

Wie Menschen Verluste verarbeiten – Das Duale Prozessmodell systemisch gedacht

Heidi Müller, Susanne Kiepke-Ziemes, Urs Münch

Zusammenfassung

Verlusterfahrungen sind Teil des menschlichen Lebens. Doch auch heute noch stellt sich die grundsätzliche Frage: Wie verarbeiten Menschen Verluste und warum entwickeln einige Hinterbliebene mehr Probleme als andere? Eine Antwort auf diese Fragen liefern sogenannte Trauermodelle. Vorgestellt wird das familienbezogene Duale Prozessmodell der Bewältigung von Verlusterfahrungen (DPM-R). Dieser Artikel schlägt zudem eine konzeptionelle Weiterentwicklung des DPM-R um die Aspekte „Personen der zweiten Reihe“ und „Kultur“ vor, da die Interdependenzen und Verkettungen zwischen Mensch und Umwelt tiefgehender sind als vielfach angenommen wird. Dieser erweiterte systemische Blick auf Trauerprozesse liefert vielfältige Erklärungsansätze für die Probleme Trauernder.

Schlagwörter: Trauer, Verlust, Trauermodelle, Duales Prozessmodell, systemisch, Familie, Verarbeitung

Abstract

The dual process model of coping with bereavement from a systemic perspective

Death of significant others have always been part of human life. However, the fundamental question remains: How do the bereaved come to terms with their loss and why do some develop more problems than others? So-called grief models provide an answer to these questions. The family-based dual process model of coping with loss experiences (DPM-R) is presented. The authors of this article propose to extend this model by including the aspects "secondary characters" and "culture" as interdependencies and interlinkages between people and their environment are more profound than is often assumed. This extended systemic view of grieving processes provides a variety of explanations for problems the bereaved may experience.

Keywords: bereavement, grief, dual process model, family, systemic, models of grief, loss

Einleitung

Verlusterfahrungen sind Teil des menschlichen Lebens. Das Kuscheltier, die Heimat, der Arbeitsplatz oder eine Bezugsperson, Menschen können verschiedene Arten von Verlust erleben. Die natürliche Reaktion auf Verlusterfahrungen bzw. deren Bewältigung nennt sich Trauer (Wittkowski 2010). Zu beobachten ist, dass die Verarbeitungsprozesse individuell sehr unterschiedlich ausfallen. So gibt es z. B. zahlreiche Frauen, die sich nach dem Verlust des Partners nur wenig belastet fühlen, während andere auch nach Monaten kaum in der Lage sind, ihren Alltag zu bewältigen (Bennett et al. 2020). Das lässt die grundsätzliche Frage zu, wie Menschen Verluste, insbesondere den Tod einer Bezugsperson, verarbeiten und warum einige Betroffene weniger Probleme entwickeln als andere.

Erklärungsversuche bieten sogenannte „Trauermodelle“. Sie versuchen nicht nur darzustellen, wie Menschen Verluste verarbeiten, sondern liefern im besten Falle auch Erklärungsansätze für entstehende Probleme. In Deutschland sind in diesem Zusammenhang vor allem Phasenmodelle (z. B. Bowlby 2006) oder Traueraufgabenmodelle (Worden 2011) bekannt. Sie lassen aber zahlreiche Aspekte unberücksichtigt und können als veraltet angesehen werden, insbesondere die Phasenmodelle gelten heute als widerlegt und von ihrem Einsatz in der Praxis wird abgeraten (Stroebe, Schut, Boerner 2017). Weitreichendere Erklärungen bietet aktuell das sogenannte Duale Prozessmodell der Bewältigung von Verlusterfahrungen, kurz DPM genannt (Stroebe u. Schut 1999). Bei genauer Betrachtung der älteren Modelle wie auch des aktuelleren DPMs wird deutlich, dass sie überwiegend intrapsychisch ausgerichtet sind. Studien zeigen aber, dass Paare, die sich nach dem Verlust des Kindes gegenseitig schützen möchten, indem sie wenig über den Verlust sprechen, nicht die angestrebte Entlastung erfahren, sondern genau das Gegenteil (Stroebe et al. 2013). Menschen trauern nicht in einem sozialen Vakuum. Vielmehr wird ihr Verarbeitungsprozess von ihrer Umwelt beeinflusst (Rosenblatt 1997). Dies haben auch Margaret Stroebe und Henk Schut, die Entwickler*innen des DPM, anerkannt. Entsprechend erweiterten sie ihr Modell um die Familienperspektive, kurz DPM-R genannt. Sie verstehen unter dem Begriff Familie „all members who have likewise experienced the loss“, d. h. alle Mitglieder, die ebenfalls von dem Verlust betroffen sind. Damit regen sie dazu an, Trauerprozesse aus einem systemischen Blickwinkel zu betrachten, ohne diese Perspektive explizit so zu benennen. Einen systemischen Blickwinkel einzunehmen, bedeutet, „die weitreichenden Verkettungen gegenseitiger Abhängigkeit (Interdependenz) zu unterstreichen“ (Rotthaus 1989, S. 10) und entstehende Probleme aus der Mensch-Umwelt-Perspektive heraus zu betrachten.

Dieser Artikel stellt das DPM in seiner Grundversion wie auch die erweiterte Familienperspektive vor. Darüber hinaus wurde das DPM-R von den Autor*innen dieses Artikels um die Ebenen ‚Kultur‘ und ‚Personen der zweiten Reihe‘ erweitert. Wohl wissend, dass diese Ebenen aus systemischer Perspektive den Menschen inhärent sind, war es jedoch das Ziel, innerhalb des DPMs die systemische Perspektive expliziter zu machen und die Interdependenzen und Verkettungen zwischen Mensch und Umwelt hervorzuheben. Welche Auswirkungen diese Erweiterung auf die Erklärungskraft des Modells, aber auch für den praktischen Umgang mit Betroffenen in Beratung und Therapie hat, wird erläutert.

Wie Menschen trauern – von Phasenmodellen bis zum Dualen Prozessmodell der Bewältigung von Verlusterfahrungen (DPM)

Plötzlich alleinerziehend zu sein, das Regeln der Erbangelegenheiten, der Verlustschmerz, die Anforderungen am Arbeitsplatz – einige Betroffene wissen nach dem Tod einer nahestehenden Person häufig nicht, wo ihnen der Kopf steht. Sie sehen sich vielen Herausforderungen gegenüber und wissen nicht, wie all das zueinander und zu ihnen passt. Trauermodelle können dabei helfen, die Erfahrungen der Betroffenen zu strukturieren und das Erlebte zu normalisieren. Fachkräften bieten sie darüber hinaus eine Grundlage, von der sie Probleme ableiten und Interventionen aufbauen können. Wichtig ist jedoch dabei, auf aktuelle Modelle zurückzugreifen, die wissenschaftlich erforscht sind. Denn so lässt sich eine zusätzliche Belastung von Betroffenen vermeiden.

