellen einen positiven Zusammenhang von Schwierigkeiten im Trauerprozess mit der Effektivität von therapeutischen Maßnahmen fest. Sie richten sich damit gegen die oft vertretene Ansicht, dass Gemeinde orientierte, präventive Angebote gesundheitliche Folgen von Trauer nützen. In einer Untersuchung von 16 Primär-Interventions-Studien finden die Autoren teilweise gravierende methodologische Fehler. In einem Teil der untersuchten Studien zeigten sich sogar negative Effekte.

Dagegen: Je komplizierter der Trauerverlauf, desto effektiver sind therapeutische Methoden!

Neimeyer (2000) erhöhte die Effektstärke von 23 nicht-spezifizierten Interventionsstudien um Faktor 3, wenn ausschliesslich Studien berücksichtigt wurden, die Fälle mit komplizierter Trauer behandelten. **Die berichtete Effektstärke stieg von Cohen's $d = .13$ auf $d = .39$.**

Klärende Interventionstechniken

- > **Die Wirksamkeit der psychodynamischen Kurzzeittherapie für Personen mit starker Trauer ist belegt** (Horowitz, Marmar, Weiss, DeWitt, & Rosenbaum, 1984); die berichteten Effektstärken bewegen sich zwischen .7 bis 1.2 (Cohen's d). Die anfänglich höher belastete Interventionsgruppe wies nach der Therapie eine ähnliche Symptomatik auf wie die Kontrollgruppe.
- > In der Vergleichsstudie von Kleber und Brom (1987) zeigte sich die klärungsorientierte Bedingung hinsichtlich ***psychoneurotischer Symptome und Ängstlichkeit*** als effektiver als die anderen Bedingungen mit einer Effektstärke von Cohen's $d = 1.26$ gegenüber der Trauma-Desensibilisierung ($d = 0.82$) und Hypnotherapie ($d = 0.87$).

Bewältigungsorientierte Interventionen

- > Als sehr wirksam haben sich die Expositionstherapien von Sireling, Cohen und Marks (1988) und von Mawson, Marks, Ramm und Stern (1981) erwiesen. Die gemittelte Effektstärke für **“Guided Mourning“** Cohen’s $d = 2.75$. Für die Kontrollbedingung, bei der die Trauernden angehalten wurden, sich zu beruhigen und nicht über den Verlust nachzudenken, betrug die gemittelte Effektstärke für die trauerspezifischen Masse $d = 0.56$.
- > Kleber und Brom (1987) verglichen drei verschiedene Interventionsmethoden bei kompliziert Trauernde ($N = 83$). Die drei Bedingungen waren “Trauma-Desensibilisierung“, Hypnose Therapie und Psychodynamische Therapie. Alle Bedingungen erwiesen sich als wirksamer als die Kontrollbedingung, **die Trauma-Desensibilisierung zeigte aber die größten Effekte bezüglich Trauer bedingter Intrusionen**. Die über alle drei Bedingungen erzielte Effektstärke betrug für posttraumatische Stress-Symptome Cohen’s $d = 1.20$; für die Trauma-Desensibilisierung betrug die Effektstärke $d = 1.65$.

vorläufiges Fazit für die Praxis

- > Für die verschiedenen Interventionen beim Vorliegen einer komplizierten Trauer zeichnet sich eine **differentielle Indikation** ab (Kleber & Brom, 1987).
- > **Überwiegt die Stress-Syndrom-Problematik** (Intrusion-Vermeidung), scheint ein **bewältigungs- und/oder traumaorientiertes Vorgehen** wirksamer zu sein.
- > Überwiegt eine **ängstlich-unsichere oder konflikt-motivierte Problematik** sind **klärungsorientierte Interventionen** empfehlenswert.
- > Für viele Ansätze (interpersonale Therapie nach Klerman und Weissman, konstruktivistische Therapie nach Neimeyer, aufgabenorientierte Therapie nach Worden) existieren keine kontrollierte Studien, die empirische Aussagen zur Effektivität erlauben, sie sind jedoch mit den Forschungsarbeiten zur psychologischen Verarbeitung kompatibel.
- > Ein Vergleich der bisherigen Untersuchungen zeigt eine -- aufgrund einer schmalen Datenbasis vorläufige -- Überlegenheit konfrontativ-bewältigungsorientierter Vorgehensweisen auf.

