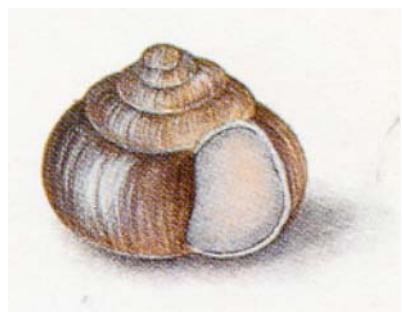


**Die Trauer
von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen
um den verstorbenen Vater**



Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophie an der Ludwig-Maximilians-Universität
München

Fakultät für Psychologie und Pädagogik
Institut für Pädagogik

Sabine Weiß

2006

1. Gutachterin:

Prof. Dr. Sabine Walper

2. Gutachterin:

Prof. Dr. Dr. Elisabeth Zwick

Disputation am:

30. Januar 2006

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschreibt die Trauer von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen um den verstorbenen Vater. Dazu wird eine repräsentative nichtklinische Stichprobe aus 90 Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 10 bis 25 Jahren, deren Vater in den letzten Monaten und Jahren gestorben ist, zusammengestellt und mittels eines Fragebogens untersucht.

Trauerreaktionen wie Kummer, Schuld, Verdrängung, fehlende Akzeptanz des Verlusts und Depression sind insgesamt betrachtet nicht so stark ausgeprägt. Es ist das Aufrechterhalten einer inneren Bindung an den Vater zu beobachten, die eine hilfreiche Unterstützung im Trauerprozess darzustellen scheint. Im zeitlichen Verlauf des Trauerprozesses nehmen Kummer, Schuldgefühle, fehlende Akzeptanz des Verlusts und Depression mit fortschreitender Zeit zwar ab, jedoch geschieht dies langsamer als erwartet. Das innere Vaterbild bleibt über die Jahre nahezu unverändert erhalten. Das Alter ist kaum von Bedeutung. Alle Altersstufen weisen annähernd gleiche Trauerreaktionen auf, nur die Intensität der Depression steigt ab dem 14. Lebensjahr an. Die Beziehung zur Mutter als verbliebenen Elternteil kann als eine wichtige Einflussgröße identifiziert werden, wobei besonders negative Beziehungsaspekte wie Unsicherheit in der Bindung und Angst, auch noch die Mutter zu verlieren, die Trauer intensivieren und verkomplizieren. Die Kontrollüberzeugungen als intrapersonaler Faktor wirken sich auf die Trauer aus, besonders Externalität kann als ein Risikofaktor bezeichnet werden, der die Trauer ebenfalls intensiviert. Die Todesursache des Vaters ist nur von geringer Bedeutung. Die Fassungslosigkeit bei einem unnatürlichen Tod durch Unfall oder Suizid manifestiert sich in Schwierigkeiten, den Verlust des Vaters zu akzeptieren. Starb der Vater einen erwarteten, absehbaren Tod, ist die Depression ausgeprägter. Geschlechtsunterschiede zeigen sich vor allem in intensiveren Kummerempfindungen und vermehrten Schwierigkeiten bei der Akzeptanz des Verlusts sowie in internalisierenden Symptomen wie Depression und Angst bei Mädchen und jungen Frauen. Jungen und junge Männer identifizieren sich nicht stärker mit dem verstorbenen Vater als gleichgeschlechtlichen Elternteil. Die Befunde werden in die bestehende Forschungslage eingeordnet und diskutiert. Dabei fließen auch die Konzepte von Coping, Vulnerabilität und Resilienz in Verbindung mit den Schutz- und Risikofaktoren ein. Ansätze und Möglichkeiten der Intervention, basierend vor allem auf den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung, werden erarbeitet.

Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich bei den Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bedanken, die sich zu einer Teilnahme an der Befragung bereit erklärt haben. Ohne ihren Mut und ihre Offenheit, über ihre Trauer Auskunft zu geben, hätte diese Arbeit nicht entstehen können.

Ohne die Unterstützung vieler Einrichtungen und Gruppen wäre diese Befragung nicht möglich gewesen: die Nicolaidis-Stiftung in München, besonders Frau Reb und Frau Ebert, Frau Pfarrerin Methfessel von der Trauergruppe in Hattingen, Frau Gattinger-Kurth von Domino e.V., dem Trauernetzwerk Alles-ist-anders.de, besonders Frau Decker, Frau Weber aus Neuenstadt sowie den einzelnen Ortsverbänden von verwitwet.de: Frau Willenbücher aus dem Badischen Raum, Frau Weiß aus Bad Hersfeld, Herr Ehlich aus Berlin, Frau Depenbrock aus Dortmund, Frau Fink aus Frankfurt, Frau Weigert aus Freising, Frau Pleck von der SHG Heide, Frau Jung aus Marburg und Frau Scheil aus dem Kreis Wesel.