Idee eines phasenhaften Verlaufs

Frühe Ansichten zur Verlustverarbeitung gingen davon aus, dass Betroffene verschiedene Phasen durchlaufen und so den Verlust verarbeiten würden. So benannte etwa Bowlby (1980) kurz gefasst folgende Phasen: Betäubung; Sehnsucht und Suche nach der verstorbenen Person; Desorganisation und Verzweiflung; Reorganisation. Seine Ideen fußen auf bindungstheoretischen Annahmen. Danach gehen Menschen Bindungen ein, um ihr Überleben zu sichern (Bowlby 2006). Stirbt eine Person, muss die Bindung wieder gelöst werden, was nicht ohne emotionalen Schmerz einhergeht. Diesbezügliche Ideen sind unter dem Stichwort „Phasenmodelle“ und durch die Person Elisabeth Kübler-Ross weltweit bekannt geworden. Fälschlicherweise wird häufig angenommen, dass Elisabeth Kübler-Ross die Idee der Phasenmodelle entwickelt hätte. Richtig ist jedoch, dass sie 1964 erstmalig bei einem Vortrag am Billing's Hospital in Chicago davon gehört hat und die Idee auf ihre Arbeit mit Sterbenden übertrug, ohne jedoch dabei auf die entsprechenden Perso-

nen, die die Trauerphasen entwickelt haben, zu verweisen (Parkes 2010). Schon kurz nach den ersten Veröffentlichungen der Idee eines phasenhaften Trauerverlaufs erfuhr diese viel Kritik. Die Vorstellung sei zu simpel, zu passiv, zu missverständlich waren nur einige der angeführten Kritikpunkte. Im weiteren Verlauf der Zeit widerlegten Studien die Idee eines phasenhaften Verlaufs, so dass für diese Annahme bis heute der empirische Beweis fehlt (Stroebe, Schut, Boerner 2017). Wissenschaftler*innen warnen mittlerweile vor ihrem Einsatz, da sie bei Betroffenen fehlerhafte Vorstellungen auslösen können, die sich negativ auf den Trauerprozess auswirken (ebd.).

Idee der Traueraufgaben

Spätere Ideen gingen dann davon aus, dass Betroffene im Verlaufe des Trauerprozesses keine Phasen zu durchlaufen, sondern sogenannte „Traueraufgaben“ zu erfüllen hatten, um einen Verlust zu verarbeiten (Worden 1991). Diese Idee wurde bekannt unter dem Stichwort „Traueraufgabenmodelle“. Ein bekannter Vertreter dieser Idee ist William Worden. Seine Annahmen fußen auf dem Konzept der Entwicklungsaufgaben, das Robert Havighurst von der University of Chicago in den 1940er Jahren erstmals formuliert hat. Havighurst ging davon aus, dass Kinder, wenn sie heranwachsen, verschiedene emotionale, soziale, körperliche und kognitive Anforderungen zu bewältigen haben. Dabei stellen sich in den jeweiligen Lebensabschnitten spezielle altersentsprechende Aufgaben. Wenn es Kindern nicht gelingt, innerhalb eines bestimmten Zeitrahmens die anstehenden Aufgaben zu bewältigen, kommt es zu Problemen. Havighursts Arbeit hat Worden dazu inspiriert, das Konzept der Aufgaben auf Menschen anzuwenden, die sich nach dem Tod einer wichtigen Bezugsperson an die neue Situation anpassen müssen. So benannte Worden für Trauernde entsprechend folgende Aufgaben: Den Verlust als Realität akzeptieren; Den Trauerschmerz verarbeiten; Sich an eine Welt ohne die verstorbene Person anpassen; Eine dauerhafte Verbindung zur verstorbenen Person inmitten des Aufbruchs in ein neues Leben finden (Worden 2011). Verarbeitungsprozesse anhand von Traueraufgabenmodellen einzuordnen, ist heutzutage bei einigen Fachkräften noch sehr beliebt. Dennoch bleiben auch bei dieser Idee zahlreiche Aspekte unbenannt, die für die Verarbeitung wichtig sind (z. B. finanzielle Sorgen). Grundlegend für die Phasen-, aber auch für die Traueraufgabenmodelle ist die Annahme, dass sich Betroffene im Trauerprozess mit dem Verlust, aber auch mit den Erinnerungen an die verstorbene Person und den damit einhergehenden Gefühlen bewusst zu konfrontieren haben. Betroffene müssten also wie Freud (1946) es nannte „Trauerarbeit“ leisten, um den Verlust verarbeiten zu können. Diese Konfrontation stellt das wesentliche Element dieser frühen Ideen von Verlustverarbeitung dar. Demnach entwickeln Betroffene Probleme, wenn sie diese Auseinandersetzung

vermeiden. Entsprechend gilt das Unterdrücken von Gefühlen als ungesund bzw. hinderlich für den Trauerprozess.

Das Duale Prozessmodell der Bewältigung von Verlusterfahrungen (DPM)

Aus heutiger Sicht greift die alleinige Ausrichtung auf die emotionale Auseinandersetzung mit dem Verlust zu kurz (Stroebe u. Schut 2010). Zahlreiche weitere Aspekte (z. B. emotional schwierige Trauerreaktionen nur dosiert zuzulassen, Pausen von der Trauer zu nehmen, Vermeidung), die für die Verlustverarbeitung wichtig sind, bleiben unberücksichtigt. Zudem zeigte sich in Studien, dass Personen, die ihre Gefühle nicht ausdrückten und sich nicht mit dem Verlust konfrontierten, ebenso gut mit Verlusten zurechtkamen (Ablon 1971).

Dies veranlasste die Wissenschaftlerin Margaret Stroebe und den Wissenschaftler Henk Schut sich mit der Frage „Wie verarbeiten Menschen Verluste?“ auseinanderzusetzen. Ende der 1990er Jahre entwickelten sie ein weitreichenderes Modell, das den Namen „Dual Process Model of Coping with Bereavement (DPM)“ (in deutscher Sprache etwa: Duales Prozessmodell der Bewältigung von Verlusterfahrungen) trug. Das DPM integriert viele theoretische Ansätze wie etwa bindungstheoretische Annahmen, aber auch die Idee der Trauerarbeit. Dennoch basiert das Modell zum großen Teil auf den Annahmen des transaktionalen Stressmodells von Lazarus und Folkman (1984). Demnach können schwierige Lebensereignisse (z. B. der Tod einer Bezugsperson) bei Menschen Stress erzeugen. In welchem Maße sich Menschen allerdings durch eine Situation belastet fühlen, ist abhängig von den einzelnen Personen, weil Individuen Situationen unterschiedlich bewerten. So fühlt sich etwa die eine Partnerin nach dem Tod ihres Mannes kaum belastet, weil sie der Ansicht ist, ausreichend Unterstützung zu erhalten, während sich eine andere Frau, die ihren Partner verloren hat, durch finanzielle Probleme hoch belastet fühlt.