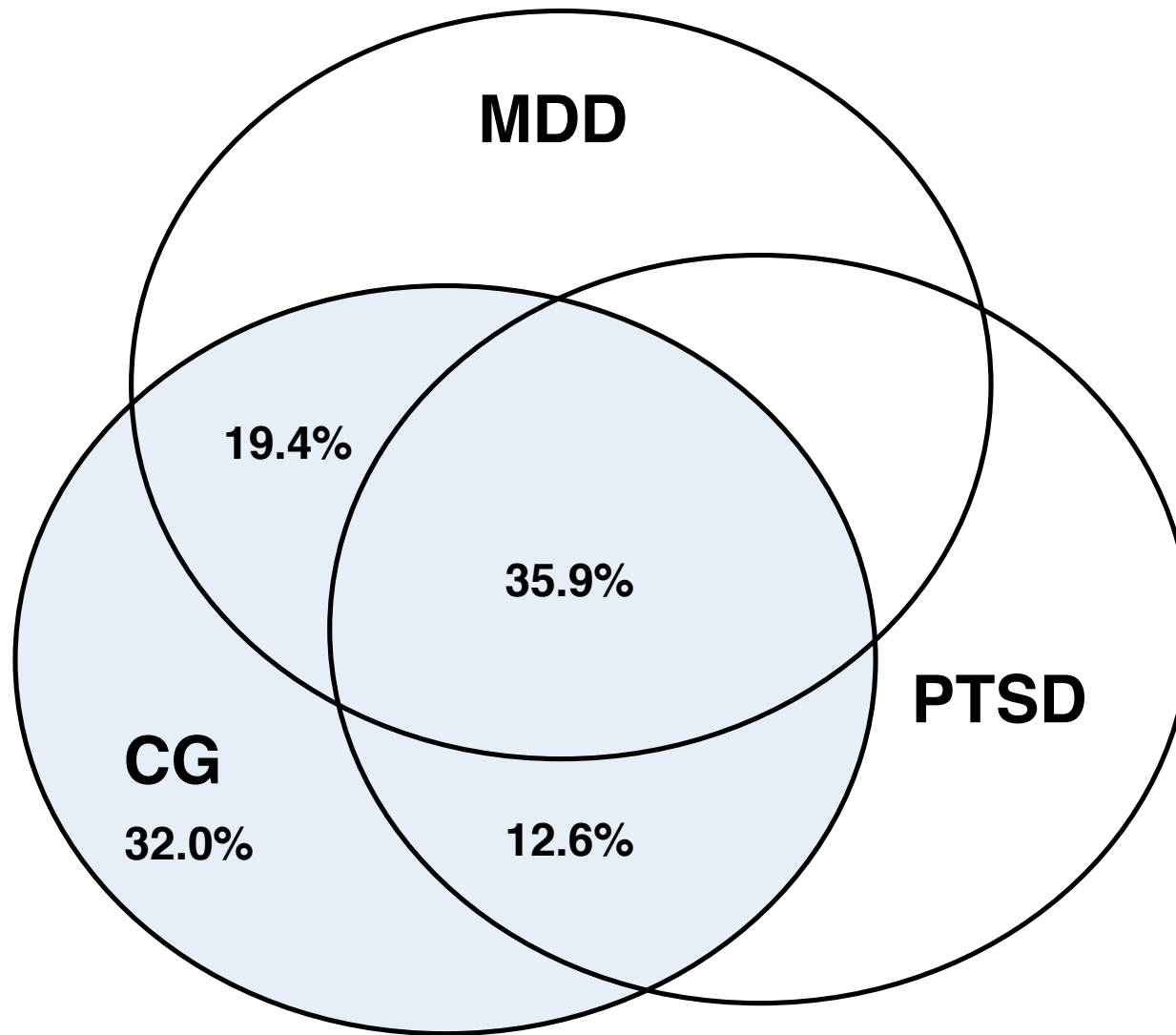
Schlussfolgerung

- **Allgemeine Trauerinterventionen sind unwirksam oder können sogar negative Effekte bewirken**
- **Trauerinterventionen zu früh können schaden**
- **Risikogruppen oder Personen, die an komplizierter Trauer leiden, können von einer Intervention dagegen stark profitieren**