Mein besonderer Dank gilt Frau Prof. Walper, die diese Arbeit betreut und begleitet hat.
Vielen Dank für die wertvollen Anregungen!

Danke an alle, die dieses Forschungsvorhaben unterstützt haben, vor allem Jutta, Martina, Claudi und Jens für die konstruktive Kritik und die neuen Impulse zu kritischer Reflexion.

... und Danke an meinen Bruder Thomas und meine Eltern, die diese Arbeit haben entstehen und wachsen sehen und mich dabei begleitet und immer wieder aufgebaut haben.

Vielen Dank!

München, im September 2005

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	8
1.1 Der Umgang mit Tod und Trauer in der Gesellschaft	8
1.2 Überblick über Inhalt und Aufbau	14
2. Trauer und Verlust in der Forschung	17
2.1 Begriffsbestimmung und Einführung in das Forschungsgebiet	17
2.2 Theorien zu Trauer und Verlust	20
2.2.1 Trauer und Verlust in der Psychoanalyse	20
2.2.2 Die Bindungstheorie und weitere Theorien	22
2.2.3 Trauer und Verlust in der Stressforschung	23
3. Trauer und Verlust im Kindes- und Jugendalter	26
3.1 Der Umgang mit personalen Verlusten	26
3.2 Vulnerabilität und Resilienz in der Entwicklung	28
3.3 Die Entwicklung des Todeskonzepts	31
3.4 Haben Kinder die Fähigkeit zu trauern?	35
4. Die Bedeutung des Vaters	38
4.1 Der gegenwärtige Stand der Forschung	38
4.2 Die Bedeutung des Vaters für die Entwicklung	40
4.2.1 Die Auswirkungen auf die kognitive Entwicklung und das Sozialverhalten	40
4.2.2 Die Bedeutung für Geschlechtsrolle und Selbstkonzept	44
5. Aufbau und Problematik von Studien zu Trauer und Verlust	47
5.1 Studien zu Trauer nach dem Verlust eines Elternteils	47
5.2 Die Erfassung von Langzeitfolgen frühkindlichen Elternverlusts	50
6. Der Trauerprozess bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen	53
6.1 Modellvorstellungen von Trauer und Verlust	53
6.1.1 Der Trauerprozess und die Anwendbarkeit von Modellen	53
6.1.2 Das allgemeine Modell von Trauer und Verlust	55

6.1.3 Das Modell von John Bowlby	57
6.1.4 Das Modell von Verena Kast	58
6.2 Trauerreaktionen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen	59
6.3 Depression als Trauerreaktion	68
6.4 Unterschiede zu der Trauer Erwachsener	71
6.5 Pathologische Trauer	75
7. Die Bedeutung von Einflussfaktoren auf die Trauer	81
7.1 Der verbliebene Elternteil	81
7.2 Geschlecht	84
7.3 Die Todesursache	85
7.3.1 Der Einfluss der Todesursache auf den Trauerprozess	85
7.3.2 Der Suizid eines Elternteils	87
7.4 Die Persönlichkeit am Beispiel der Kontrollüberzeugungen	89
7.5 Weitere Einflussfaktoren	92
8. Fragestellung	96
8.1 Hypothesen zu der seit dem Verlust vergangenen Zeit	97
8.2 Hypothesen zum Alter	99
8.3 Hypothesen zu weiteren Einflussfaktoren	101
9. Methode	109
9.1 Stichprobe	110
9.1.1 Allgemeine Beschreibung	110
9.1.2 Trauerspezifische Merkmale der Stichprobe	114
9.1.3 Beschreibung der einzelnen Untergruppen	117
9.2 Messinstrumente	122
9.2.1 Skalen zu den Traueraспектen	123
9.2.2 Skalen zu weiteren Merkmalen der Trauer	125
9.2.3 Skalen zu den Einflussfaktoren	128
9.3 Durchführung	131
9.4 Auswertung	133