In Verlustsituationen sind Betroffene häufig mit zwei verschiedenen Arten von Stressoren konfrontiert: Den verlustbezogenen und den wiederherstellungsbezogenen Stressoren. Verlustbezogene Stressoren hängen direkt mit dem Verlust selbst und mit der Bindung zur verstorbenen Person zusammen. Da der Mensch tot ist, haben die Betroffenen z. B. die Aufgabe, die Bindung zur verstorbenen Person neu zu gestalten. Weiterhin werden sie einen Weg für sich finden müssen, mit den Erinnerungen, Gedanken und Gefühlen, die sich aufdrängen, umzugehen. Hierbei kann die Konfrontation mit dem Verlust, den Ereignissen, der langen Krankheit nötig sein, d. h., Betroffene werden Trauerarbeit im Sinne Freuds leisten.

Demgegenüber können Betroffene im Alltag auch einer anderen Form von Stressoren ausgesetzt sein, die als sekundäre Stressoren bezeichnet werden (Stroebe u. Schut 2010). Diese sind teilweise auch eine Folge des Verlustes, aber sie sind nicht unmittelbar auf die Bindung zum Verstorbenen bezogen. Diese Belastungen werden im DPM von Stroebe und Schut (ebd.) wiederherstellungsbezogene Stressoren genannt. Hier handelt es sich um Belastungen, die dadurch entstehen, dass das Leben weitergeht und jetzt ohne die verstorbene Person bewältigt werden muss. Dazu zählen etwa finanzielle Sorgen, Umzug, die Rolle als alleinerziehende Person finden, neue Partnerschaften.

Im Umgang mit den Stressoren setzen Betroffene verschiedene Arten von Strategien ein. Zum einen wenden sie emotionsorientierte, zum anderen lösungsorientierte Bewältigungsstrategien an. Emotionsorientierte Bewältigungsstrategien setzen Betroffene immer dann ein, wenn sie Gefühle wie Angst, Wut oder Traurigkeit regulieren wollen. Emotionsorientierte Strategien sind vor allem immer dann hilfreich, wenn sich Situationen nicht ändern lassen. Lösungsorientierte Strategien richten sich darauf, belastende Situationen zu verändern. So können sie z. B. Freunde bitten, die Kleidung des/der Verstorbenen mit ihnen gemeinsam zu sortieren und nicht allein. Der Einsatz beider Arten von Bewältigungsstrategien ist wichtig (Stroebe u. Schut 2010).

Neben den zwei verschiedenen Arten von Stressoren und den lösungs- und emotionsorientierten Bewältigungsstrategien ist ein zentrales Element des DPM der Vorgang des Oszillierens. So gehört es zum normalen Verlauf bei Trauerprozessen, dass Menschen hin und her pendeln zwischen Zeiten, in denen sie sich dem Verlust zuwenden, und Zeiten, in denen sie sich damit beschäftigen, wie der Alltag weitergeht. Erst wenn sich Trauernde dauerhaft nur noch mit dem Verlust oder dem neuen Leben beschäftigen, kann es zu Problemen kommen (Znoj 2004), wobei hier individuelle und kulturelle Unterschiede Berücksichtigung finden müssen. Beispielsweise kann es für eine Frau, die gerade erst entbunden hat, Sinn machen, sich nicht mit dem Verlust auseinanderzusetzen, um sich erst einmal in ihrem neuen Leben ohne die verstorbene Person und mit dem neugeborenen Kind einzurichten. Ganz wesentlich für den Trauerprozess ist auch das Vermeiden bzw. Verdrängen. Häufig wird dies von Betroffenen selbst, aber vor allem von Fachkräften ausschließlich negativ bewertet. Dabei kommt dem Vermeiden durchaus eine positive Funktion zu. So ist es wichtig, dass Trauernde sich „Auszeiten“, also Pausen, von ihrer Trauer nehmen, z. B. wenn Gefühle zu schmerzhaft werden oder sie sich auf ein wichtiges Projekt am Arbeitsplatz konzentrieren möchten. Es geht darum, dass Betroffene die Auseinandersetzung mit dem Verlust für sich „richtig“ dosieren, aber auch bewusst Abstand von der Trauer nehmen und Pausen machen. Denn trauern ist anstrengend.

Grafisch stellt sich das DPM wie folgt dar:

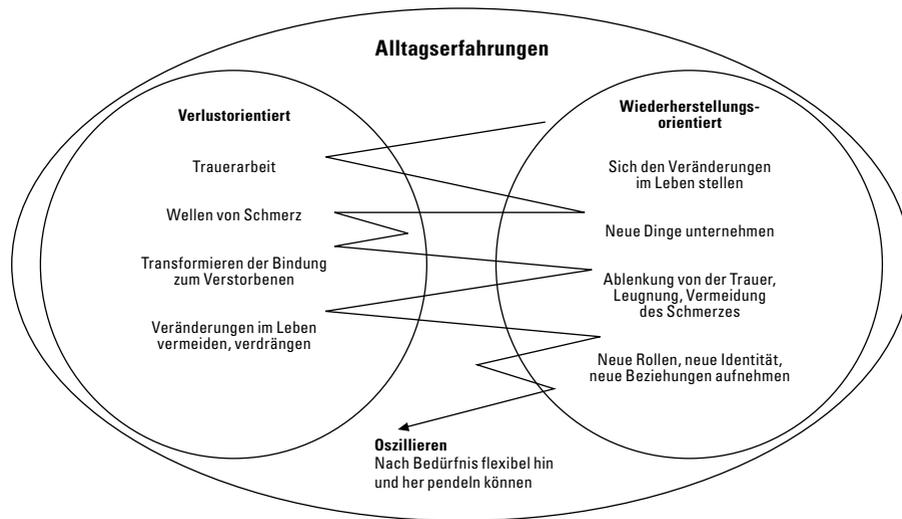


Abb. 1: Schema des DPM (adaptiert nach Stroebe u. Schut 2010)

In der Praxis stellt sich der Einsatz des DPM unproblematisch dar. Betroffene können sich leicht darin wiederfinden. So hilft es ihnen beispielsweise, die häufig erlebten Gefühlsschwankungen als normal einzuordnen und diese nicht als persönlichen Fehler oder als Rückschritt innerhalb ihres Trauerprozesses anzusehen. Im Gegenteil, Fachkräfte können Betroffenen die beruhigende Nachricht mitgeben, dass sie auf einem guten Wege sind, wenn sich die innere Verfassung immer wieder ändert. Dies mag für viele zwar anstrengend sein, dennoch ist es ein positives Signal.