Therapie für komplizierte Trauer

- > In den letzten beiden Jahren wurden mehrere kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapien **für komplizierte Trauer** entwickelt (Boelen et al., 2007; Shear et al., 2005; Wagner et al., 2006)
- > Wirksamkeit (in kontrollierten Studien) nachgewiesen ($d = 1.27/1.80$)
- > Kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken für Trauma-ähnliche Symptome wie z.B. ängstlich-depressives Vermeidungsverhalten
- > Kognitive klärende Elemente für Schuldgefühle, etc.
- > **Aber: suchen kompliziert Trauernde psychotherapeutische Hilfe?**

Wer sucht weshalb Behandlung? (Simon et al., 2007)



Piper et al. (2001) berichten, dass mehr als die Hälfte aller Patienten, die professionelle Hilfe für ihre psychische Störungen suchten, in der letzten 10 Jahren einen oder gar mehrere signifikante Verluste durch Tod erlitten hatten.

Die „Wunderheilung“ des Herrn K.

Auf Anraten des Hausarztes sucht ein junger Mann etwa dreissig-jähriger, gut aussehender Mann die ambulante Psychotherapiestation auf. Er leidet unter ihm unerklärlichen nächtlichen Panikattacken, was ihm um so seltsamer vorkommt, als in seinem Leben alles bestens geraten ist. Seit sieben Jahren lebt er mit seiner jetzigen Frau zusammen; sie haben zwei kleine Töchter, die er über alles liebt. Er lernte seine Frau kennen, als er noch auf die Ingenieurschule gegangen war. Nach seinen eigenen Aussagen sind sie sehr glücklich verheiratet und durch die Heirat ist der Patient Mitbesitzer eines gut gehenden Geschäftes geworden. Dazu teilt er mit seiner Frau eine befriedigende Freizeitbeschäftigung; beide spielen leidenschaftlich Golf.

Das erklärte Therapieziel ist, die Angst so schnell als möglich „wegzumachen“. Die Symptome schildert er als ein Todesgefühl, wie demnächst den Verstand zu verlieren. Auch die Tatsache, dass seine Frau anwesend ist, helfe ihm in diesen Momenten nicht. Er sei total blockiert, müsse erbrechen. Er wisse, dass Vermeiden keine Lösung sei, aber er versuche schon, sich abzulenken, er habe auch autogenes Training gemacht. Diesen Sommer sei er nach einer solchen Attacke auch in ein Loch gefallen, er sei 14 Tage nicht daraus gekommen, was für ihn eine völlig neue Erfahrung gewesen ist. Er sei grundsätzlich optimistisch, habe auch sonst nie Probleme. Er könne sich nicht erklären, weshalb er plötzlich weinen muss, wenn er von der Arbeit heimkommt und kämpft gegen das Gefühl an, niemanden mehr gern zu haben.

Herr K.

Aufgewachsen war er als zweites Kind eines Handwerkers in einem kleinen Dorf; er habe sehr gute Beziehungen zu den Großeltern gehabt, die im gleichen Haus wohnten. Als er in der vierten Klasse war, war der Großvater gestorben. Bei der Beerdigung habe er einen Mantelknopf geschluckt und dabei einen Erstickungsanfall (eine Art Panik) erlitten.

Die jetzige Arbeit gefällt ihm sehr gut, auch wenn er den gelernten Beruf aufgeben musste. Er teilt sich die Arbeit im Betrieb mit seiner Frau, wobei er einen Teil der Hausarbeit übernimmt.

Neben den Panikanfällen ist ein quälendes „Grübeln“ ein weiteres Problem. Der Patient gibt an, ausser diesen spezifischen Problemen ein 100% glückliches Leben zu haben und wünscht aus diesem Grund ein Problem orientiertes, verhaltenstherapeutisch ausgerichtetes Vorgehen.

Ausdrücklich will er nicht in seiner Vergangenheit „herumstochern“.