10. Ergebnisse	136
10.1 Ausprägung und Zusammenhang der Trauerreaktionen	136
10.2 Der zeitliche Verlauf des Trauerprozesses	146
10.3 Die Bedeutung des Alters für den Trauerprozess	153
10.3.1 Auswirkung des Alters auf den Trauerprozess	153
10.3.2 Interaktion des Alters mit der vergangenen Zeit	160
10.4 Die Bedeutung der Beziehung zur Mutter	164
10.5 Die Bedeutung der Kontrollüberzeugungen	174
10.5.1 Der Einfluss auf den Trauerprozess	175
10.5.2 Die Kontrollüberzeugung als Mediator	183
10.6 Der Einfluss der Todesursache auf die Trauer	185
10.7 Geschlechtsunterschiede im Trauerprozess	190
10.7.1 Die Bedeutung des Geschlechts	191
10.7.2 Interaktionseffekte mit anderen Einflussfaktoren	195
11. Diskussion	198
11.1 Die Bedeutung der vergangenen Zeit und des Alters im Trauerprozess	198
11.2 Die Wirkung weiterer Einflussfaktoren auf die Trauer	206
11.3 Bewältigung und Intervention	216
11.4 Einschränkungen und weiterführende Überlegungen	225
12. Ausblick	229
Literaturverzeichnis	234
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	312
Anhang 1	318
Anhang 2: Fragebogen	338

*Gib Worte Deinem Schmerz:
Leid, das nicht spricht,
presst das beladene Herz,
bis dass es bricht.*

(William Shakespeare, Macbeth, 4. Aufzug, 3. Szene)

*Wenn Du Dich getröstet hast, wirst Du froh sein,
mich gekannt zu haben.*

(Antoine de Saint-Exupéry, Der kleine Prinz)

1. Einleitung

1.1 Der Umgang mit Tod und Trauer in der Gesellschaft

Sterben, Tod, Verlust und Trauer sind feste Bestandteile des menschlichen Lebens. Gerade diese Tatsache macht es so verwunderlich, wie in der Gesellschaft damit umgegangen wird. „Der früher so gegenwärtige und derart vertraute Tod verliert sich und verschwindet. Er wird schamhaft ausgesperrt und zum verbotenen Objekt“ (Ariès, 1995, S. 241). Ritscher (1989) beschreibt, dass diese Entwicklung im 17. und 18. Jahrhundert mit der Entstehung der bürgerlichen Kleinfamilie begann. Die damit einhergehende emotionale Wertschätzung von Familienbeziehungen ließ die Verlusterfahrung nach dem Tod eines Familienmitglieds umso schmerzhafter und tiefgreifender werden. Zudem hat der medizinische Fortschritt, insbesondere des 20. Jahrhunderts, dazu geführt, dass der Tod vielfach verhindert oder zumindest hinausgeschoben werden kann. „Der Glaube in die neuesten, medizinischen Erkenntnisse, technologischen Errungenschaften und in ein mehrfach abgesichertes, hochversichertes Leben nährt die Illusion und den Optimismus, nahezu alle Störungen aus der Welt zu schaffen, Krankheiten zu bezwingen und den Tod, wenn schon nicht abschaffen, dann zumindest hinauszögern zu können“ (Franz, 2002, S. 45). Die Medizin gaukelt vor, dass der Mensch eigentlich gar nicht so richtig sterblich ist (Krakauer, 1996). Die Lebenserwartung verlängert sich mit jedem neuen Jahr. Der Tod ist zu einem seltenen Ereignis in der Familie und im sozialen Umfeld geworden.

Tod und Sterben unterliegen in der Gesellschaft einem stark verinnerlichten Tabu. Eine Auseinandersetzung ist kaum möglich, der Tod wird vermieden, verdrängt und verleugnet, er wird im wahrsten Sinne des Wortes *totgeschwiegen* (Gudjons, 1996). Dazu trägt wesentlich bei, dass sich der Einfluss von Religion und Kirche verringert hat (Fischer, 1998, 2001, Schmied, 1988). Die Sinnssysteme der großen Religionen haben an Bedeutung und Verbindlichkeit verloren, es gibt eine Vielzahl verschiedener Weltanschauungen und Glaubensrichtungen. Säkularisierungstendenzen greifen auf die Toten- und Trauerkultur über, deren Palette breiter und unkonventioneller geworden ist. Von kirchlichen Ritualen sind vielerorts nur noch Restbestände zu finden. Die Tendenz zur Verflachung des modernen Totenbrauchtums schreitet besonders im großstädtischen Bereich voran. Die Vorbereitung und Durchführung von Trauerfeier und Bestattung

sind kommerzialisiert und werden nicht von der Familie oder anderen Angehörigen, sondern von darauf spezialisierten Einrichtungen getroffen (Helmers, 1989, Schmied, 1988). Durch die Kommerzialisierung haben sich bestimmte Personen- und Berufsgruppen herausgebildet, die professionell den Umgang und die Abwicklung von Tod und Trauer regeln und es somit allen anderen ermöglichen, sich auch weiterhin nicht näher damit befassen zu müssen. Es hat sich zudem eingebürgert, Verstorbene in aller Stille oder im Familienkreis beizusetzen, so dass die Gegenwart des Todes kaum mehr wahrgenommen wird (Neysters & Schmitt, 2004).