Familie und Individuum zusammengedacht – Vorstellung des DPM-R

Innerhalb der Trauerforschung hat Mitte der 90er Jahre Gilbert (1996) darauf aufmerksam gemacht, dass Trauerprozesse nur verstanden werden können, wenn sie die familiäre Ebene mitberücksichtigen. Damals fand diese Aussage wenig Anklang. Die individuelle und familiäre Perspektive wurde lange Zeit nicht zusammengedacht. Lediglich die Arbeitsgruppe um Kissane und Bloch hat schon Mitte der 90er Jahre aus der Perspektive der Palliativversorgung und der Psychoonkologie die Family Focused Grief Therapy entwickelt. Dieser

präventive systemtherapeutische Ansatz richtet sich an Familien, die ein hohes Risiko haben, problematische Trauerprozesse zu entwickeln (Kissane u. Bloch 2003, Masterson, Schuler, Kissane 2013). Anfang der 2000er Jahre gingen andere Wissenschaftler*innen (z. B. Dyregrov u. Dyregrov 2008, Sandler et al. 2008) vermehrt dazu über, die familiäre Perspektive miteinzubeziehen. Heute weisen Reviews auf die enormen Wechselwirkungen zwischen Familie und Individuum hin (Albuquerque, Pereira, Narciso 2016). Es war jedoch vor allem ihre eigene Studie zum Thema Partnerorientierte Selbstregulierung bei trauernden Eltern (Stroebe et al. 2013), die Stroebe und Schut zum Anlass nahmen, auch das DPM um die Perspektive der Familie zu erweitern. Denn in ihrer Langzeitstudie mit trauernden Eltern stellte sich deutlich heraus, dass die Elternteile, die zum Schutze der Partnerin bzw. des Partners wenig über den Verlust sprachen und stark sein wollten, die Trauer des anderen dadurch nicht verminderten, sondern verstärkten (ebd.). Dieser Effekt blieb sowohl über sechs, dreizehn und zwanzig Monate bestehen.

Stroebe und Schut sahen sich durch erste Studienergebnisse zum DPM in ihren Grundannahmen bezüglich ihres Modells bestätigt. Sie kamen aber zu dem Schluss, dass alle Herausforderungen, denen Betroffene auf individueller Ebene begegnen, auch auf familiärer Ebene zu lösen sind (Stroebe u. Schut 2015). Entsprechend ergänzten sie die individuelle um die familiäre Perspektive. Dies führten sie sowohl auf Seite der verlustbezogenen wie auch für die wiederherstellungsorientierten Stressoren aus. Bezogen auf die Auseinandersetzung mit dem Verlust heißt das beispielsweise, dass Betroffene nicht nur für sich den Verlust akzeptieren müssen, sondern dies auch auf Familienebene erfolgen muss. Bezüglich der Anpassung an das neue Leben bedeutet es etwa, dass Betroffene nicht nur eigene Auszeiten von der Trauer nehmen sollten, sondern die Familie als Ganzes Pausen von der Trauer benötigt. Abschließend führten Stroebe und Schut (ebd.) eine Umformulierung durch und integrierten die überarbeiteten Traueraufgaben von Worden, da diese nach der Überarbeitung inhaltlich deckungsgleich mit den von ihnen formulierten Stressoren waren. Die Elemente des Pausierens und Oszillierens blieben im DPM-R erhalten.

Grafisch stellt sich das DPM-R wie folgt dar:

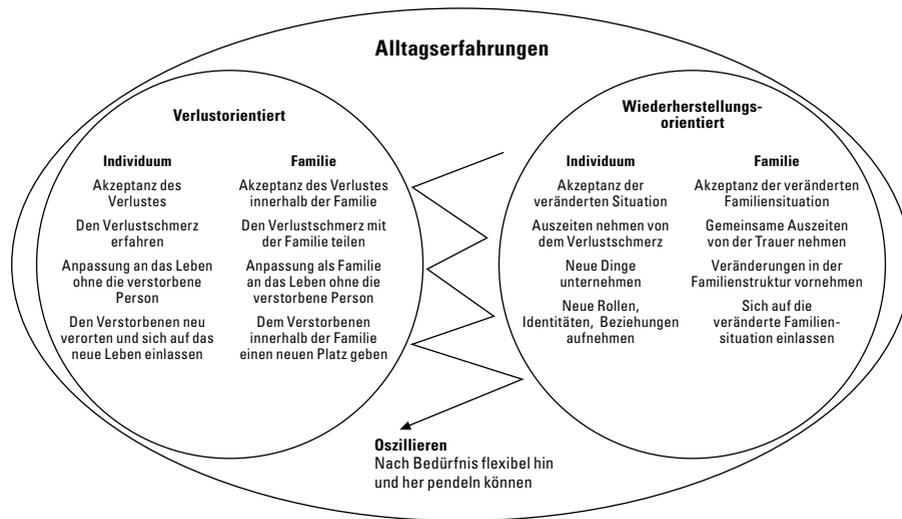


Abb. 2: Schema des DPM-R (adaptiert nach Stroebe u. Schut 2015)

Die große Aufgabe von Familien ist es also, individuelle und gemeinschaftliche Bedarfe und Bedürfnisse so zu verbinden, dass sie das Familiensystem stärken und den Trauerprozess der Individuen fördern. Dies geschieht jedoch nur, wenn sich für Trauernde die Lösungen und Wege auf individueller und familiärer Ebene kongruent darstellen. Wird dies nicht so erlebt, kann es auf beiden Ebenen zu Problemen führen (Stroebe u. Schut 2015). So gehen beispielsweise Männer mit höherer Wahrscheinlichkeit nach dem Verlust ihrer Partnerin eine neue Partnerschaft ein, meist sogar schon innerhalb der ersten 18 Monate (Campell u. Silverman 1996). Nice et al. (2021) haben in einer qualitativen Studie festgestellt, dass die schnelle Wiederheirat des hinterbliebenen Elternteils bei den erwachsenen Kindern zu einer größeren Distanz zum Vater führte, wenig Raum ließ für den Austausch von Erinnerungen und das grundlegende Gefühl hervorrief, neben der Mutter auch den Vater verloren zu haben. Die Kinder fühlten sich durch die Wiederheirat belastet, die größer werdende Distanz zu den Kindern wirkte sich wiederum belastend auf den Vater aus und die Familienkohäsion zeigte sich insgesamt geschwächt. Trauernde sind immer Teil eines Systems. Den systemischen Wechselwirkungen Aufmerksamkeit zu schenken, ist von zentraler Wichtigkeit, um Trauernde

wirkungsvoll unterstützen zu können. So haben beispielsweise Sandler und Kolleg*innen (2013, 2016) im Family Bereavement Program (FBP) zahlreiche Ansätze integriert wie etwa das gemeinsame Planen von Auszeiten, aktives Zuhören, die Familien und jeden einzelnen Teil der Familie effektiv stärken und die Verlustverarbeitung positiv beeinflussen.