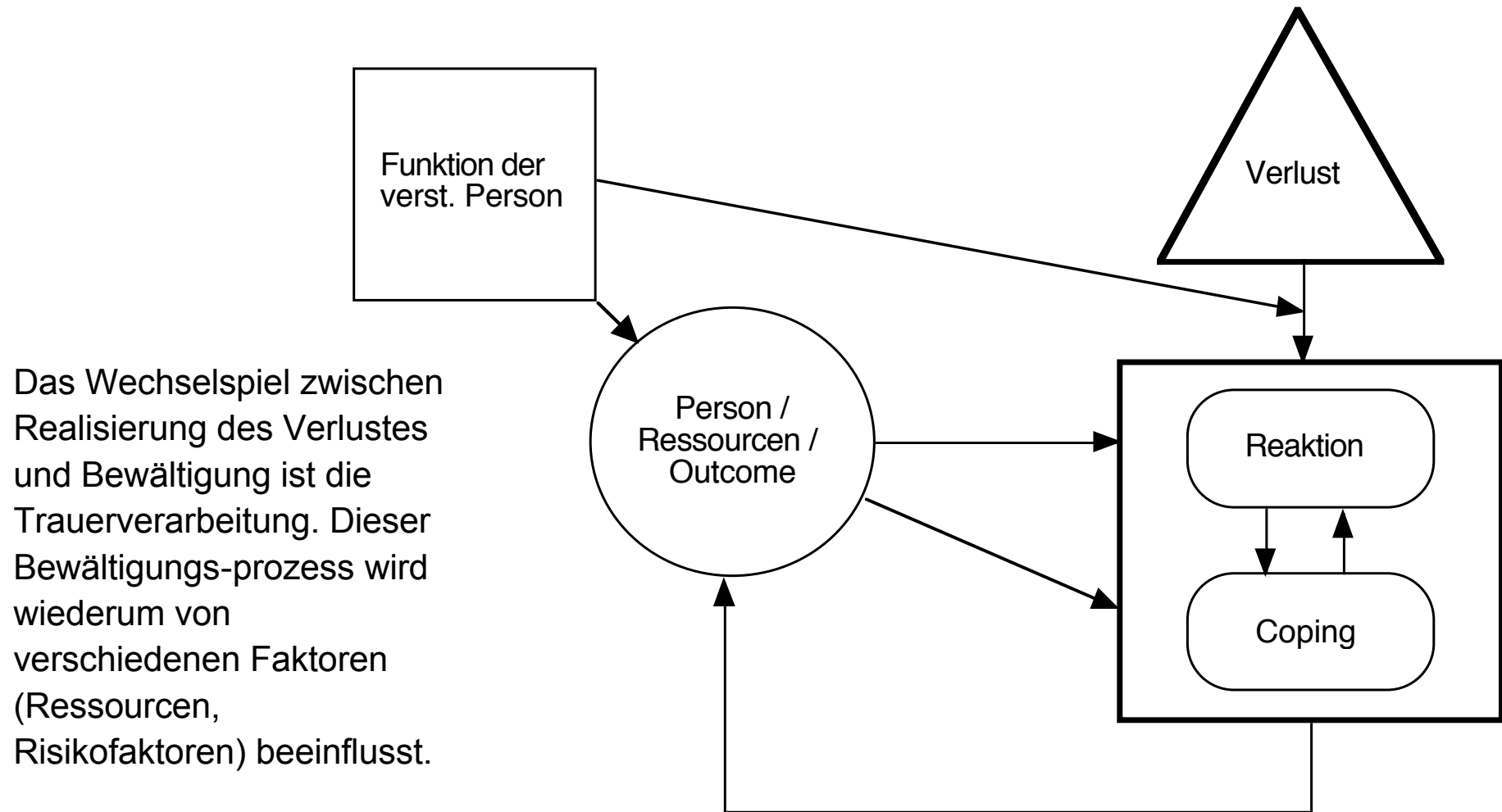
Im Laufe der Therapie offenbart sich das Grübeln vor allem als ein zwanghaftes Nachdenken über den Tod und allem, was damit zusammenhing. Die Inhalte der Gedanken sind morbide und werden vom Patienten vehement abgelehnt. Hier war der Hinweis für den Therapeuten, dass möglicherweise eine unverarbeitete Trauer vorliegen könnte. Erst in der siebten Therapiesitzung konnte das Thema Trauer richtig thematisiert werden und in den folgenden vier Stunden wurde der Verlust des Grossvaters thematisiert. Dies hatte zur Folge, dass die zwanghaften morbiden Gedanken fast augenblicklich zurückgingen. Damit war auch das „Gedankenrasen“ und die nächtlichen Panikattacken weg und tauchten als Problem auch ein Jahr nach Abschluss der Therapie nicht mehr auf.