Findet eine Konfrontation mit dem Tod statt, weckt diese Gedanken an die Endlichkeit menschlichen Lebens und die eigene Sterblichkeit. Ringel (1989) und Mischke (1996) weisen darauf hin, dass die Tabuisierung nicht nur aus Angst vor dem Tod selbst erfolgt, sondern vor allem aus Angst vor dem Sterben – vor einem langen und qualvollen Sterben, einem Sterben alleine oder in Abhängigkeit von anderen. Idealisiert wird ein schneller und leidloser Tod, dem kein langer Krankheits- und Sterbeprozess vorangeht. Dies ist nachzuvollziehen, hat sich doch mit der gesellschaftlichen und medizinischen Entwicklung das Spektrum der Todesursachen in den Industrienationen gewandelt. Bis vor nicht allzu langer Zeit waren Infektionskrankheiten die häufigste Ursache. Diese konnten durch die moderne Medizin weitgehend ausgerottet oder zumindest eingedämmt werden. Mittlerweile dominieren chronische und degenerative Erkrankungen, die auf schädigende Lebensgewohnheiten zurückzuführen sind¹. Die Lebenserwartung nimmt aber stetig zu. Der Krankheitsprozess zieht sich bis zum eigentlichen Sterben oft über Jahre hin (Ochsmann, 1991).

Im Gegenzug zu der beschriebenen Tabuisierung ist eine wachsende Überflutung mit Katastrophen, Unglücksfällen und Todereignissen in den Medien zu beobachten. Dies trifft sowohl für die reale Berichterstattung von Ereignissen als auch für die fiktive Darstellung von Tod und Sterben zu (Scheuring, 2001, Seale, 1998, Wass, 2003). Die Medien prägen das Bild des Todes in vielerlei Hinsicht. Dies hat zur Folge, dass Vorstellungen von Tod und Sterben oft aus zweiter Hand stammen und den Konsumenten schon vorgedeutet vorgesetzt werden. Zudem wird häufig das Bild

¹ Siehe dazu auch die Statistiken des Statistischen Bundesamtes Deutschland (2004a, 2004b) über die häufigsten Todesursachen 2002 und 2003 im Anhang 1 (Abbildungen 1-1 und 1-2) auf Seite 318 und 319.

vermittelt, der Tod würde immer nur die anderen treffen, ein gefährlicher Trugschluss besonders für Kinder und Jugendliche. Da im Leben des Menschen die realen Todeserfahrungen fehlen, haben die Medien dennoch eine wichtige Funktion, da sie die Realität des Todes nicht vergessen lassen. Entgegen der Kritik an der medialen Berichterstattung beschreibt Hurth (2005) den medial vermittelten Tod als eine Art Ventil, indem das Medium zum Katalysator unbewältigter Trauer in der Gesellschaft wird.

Die Angst vor der Konfrontation mit der eigenen Sterblichkeit erschwert den Umgang mit Kranken und Sterbenden. Schmerz und Leid gefährden die Verdrängung des Todes. Als Folge wurden Tod und Sterben aus dem Alltag isoliert und in Institutionen ausgelagert (Benoliel, 1979, Feldmann, 1989, McBride & Simms, 2001, Morgan, 2003). Die Familie hat die Betreuung und Begleitung Sterbender weiterdelegiert an Einrichtungen wie Krankenhäuser und Pflegeheime, die sich auf die Versorgung und Pflege kranker und sterbender Menschen spezialisiert haben. Die Lebensumstände vor allem in der Großstadt machen es kaum mehr möglich, zu Hause zu sterben. Neben einer Verringerung des zur Verfügung stehenden Wohnraums hat sich die Zahl der Familienmitglieder verringert, die für Pflege und Betreuung von Angehörigen zur Verfügung stehen. Dazu kommen die steigende außerhäusliche Erwerbstätigkeitsquote von Frauen sowie gestiegene Ansprüche hinsichtlich Freizeit und Konsum. So ist das Krankenhaus zum wichtigsten Ort des Sterbens geworden. Fast 80% der Bevölkerung sterben in einem Krankenhaus oder einem Pflegeheim, so dass das Krankenhaus vielfach als ein „normaler Übergangsort“ zum Tod betrachtet wird (Helmers, 1989, S. 35). Dennoch lässt sich die Natürlichkeit des Todes in die meisten dieser Institutionen nur sehr schwer integrieren. Für psychische Belange bleibt neben den medizinischen meist keine Zeit. Das Personal unterwirft sich Strategien der Tabuisierung und radikalen Abgrenzung, indem die Schwere der Erkrankung dem Patienten in vielen Fällen verschwiegen wird und dieser nur eine medizinische Versorgung, nicht aber eine psychische Begleitung erhält. Der Tod wird als Folge oft nur noch medizinisch und bürokratisch verwaltet, der Funktionalität wird mehr Bedeutung zugemessen als der Selbstbestimmung des Einzelnen. Entfremdung und Dehumanisierung können so weit gehen, dass wiederholt die Frage nach der Würde des Menschen, genauer nach dem würdigen Sterben, gestellt wird.