Die beiden Wissenschaftler*innen, die das DPM entwickelt haben, haben bewusst darauf verzichtet, die unterschiedlichen Familienkonstellationen bzw. unterschiedlichen Rollen, neuere gesellschaftliche Entwicklungen, die das Zusammenleben von Familien betreffen (z. B. räumliche Entfernungen, Kommunikationstechnologien) in ihr Modell einzubinden. Sie haben keinen Mehrwert darin erkennen können, das Modell komplexer zu gestalten. Es ging ihnen vielmehr darum, eine allgemeine Systematik zu erstellen, auf Grundlage derer Betroffene ihre Situation verstehen, aber vor allem auch Fachkräfte die Arbeit mit Betroffenen strukturieren können. Denn Familien können in Verlustsituationen nicht nur zu Problemen beitragen, sondern sie können auch eine große Ressource zur Lösung von Problemen darstellen.

Der Einfluss des erweiterten sozialen Umfelds von Betroffenen – Vorschlag zur Erweiterung des DPM-R

Bisher war in diesem Artikel vor allem von der Verlustverarbeitung auf individueller und familiärer Ebene die Rede. Wir möchten an dieser Stelle vorschlagen, das DPM-R noch einmal weiter zu ergänzen, da wir der Auffassung sind, dass der systemische Rahmen größer ist als bisher gedacht und Betroffene unter Umständen mit zahlreichen weiteren Personen ihren Trauerprozess aus-handeln müssen als vielfach angenommen.

Es gibt zahlreiche persönliche Berichte darüber, dass z. B. Freund*innen und Bekannte wenig verständnisvoll reagieren, wenn Betroffene nach einer mehr oder weniger langen Zeitspanne immer noch trauern, Anwohner*innen die Straßenseite wechseln, wenn sie die trauernde Nachbarin erblicken, die Unterstützung von Fachkräften (z. B. Hausärztinnen, Hausärzte) als wenig hilfreich erlebt wird oder Betroffenen das Mitgefühl von Kolleg*innen und Vorgesetzten am Arbeitsplatz fehlt.

Studien bestätigen diese Erfahrungen. So zeigen sie, dass das Verhalten von Kolleg*innen und Vorgesetzten Einfluss auf die Verlustverarbeitung nimmt, Trauernde jedoch auch ihr Arbeitsumfeld bzw. die Effektivität von Unternehmen beeinflussen (Wilson et al. 2021, Gibson, Gallagher, Jenkins 2010, Manns u. Little 2011). Aoun et al. (2019) zeigen, wie sich die Wechselwirkung zwischen sozialem Umfeld (Familie, Freund*innen) und Trauernden darstellt, denn nicht

jede Unterstützung wird tatsächlich als hilfreich erlebt. Morigan, Keesing und Breen (2022) zeigen darüber hinaus, wie sehr sich das soziale Umfeld von Betroffenen verändern kann. Viele erleben es als belastend, wenn das soziale Umfeld ihnen nicht die Unterstützung bietet, die sie benötigen. Dabei gilt die Unterstützung durch Familie und Freund*innen als wesentlicher Faktor für eine erfolgreiche Verlustverarbeitung (Logan et al. 2018). Auch der wechselseitige Einfluss von Trauernden und Fachkräften ist nicht zu unterschätzen. So sind etwa Hausärztinnen und Hausärzte Ansprechpartner*innen für Betroffene, doch fühlen diese sich nur unzureichend auf den Umgang mit Hinterbliebenen vorbereitet, was häufig dazu führt, dass sie auf eigene Erfahrungen im Umgang mit Verlusten zurückgreifen (O'Connor u. Breen 2014). Dies kann aber sowohl bei den Fachkräften als auch bei den Betroffenen zu zusätzlichen Belastungen führen. Ähnliches lässt sich auch in Bezug auf die Wechselwirkung zwischen Lehrpersonal und trauernden Schüler*innen, Student*innen sagen (Lytje 2018, Janauskaite, O'Brien, Yang 2021, Noppe et al. 2016). Es scheint als würden Hinterbliebene nicht nur mit ihrem familiären Umfeld und solchen Personen, die auch von dem Verlust betroffen sind, ihre Trauer aushandeln, sondern auch mit Personen aus der sogenannten „zweiten Reihe“. Zum Personenkreis der zweiten Reihe können Fachkräfte wie etwa Ärztinnen, Ärzte, Freund*innen, die nicht direkt vom Verlust betroffen sind, Bekannte, Lehrpersonal, Vorgesetzte, Kolleg*innen gehören. Der Begriff der Personen der zweiten Reihe (secondary characters) ist von Laperle, Achille und Ummel (2021) entlehnt, die das soziale Umfeld von Betroffenen untersucht und gezeigt haben, dass Betroffene von verschiedenen Gruppen umgeben sind. Eine davon ist die Gruppe der „secondary characters“. Die Autor*innen (ebd.) definieren sie grob als die Gruppe der Zuschauer*innen und Zeug*innen. Sie sind nicht direkt von dem Verlust betroffen. Sie kennen die hinterbliebene Person nicht unbedingt persönlich und empfinden sich kaum als Teil des erweiterten sozialen Umfelds von Betroffenen. Dennoch beeinflussen sie mit ihren Äußerungen und ihrem Verhalten Hinterbliebene und umgekehrt. Aus diesem Grunde haben wir das DPM um die Personen der zweiten Reihe erweitert. Denn auch mit dieser Gruppe müssen Betroffene ihre Trauer auf beiden Ebenen (verlust- und wiederherstellungsorientiert) aushandeln. Um den wechselseitigen Einfluss zwischen Individuum, Familie und den Personen der zweiten Reihe zu verdeutlichen, haben wir die durchgängigen Linien der Kreise in eine gestrichelte Linie umformatiert.