Schätzungen zufolge steckt hinter jeder dritten psychischen Störung eine komplizierte Trauerreaktion. Fragen wie:

- > Inwieweit konnte der Verlust als endgültig akzeptiert werden? Welche Rolle spielt die verstorbene Person im täglichen Leben? Inwieweit weilt sie noch unter den Lebenden?
- > Gibt es Dinge im Zusammenhang mit der verstorbenen Person, über die nicht gesprochen werden darf oder die tabuisiert werden?
- > Gibt es zwanghafte Gedanken, die um den Tod kreisen?
- > Inwieweit sind Spannungszustände oder ungewollte Gefühlsausbrüche im Zusammenhang mit dem Tod aufgetreten? Gab es Gedanken wie “jetzt drehe ich durch“ oder Wut und Zorn gegenüber der verstorbenen Person oder gegenüber anderen, die mit der verstorbenen Person in Kontakt waren? Inwieweit spielen diese Gefühle heute noch eine Rolle?
- > Wird das Thema “Tod” vermieden? Wie steht es mit Besuchen auf dem Friedhof?
- > Kann das Thema Trauer angesprochen werden, ohne dass es zu unkontrollierten Tränen und anderen intensiven emotionalen Reaktionen kommt? In diesem Zusammenhang Dauer und Zeitpunkt beachten!

Das Ressourcenmodell der Trauerverarbeitung oder weshalb es meist keine Hilfe braucht

Rahmenmodell der Trauerverarbeitung



Therapie - Problemanalyse

- > Was hat die trauernde Person bisher unternommen, diese Reaktionen in den Griff zu bekommen?
- > *Welche Funktion* hatte die verstorbene Person?
- > An wen wendet sich die trauernde Person, wenn sie Hilfe braucht?
- > Hat die Trauer eine instrumentelle Funktion?
- > Wie äussert sich die Trauer genau? Welche Gefühle oder Gefühlsmischungen sind vorherrschend? Welche Verhaltensweisen fallen auf, wenn über die verstorbene Person gesprochen wird
- > Was löst das problematische Verhalten, die intrusiven Gefühle aus?
- > Was wird mit dem problematischen Verhalten vermieden? Weiterführend: Mit welchen Reaktionen ist zu rechnen, wenn diese Aktivität verhindert wird?
- > Welche Ressourcen stehen dem Patienten zur Verfügung?

Welche Funktion hatte die verstorbene Person: weiterführende Fragen

- > Welche Grundbedürfnisse hat die verstorbene Person befriedigt?
- > Welche typischen Funktionen, Ziele und Rollen hatte die verstorbene Person für den Angehörigen?
- > Welche emotionale Reaktion kann erwartet werden?
- > Welche sonstigen Reaktionen sind zu erwarten?
- > Welche Aufgaben müssen von der Person geleistet werden, welche Anforderungen kommen auf sie zu?

Resumé

- > Eine Intervention ist normalerweise bei einem Verlust (Trennung) einer geliebten Person nicht notwendig
- > Andererseits gibt es „blockierte“ oder „exzessive“ Trauerformen, die sich in verschiedenen Symptomen äußern, die Ähnlichkeit mit der Depression (Melancholie) oder Ähnlichkeit mit einer Angststörung (Panikstörung, posttraumatische Belastungsstörung) haben
- > Je „gestörter“ die Trauerreaktion ist, desto wirksamer sind psychotherapeutische Interventionen
- > Für die differentielle Indikation sind einleitende Fragen zur Problemanalyse zu stellen
- > Es werden verschiedene Formen der Intervention unterschieden, die je nach Indikation zum Tragen kommen - die sind aber Thema für den Freitag