Erst in den letzten Jahren zeigen sich Entwicklungen, die auf ein langsames Aufbrechen des Todestabus hindeuten. Fortbildungen, Diskussionsforen und Tagungen, sowohl mit konfessionellem als auch mit gesellschaftspolitischem und kulturellem Hintergrund, greifen Themen wie Tod, Sterben und Trauer offen auf (siehe zum Beispiel die Veröffentlichung des Sekretariats der Deutschen Bischofskonferenz, 2005). Die im angloamerikanischen Raum fest etablierte Hospizbewegung hat in den letzten 20 Jahren zunehmend auch in Deutschland Fuß gefasst und bietet eine alternative Anlaufstelle zu Krankenhaus und Pflegeheim. Sie knüpft an alte Traditionen menschenwürdigen Lebens und Sterbens an. Todkranke Menschen sollen hier in Würde sterben können. Sie erhalten psychische, soziale und spirituelle Begleitung und ihre Angehörigen werden bewusst in die Betreuung der Sterbenden mit einbezogen. Mischke (1996) verdeutlicht in diesem Zusammenhang, dass der Tod in der Gesellschaft erst dann thematisiert wurde, als die Art des Sterbens fragwürdig wurde. Zunehmend wird ein angemessener, menschlicher und ganzheitlicher Umgang mit Sterbenden gefordert. In den letzten Jahren sind hitzige Diskussionen um eine Reihe von ethischen Fragen aufgekommen, zum Beispiel der Streit um Sterbehilfe oder lebensverlängernde Maßnahmen, die auch jüngst wieder neu entflammt sind (siehe Graupner, 2005, Kreye, 2005).

Die Haltung zu Tod und Sterben wirkt sich auf den Umgang mit der Trauer aus. Verluste werden nicht als Teil des Lebens angesehen, der Umgang damit wird nicht gelernt. Trauernde werden, fast wie Sterbende, oftmals isoliert und gemieden, da kollektive Strategien fehlen, die es ermöglichen würden, auf Trauernde zuzugehen und ihnen zur Seite zu stehen (Canakakis, 1987, Kast, 1995, Winkel, 2002). Offenkundige Äußerungen von Trauer werden als unangenehm empfunden oder sind sogar verpönt und werden als Charakterschwäche ausgelegt. Dies ist eine eher neue gesellschaftliche Entwicklung, denn bis ins 20. Jahrhundert hinein war die öffentliche Totenklage weit verbreitet. Mittlerweile verunsichert ein Trauernder² seine Mitmenschen jedoch, er passt weder ins Berufsleben noch in das fröhliche gesellschaftliche Zusammensein. Gefühlsausbrüche sind unerwünscht und sollen im Privaten stattfinden, möglichst wenig davon soll an die Öffentlichkeit dringen. „Es gilt heute als Zeichen der Stärke, nach einem Todesfall möglichst schnell wieder zur Tagesordnung überzugehen. Es gilt als

² An dieser Stelle und im Folgenden wird aus Gründen der Einfachheit oft nur die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind auch alle weiblichen Trauernden gemeint. Dies gilt auch für andere Bezeichnungen in der vorliegenden Arbeit, zum Beispiel für den Begriff *Teilnehmer* und für viele weitere Personen- und Berufsgruppen.

Zeichen der Stärke, sich gut zu fühlen, sich ‚gut zu verkaufen‘. In einer Welt, in der Eigenlob und Angeber Beifall finden, in der Zurückhaltung und Selbstzweifel nichts zählen, zählt auch die Trauer nichts. Gefühle der Trauer gelten als Zeichen der Schwäche, denn sie offenbaren die Verwundbarkeit des Menschen“ (Scheuring, 2001, S. 16). Es gilt als großes Zugeständnis, jemandem nach dem Tod eines nahestehenden Menschen eine, wenn auch kurze, Zeit der Trauer zuzubilligen. Ist die Trauer aber zu intensiv und hält sie zu lange an, ist sie schnell unerwünscht und der Trauernde wird zur Belastung. Dies ist eigentlich paradox, denn die Psychologie beschreibt die Wichtigkeit und Notwendigkeit der Trauer – und dennoch wird sie nicht gewährt. „Das neuzeitliche Trauerverhalten lässt sich zusammenfassend durch folgende Merkmale charakterisieren: eine Trauerzeit ist nicht mehr festgelegt, öffentliche Trauersignale wie z.B. die Trauerkleidung haben keine Bedeutung mehr, die Trauer findet isoliert, heimlich, in Zurückgezogenheit statt und wird nicht mehr von der Gemeinschaft (mit)getragen ...“ (Stubbe, 1985, S. 208).