Darüber hinaus sind wir der Auffassung, dass Hinterbliebene auch durch die zahlreichen und durchaus unterschiedlichen Kulturen in der Gesellschaft beeinflusst werden bzw. dass auch hier eine wechselseitige Auseinandersetzung stattfindet. Häufig ist Menschen selten bewusst, dass sie Teil einer Kultur sind oder eine Kultur haben (Walter 2010). Bewusster wird dies erst, wenn sie mit

Veränderungen oder Konflikten konfrontiert sind. Jede Gesellschaft und innerhalb jeder Gesellschaft hat jede Gruppe eine Kultur, also eine bestimmte Art und eine Reihe von Normen, wie Dinge getan werden sollten (Walter 2010). Hier werden Analogien zur Personenzentrierten Systemtheorie von Kriz (2017) erkennbar. Dabei besteht kulturelle Vielfalt nicht nur aus unterschiedlichen Vorgehensweisen oder Normen, sondern auch aus unterschiedlichen Werten, die von Individuen oder Gruppen vertreten werden (Hofstede u. Hofstede 2009). „Ein Wert ist eine allgemeine Tendenz, bestimmte Zustände gegenüber anderen zu bevorzugen“ (Hofstede 2001, S. 5). Dabei geht es um Dinge wie zum Beispiel „böse versus gut“, „schmutzig versus sauber“ oder „abnormal versus normal“ (ebd.). Auch in Bezug auf die Trauer gelten allgemeine Normen. Das hat Doka (2002) mit seinem Konzept „disenfranchised grief“ eindrücklich gezeigt. So gilt es beispielsweise als angemessen, um ein verstorbene Kind zu trauern. Wenig Anerkennung erfahren jedoch Frauen, die willentlich einen Schwangerschaftsabbruch haben vornehmen lassen und dann trauern. Jeder Mensch ist Teil einer Kultur bzw. mehrerer Kulturen und verhält sich gemäß dieser und wirkt über sein Verhalten wiederum darauf ein. Stimmen die Normen, Werte, Gebräuche einer Gruppe mit den individuellen, familiären Bedürfnissen Trauernder überein, wird das als positiv empfunden. Andersherum kann es zu Belastungen kommen, wenn diese Übereinstimmung nicht vorliegt.

Da der große Einfluss der Kultur/en auf Trauerprozesse vielfach wenig Beachtung findet, aber von Trauernden erlebt wird, schlagen wir vor, Kultur als allumfassenden Aspekt mit in die Grafik des DPM einzubinden. Auch hier ist die Wechselwirkung durch eine gestrichelte Linie gekennzeichnet. Denn Individuelles und gesellschaftliches Handeln sind miteinander verwoben. Bildlich spricht Thompson (2010) davon, dass sich Gesellschaft und Individuum wie „coffee and cream“ zueinander verhalten, sie werden eins. Im Falle der Verlustverarbeitung stellen die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen nicht einfach nur den Hintergrund dar, vor dem Individuen trauern. Vielmehr bestimmen sie, wie getrauert wird. „What emotions are felt, how they are expressed, and how they are understood are matters of culture“ (Rosenblatt 1997, S. 35), d. h., welche Emotionen gefühlt, wie sie ausgedrückt und verstanden werden, ist eine Frage der Kultur. Die Elemente Individuum, Familie, Pausieren und Oszillieren bleiben in der Erweiterung des DPM-R erhalten.

Grafisch stellt sich das DPM-R mit der Erweiterung wie folgt dar:

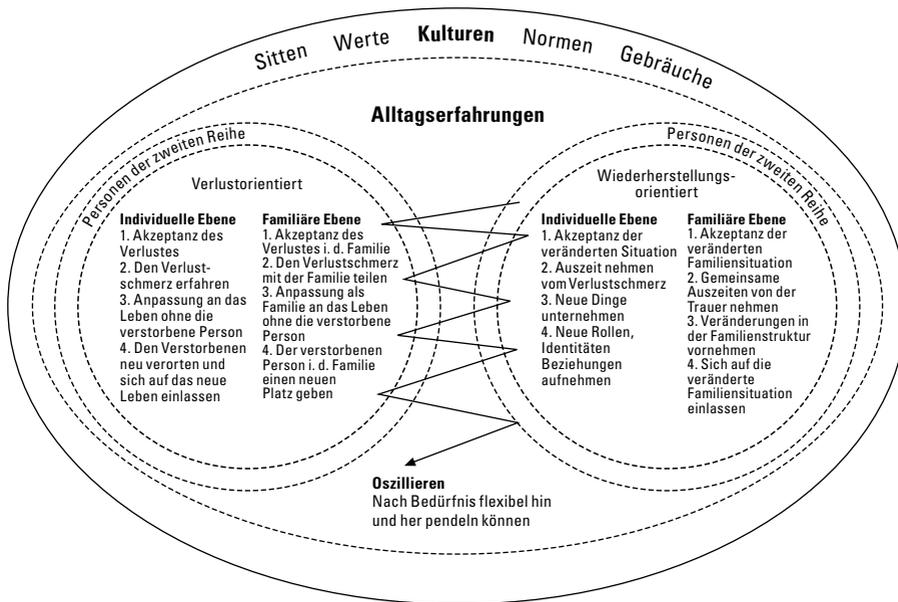


Abb. 3: Schema des DPM-R (adaptiert nach Stroebe u. Schut 2015), erweitert um die vorgeschlagenen Aspekte „Personen der zweiten Reihe“ und „Kultur“.

Im Blick behalten

Verluste können gesundheitliche Probleme mit sich bringen. Darunter etwa Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Depressionen, Substanzmissbrauch (Stroebe, Schut, Stroebe 2007). Das erscheint wenig verwunderlich, bedenkt man, dass Verluste über längere Zeit Stress erzeugen können. Aktuell erhalten insbesondere Probleme wie chronische Trauer/anhaltende Trauer durch die Diagnosen Prolonged Grief Disorder (PGD) nach ICD-11 und Prolonged Grief Disorder nach DSM-V-TR viel Aufmerksamkeit. Mit Blick auf das DPM lassen sich Rückschlüsse auf die gesundheitlichen Probleme ziehen.

1. Erleben Betroffene ein Zuviel an Stressoren auf der verlustbezogenen oder auf der wiederherstellungsbezogenen Seite, kann es zu einem sogenannten „Overload“ kommen (Stroebe u. Schut 2016). Ein Zuviel kann z. B. das Erleben von mehreren Todesfällen innerhalb kürzerer Zeit sein oder es stellen sich zu viele Aufgaben auf einmal (Streit um das Erbe, Einstieg in

das Berufsleben, alleinerziehend). Betroffene können dadurch eine enorme Überforderung erfahren, die zu gesundheitlichen Problemen führen kann.