Dieser Umgang mit Trauer und Trauernden ist umso verstörender, wenn man sich vergegenwärtigt, dass zwar der Verlust eines nahestehenden Menschen in der Familie und im Umfeld nicht so häufig geschieht, dennoch aber Menschen jeden Alters betroffen sind. Darunter sind auch Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene³. „Children are often called the forgotten grievers, the ignored, the overlooked, the silent grievers. The youngest are many times the unseen, the unknown, and invisible grievers. They are the seldom seen and often unacknowledged grievers“ (Griffith, 2003, S. 217). Trauernde Kinder und Jugendliche fallen oft nicht auf, da sie sich in ihrer Trauer still verhalten oder ihre Reaktionen auf einen Verlust nicht als solche erkannt werden. Und dennoch gibt es sie, die Kinder und Jugendlichen, die mit dem Verlust eines nahestehenden Menschen konfrontiert werden. Das kann ein guter Freund oder ein Verwandter wie ein Großelternteil sein, aber auch ein Geschwister oder ein Elternteil.

Formal bedeutet der Tod eines Elternteils, dass betroffene Kinder und Jugendliche in einer veränderten Familienkonstellation aufwachsen. Es entstehen Ein-Eltern-Familien, die in Stiefvater- oder Stiefmutterfamilien übergehen können. 2003 gab es in

³ Die vorliegende Arbeit befasst sich mit Trauer bei Kindern und Jugendlichen und bei jungen Erwachsenen. Aus Gründen der Einfachheit wird vielfach nur von Kindern und Jugendlichen gesprochen, dies schließt die jungen Erwachsenen jedoch nicht aus.

Deutschland 3 244 000 Familien, in denen ein Elternteil alleinerziehend war. In 621 000 Ein-Eltern-Familien war ein Elternteil verstorben. Davon betroffen waren insgesamt 813 000 Kinder und Jugendliche, 259 000 davon waren noch minderjährig. Werden diese Zahlen nach Vater- und Mutterverlust differenziert, ergibt sich folgendes Bild: 166 000 Halbwaisen (davon 57 000 unter 18 Jahren) leben bei ihrem verwitweten Vater. 647 000 Kinder und Jugendliche (darunter 202 000 Minderjährige), wachsen nach dem Tod des Vaters bei ihrer Mutter auf (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2004a). Nicht berücksichtigt sind in dieser Statistik diejenigen, die nicht mehr bei ihrem verbleibenden Elternteil wohnen oder die selbst schon eine Familie gegründet haben.

Was die Forschung zur Trauer von Kindern und Jugendlichen betrifft, so war und ist diese Thematik im deutschsprachigen Raum bis jetzt nur selten Gegenstand von Untersuchungen. Aktuell ist eine Zunahme der Trauerliteratur zu beobachten, die sich vor allem der Ratgeberliteratur zuordnen lässt. Doch nur sehr wenige Veröffentlichungen zeigen konkrete Möglichkeiten auf, Kinder und Jugendliche innerhalb der wichtigsten Sozialisationsinstanzen wie der Familie und der Schule in ihrer Trauer zu begleiten und zu unterstützen. Empirische Studien fehlen im deutschen Sprachraum nach wie vor weitgehend. Bestehende Untersuchungen stammen fast ausschließlich aus dem angloamerikanischen Raum, wo die Forschung hinsichtlich Trauer – auch in den jüngeren Altersgruppen – schon seit langem fest etabliert ist. Eine Übertragbarkeit auf deutsche Kinder und Jugendliche ist deshalb nicht vollständig gesichert. Für die vorliegende Arbeit werden die für einen Vergleich herangezogenen empirischen Untersuchungen genau selektiert. Studien, die sich zum Beispiel ausschließlich aus für die Vereinigten Staaten charakteristischen Bevölkerungsgruppen zusammensetzen, werden nicht miteinbezogen. Ebenso werden Stichproben ausgeschlossen, die ausnahmslos die Todesursache AIDS oder Gewaltverbrechen untersuchen, da hier andere, zusätzliche Begleitumstände wirken (siehe zum Beispiel Rotheram-Borus, Weiss, Alber & Lester, 2005). Auch Elternverlust als Folge von Ereignissen mit nationaler oder internationaler Bedeutung wie terroristische Anschläge (zum Beispiel 11. September 2001, Oklahoma 1995) oder Naturkatastrophen (zum Beispiel Hurrikan Mitch) werden nicht verwendet, da solche Ereignisse eine gesonderte Betrachtungsweise auch in Bezug auf Folgen und Umstände erfordern.

1.2 Überblick über Inhalt und Aufbau

Die Ursprünge der vorliegenden Arbeit liegen im Forschungsprojekt *Familien in Entwicklung – Kinder und Jugendliche in Deutschland* an der Ludwig-Maximilians-Universität in München. Dieses Projekt ist Teil eines umfassenden Programms zur Situation von Kindern und Jugendlichen in den neuen und alten Bundesländern. In diesem Rahmen werden unterschiedliche Lebens- und Familienformen erfasst, in denen Kinder und Jugendliche aufwachsen. Dabei sind in allen Forschungswellen immer wieder Kinder und Jugendliche zu finden, die vom Tod eines Elternteils betroffen sind. Es stand aber lange kein geeignetes Instrumentarium zur Verfügung, das es ermöglicht hätte, die Trauer Betroffener zu erfassen. Aus diesem Grund wurde ein Messinstrument entwickelt, das eben dieses ermöglichen sollte. Dieses wurde innerhalb des Projekts getestet und eingesetzt (siehe Prestel, 1996).

Die vorliegende Arbeit führt nun das Thema Elternverlust und Trauer bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen weiter. Das an späterer Stelle ausführlich beschriebene Instrumentarium wird in leicht modifizierter Form übernommen, durch Skalen zu weiteren Traumerkmalen ergänzt und auf eine neue, umfangreiche Stichprobe angewendet. Die Gruppe der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die in der vorliegenden Arbeit zu ihrer Trauer befragt wurde, stammt nicht aus der Stichprobengesamtheit des Projekts *Familien in Entwicklung – Kinder und Jugendliche in Deutschland*, sondern wurde eigens für diese Thematik zusammengestellt. Die Untersuchung wird mittels eines Fragebogens durchgeführt. Es erfolgt eine Konzentration auf den Verlust des Vaters. Das bedeutet, dass nur Betroffene miteinbezogen werden, deren Vater starb. Ziel dieses Forschungsvorhabens ist es, den Trauerprozess von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu beschreiben und charakteristische Merkmale der Trauer aufzuzeigen. Es ist nicht Ziel, unterschiedliche Trauerreaktionen darzustellen, die auf den Verlust verschiedener Bezugspersonen wie Vater, Mutter oder eines Geschwisters folgen. Aus diesem Grund erfolgt die Beschränkung auf den Tod des Vaters.

Im Folgenden wird ein Überblick über den Aufbau und den Inhalt der vorliegenden Arbeit gegeben. Dabei wird kurz auf Abfolge und Inhalt der einzelnen Kapitel eingegangen. Die *Kapitel 2 bis 7* stellen den theoretischen Hintergrund dar. Dazu

werden Theorien und Befunde zum Thema Trauer und Verlust aus allen Forschungsbereichen herangezogen. Die danach folgenden Kapitel beinhalten die Fragestellung, Methodik, Ergebnisse und Diskussion der vorliegenden Untersuchung sowie einen Ausblick.

Kapitel 2 beginnt mit einer Einführung in das Forschungsgebiet um Verlust und Trauer. Verschiedene Definitionen und Bestimmungen der Begriffe Trauer und Verlust werden vorgestellt. Es folgt ein Überblick über die wichtigsten Theorien zu Verlust und Trauer aus unterschiedlichen Forschungsrichtungen.

Kapitel 3 greift das Thema von Trauer und Verlust speziell bei Kindern und Jugendlichen auf. Um die Bedeutung und die Auswirkung von kritischen Lebensereignissen, wie der Tod eines Elternteils eines ist, näher zu beschreiben, werden auch die Konzepte der Vulnerabilität und Resilienz herangezogen. Es folgt eine Darstellung der Entwicklung des kindlichen Todeskonzepts. Zudem wird aus Sicht verschiedener Forschungsperspektiven beleuchtet, ob Kinder und Jugendliche überhaupt die Fähigkeit zur Trauer besitzen.

Kapitel 4 befasst sich mit der Bedeutung des Vaters für die Entwicklung, da in der vorliegenden Arbeit ausnahmslos der Tod des Vaters im Mittelpunkt steht. Einem Überblick über den aktuellen Stand der Forschung folgt eine Darstellung der Ergebnisse von Untersuchungen zur Bedeutung des Vaters für die Bereiche Kognition, Sozialverhalten sowie Geschlechtsrollenentwicklung und Selbstkonzept.