2. Findet keine Auseinandersetzung mit dem Verlust statt oder fehlt die Anpassung an die neue Lebenssituation, findet also keine Oszillation zwischen den Stressoren statt, kann auch dies zu gesundheitlichen Problemen führen.
3. Nehmen Betroffene zu wenig Pausen von der Trauer, erhöht dies ihr Stressniveau, was zu gesundheitlichen Problemen beitragen kann. Für die Arbeit mit Trauernden sind in dem Zusammenhang z. B. Hinweise auf und das Erlernen von Entspannungsverfahren sinnvoll.
4. Menschen haben unterschiedliche Bindungsstile (z. B. eher sicherer Bindungsstil, eher unsicherere Bindungsstile). Dies hat Einfluss darauf, wie die Anpassung an den Verlust gelingt. So führen ein eher abhängig-anklammernder, ein eher unsicher-vermeidender, ein eher desorganisierter Bindungsstil zu Problemen, weil die Oszillation zwischen Verlustorientierung und Wiederherstellungsorientierung gestört ist (Stroebe, Schut, Boerner 2010).
5. Der Trauerprozess kann innerhalb von Familien unterschiedlich verlaufen. Eher selten gehen Wünsche und Bedürfnisse aller Familienmitglieder miteinander konform, was zu Streitigkeiten führen kann. Mit Blick auf das DPM lassen sich die verschiedenen Umgangsformen mit einem Verlust erklären. Beispielsweise tendieren Männer dazu, sich eher mit den Anforderungen des neuen Lebens auseinanderzusetzen, während Frauen sich deutlich mehr mit dem Verlust beschäftigen. Das DPM kann entsprechend auch zu größerem Verständnis innerhalb von Familien beitragen.
6. Betroffene erleben in der Auseinandersetzung mit dem Verlust sowohl positive (z. B. weil sie stolz sind, alleine auf eine Geburtstagsfeier gegangen zu sein) wie auch negative (z. B. die Regelung des Nachlasses führt zu Streitigkeiten) Momente und Gefühle. Mit allen Gefühlslagen müssen Betroffene lernen umzugehen. Fehlt es ihnen an Strategien, kann dies die Anpassung an die Verlustsituation hemmen.
7. Das nähere und erweiterte soziale Umfeld hat erheblichen Einfluss auf Betroffene. Wird der Verlust bzw. die Trauerreaktionen abgewertet, erhalten Betroffene irreführende Informationen oder werden unsachgemäße Interventionen durchgeführt, kann auch dies die gesundheitliche Situation Hinterbliebener beeinträchtigen.

8. Wie Menschen auf den Tod eines Menschen in ihrem Umfeld reagieren, ist kulturell geprägt. Dies kann z. B. für Hinterbliebene, die verschiedene Kulturen in sich vereinen, zu Problemen führen, wenn sich die kulturellen Anforderungen widersprechen (z.B. Die Verbindung zur verstorbenen Person kann gehalten vs. Die Verbindung muss abgebrochen werden). Ein kultursensibler Zugang zu Trauerprozessen ist somit unverzichtbar.

Fiore (2021) bestätigt in ihrem systematischen Review, dass das DPM die Erfahrungen Trauernder akkurat abbildet und Interventionen, die sich am DPM orientierten, größere Effekte zeigen als therapeutische Ansätze, die nicht auf den Annahmen des DPM beruhen. Auch während der Corona-Pandemie diente das DPM als Analyserahmen der zahlreichen pandemiebezogenen Stressoren und erweiterte die Aussagekraft des DPMs (Torrens-Burton et al. 2022). Dennoch sind zukünftig auch bezüglich dieses Modells noch zahlreiche Fragen zu klären (z. B. wie der Prozess des Oszillierens am besten unterstützt werden kann). Speziell auf die Arbeit von Systemiker*innen bezogen wird die Frage zu beantworten sein, welche Auswirkungen die hier vorgeschlagenen Modelle, DPM-R bzw. dessen Erweiterung, auf ihre Arbeit haben. Zusammenfassend lässt sich jedoch sagen, dass es für die Arbeit mit Betroffenen zentral ist, Interventionen entlang wissenschaftlich gut erforschter Modelle zu gestalten und neben den individuellen Aspekten auch soziale und kulturelle Aspekte im Blick zu haben, um so den komplexen Situationen Trauernder gerechter zu werden und Betroffene wirkungsvoller unterstützen zu können.

Literatur

- Ablon J (1971) Bereavement in a Samoan community. *Brit J Med Psychol* 44(4):329-337
- Albuquerque S, Pereira M, Narciso I (2016) Couple's relationship after the death of a child: A systematic review. *J Child Fam Stud* 25(1):30-53
- Aoun SM, Breen LJ, Rumbold B, Christian KM, Same A, Abel J (2019) Matching response to need: What makes social networks fit for providing bereavement support? *PLoS One*, 14(3):e0213367, doi: 10.1371/journal.pone.0213367
- Bennett KM, Morselli D, Spahni S, Perrig-Chiello P (2020) Trajectories of resilience among widows: a latent transition model. *Aging Ment Health* 24(12):2014-2021
- Bowlby J (1980) *Attachment and Loss, Volume 3: Loss – Sadness and Depression*. The Tavistock Institute of Human Relations, London
- Bowlby J (2006) *Bindung und Verlust. Band 3: Verlust. Trauer und Depression*. Ernst Reinhardt Verlag, München
- Campbell S, Silverman P (1996). *Widower: When men are left alone*. Baywood Publishing Company, New York
- Doka KJ (2002) *Disenfranchised Grief, New Directions, Challenges, and Strategies for Practice*. Research Press, Champaign

- Dyregrov K, Dyregrov A (2008) *Effective grief and bereavement support: The role of family, friends, colleagues, schools, and support professionals*. Jessica Kingsley Publishers, London
- Fiore J (2021) A Systematic Review of the Dual Process Model of Coping With Bereavement (1999–2016). *Omega – J Death Dying* 84(2):414-458
- Freud S (1946) *Trauer und Melancholie*. In: Freud S: *Gesammelte Werke, Band X*. Imago Publishing Co, London
- Gibson J, Gallagher M, Jenkins M (2010) The experiences of parents readjusting to the workplace following the death of a child by suicide. *Death Stud* 34(6):500-528
- Gilbert K. (1996) We've had the same loss, why don't we have the same grief? *Loss and differential grief in families*. *Death Stud* 20(3):269-283
- Hofstede G (2001) *Culture's Consequences. Comparing Values, Behaviours, Institutions, and Organizations across Nations*. Sage, Thousand Oaks
- Hofstede G, Hofstede GJ (2009) *Lokales Denken. Globales Handeln. Interkulturelle Zusammenarbeit und globales Management*. 4. Auflage, Beck, München
- Jankauskaite G, O'Brien KM, Yang N (2021) Assessing Knowledge and Predicting Grief Counseling Skills Among University Counseling Center Therapists. *The Counseling Psychologist* 49(3):458-484
- Kissane D, Bloch S (2003) *Family Focused Grief Therapy*. 2. Auflage, Open University Press, New York
- Kriz J (2017) *Subjekt und Lebenswelt: Personzentrierte Systemtheorie für Psychotherapie, Beratung und Coaching*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Laperle P, Achille M, Ummel D (2021) The relational landscape of bereavement after anticipated death: An interpretive model. *Death Stud*, doi: 10.1080/07481187.2021.1975177
- Lazarus R, Folkman S (1984): *Stress, appraisal and coping*. Springer, New York
- Logan EL, Thornton JA, Kane RT, Breen LJ (2018) Social support following bereavement: The role of beliefs, expectations, and support intentions. *Death Stud* 42(8):471-482
- Lytje M (2018) Voices that want to be heard: Using bereaved Danish students suggestions to update school bereavement response plans. *Death Stud* 42(4):254-267
- Manns ML, Little SB (2011). Grief and compassion in the workplace, *Journal of Behavioral Studies in Business*, online: https://www.researchgate.net/publication/325126821_Grief_and_compassion_in_the_workplace
- Masterson MP, Schuler TA, Kissane DW (2013). Family focused grief therapy: a versatile intervention in palliative care and bereavement. *Bereavement Care* 32(3):117-123
- Morrigan B, Keesing S, Breen LJ (2022) Exploring the Social Networks of Bereaved Spouses: Phenomenological Case Studies. *Omega – J Death Dying* 85(2):268-284
- Nice LA, Jenks DB, Saunders CA, Quintero LC (2021) Regret and Repair: Experiences of Adult Children and Parents When a Father Remarries Soon After the Death of a Spouse. *Omega – J Death Dying*, doi: 10.1177/00302228211036315
- Noppe Cupit I, Servaty-Seib HL, Tedrick Parikh, S, Walker AC, Martin R (2016) College and the grieving student: A mixed-methods analysis. *Death Stud* 40(8):494-506

- O'Connor M, Breen LJ (2014) General Practitioners' experiences of bereavement care and their educational support needs: a qualitative study. *BMC Med Educ* 14(59):1-10
- Parkes, CM (2010) Grief: Lessons from the past, visions for the future. *Psychologica Belgica* 50(1&2):7-26
- Rosenblatt PC (1997) Grief in small-scale societies. In: Parkes CM, Laungani P, Young B *Death and Bereavement across Cultures*. Routledge, London
- Rotthaus, W (1989) Die Auswirkungen systemischen Denkens auf das Menschenbild des Therapeuten und seine therapeutische Arbeit. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 38(1):10-16
- Sandler I, Tein JY, Cham H, Wolchik SA, Ayers TS (2016) Long-term effects of the Family Bereavement Program on spousally-bereaved parents: Grief, mental health, alcohol problems and coping efficacy. *Dev Psychopathol* 28(3):801-818
- Sandler IN, Wolchik SA, Ayers TS, Tein JY, Coxe S, Chow W (2008) Linking theory and intervention to promote resilience in parentally bereaved children. In: Stroebe M, Hansson RO, Schut H, Stroebe W (Hrsg) *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention*. American Psychological Association: Washington
- Sandler IN, Wolchik SA, Ayers TS, Tein JY, Luecken L (2013) Family Bereavement Program (FBP) approach to promoting resilience following the death of a parent. *Fam Sci* 4(1): 1-14
- Stroebe M, Finkenauer C, Wijngaards-de Meij L, Schut H, van den Bout J, Stroebe W (2013) Partner-oriented self-regulation among bereaved parents: the costs of holding in grief for the partner's sake. *Psychol Sci* 24(4):395-402
- Stroebe M, Schut H (1999) The Dual Process Modell of Coping with Bereavement. *Rationale and Description*. *Death Stud* 23(3):197-224
- Stroebe M, Schut H (2010) The Dual Process Modell of Coping with Bereavement. *A Decade On*. *Omega – J Death Dying* 61(4):273-289
- Stroebe M, Schut H (2015) Family Matters in Bereavement: Toward an Integrative Intra-Interpersonal Coping Model. *Perspect Psychol Sci* 10(6):873-879
- Stroebe M, Schut H (2016) Overload: A Missing Link in the Dual Process Model? *Omega – J Death Dying* 74(1):96-109
- Stroebe M, Schut H, Boerner K (2010) Continuing Bonds in Adaption to Bereavement: Towards Theoretical Integration. *Clin Psychol Rev* 30(2):259-268
- Stroebe M, Schut H, Boerner K (2017) Cautioning Health-Care Professionals. *Omega – J Death Dying* 74(4):455-473
- Stroebe M, Schut H, Stroebe W (2007) Health outcomes of bereavement. *Lancet* 370 (9603):1960-1973
- Thompson N (2010) *Theorizing social work practice*. Palgrave Macmillan, Basingstoke
- Torrens-Burton A, Goss S, Sutton E, Barawi K, Longo M, Seddon K, Carduff E, Farnell DJJ, Nelson A, Byrne A, Phillips R, Selman LE, Harrop E (2022) „It was brutal. It still is“: a qualitative analysis of the challenges of bereavement during the COVID-19 pandemic reported in two national surveys. *Palliat Care Soc Pract*, doi:10.1177/26323524221092456

- Walter, T (2010) Grief and culture: a checklist. *Bereavement Care* 29(2):5-9
- Wilson DM, Punjani S, Song Q, Low G (2021) A Study to Understand the Impact of Bereavement Grief on the Workplace. *Omega – J Death Dying* 83(2):187-197
- Wittkowski J (2010) Trauer – psychologisch. In: Wittwer H, Schäfer D, Frewer A (Hrsg) *Sterben und Tod. Ein interdisziplinäres Handbuch*. Verlag J. B. Metzler, Stuttgart, Weimar
- Worden JW (1991) *Grief Counselling and Grief Therapy*. 2. Auflage, Routledge, London, New York
- Worden JW (2011) *Beratung und Therapie in Trauerfällen*. 4. überarbeitete und erweiterte Auflage, Verlag Hans Huber, Bern [u. a.]
- Znoj H (2004): *Komplizierte Trauer*. Hogrefe, Göttingen [u. a.]

Heidi Müller

E-Mail: heidi.mueller@trauerforschung.de

Susanne Kiepke-Ziemes

E-Mail: s.kiepkeziemes@me.com

Urs Münch

E-Mail: u.muench@drk-kliniken-berlin.de



Foto: Pixxel2013/Fixabay