Kapitel 5 diskutiert kritisch den Aufbau von Untersuchungen zu Verlust und Trauer. Es wird auf die wichtigsten Problemstellungen und Schwierigkeiten von Studien zur Erfassung sowohl von Trauerreaktionen und Merkmalen in Folge des Todes eines Elternteils als auch von Langzeitfolgen frühkindlichen Elternverlusts eingegangen.

Kapitel 6 beschreibt eine Beschreibung des Trauerprozesses bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Dieser wird durch die Darstellung ausgewählter Modellvorstellungen zum Verlauf der Trauer verdeutlicht. Die wichtigsten Trauerreaktionen im Kindes- und Jugendalter werden anhand der empirischen Befundlage aufgezeigt. Es wird auch der Frage nachgegangen, inwieweit sich

Unterschiede im Trauerprozess zu Erwachsenen ergeben. Abschließend folgt ein kurzer Überblick über mögliche pathologische Entwicklungen und Formen der Trauer.

Kapitel 7 beschreibt die wichtigsten Einflussfaktoren auf den Trauerprozess. Der Schwerpunkt liegt auf den Einflussgrößen der Mutter als verbliebener Elternteil, der Todesursache und der individuellen Persönlichkeit.

Kapitel 8 beinhaltet die Fragestellung der vorliegenden Arbeit. Die Hypothesen zur Trauer von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach dem Tod des Vaters werden vorgestellt.

Kapitel 9 stellt die Methodik dar, die zur Erhebung der Daten verwendet wurde. Einer Beschreibung der Stichprobe folgt das Instrumentarium zur Erfassung der Trauer. Auch auf die Konstruktion des Fragebogens und auf weitere Messinstrumente wird eingegangen. Die praktische Durchführung der vorliegenden Untersuchung wird dargestellt.

Kapitel 10 umfasst die Ergebnisse. Es werden die Befunde zum Trauerprozess von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Abhängigkeit von der seit dem Verlust vergangenen Zeit, vom Alter und von weiteren Einflussfaktoren wie der Beziehung zur Mutter als verbliebener Elternteil und der Todesursache aufgezeigt.

Kapitel 11 diskutiert die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung mit den Befunden anderer Studien. Aus dem Blickwinkel der dargestellten Ergebnisse wird auf die Bewältigung der Trauer und auf Interventionsmöglichkeiten eingegangen. Weitere mögliche Untersuchungsinhalte und offenen Fragen werden herausgearbeitet.

Kapitel 12 schließt mit einem Ausblick ab. Es wird noch einmal die Wichtigkeit und Notwendigkeit zu vermehrter Forschung im Bereich Trauer und Verlust bei Kindern und Jugendlichen hingewiesen, auch im Hinblick auf die in der Einleitung beschriebene gesellschaftliche Tabuisierung des Todes.

2. Trauer und Verlust in der Forschung

2.1 Begriffsbestimmung und Einführung in das Forschungsgebiet

Trauer leitet sich von dem althochdeutschen Wort *truren* ab und bedeutet *die Augen senken*. Dies beschreibt das Ritual, die Augen im Angesicht des Grabes niederzuschlagen. Für Trauer gibt es viele Definitionen, die jeweils verschiedene Gesichtspunkte miteinbeziehen. Eine umfassende Definition stammt von Haig (1990): „Grief may be defined as the experience and expression of an emotion which is deep and sorrowful and includes affective, cognitive, and behavioral components, which follow a severe loss...“ (S. 3). Klimbingat (2003) sieht in Trauer „die gesunde, natürliche, (oft) schmerzhafte, prozesshafte Reaktion unserer gesamten Persönlichkeit, wenn wir mit Abschied, Trennung oder Mangelsituationen konfrontiert sind, die uns aktuell treffen oder weit zurück in unserer Biographie liegen“ (S. 37). Allen Definitionen ist gemeinsam, dass Trauer als Reaktion auf einen Verlust oder eine Mangelsituation, Abschied oder Defizit folgt. Trauer zeigt, dass jemand oder etwas nicht oder nicht mehr da ist, sie entsteht aus der Diskrepanz, wie die Welt ist und wie sie eigentlich sein sollte (Rynearson, 1990). Trauer ist grundsätzlich nicht negativ zu bewerten, sondern wird als natürliche und gesunde Reaktion angesehen. Trauermimik und Weinen sind universell, sie werden in allen Kulturen erkannt und verstanden (Voigt, 1991). Die Fähigkeit zu trauern ist angeboren, wie viele andere Verhaltensweisen und Fähigkeiten wird sie durch die Interaktion mit anderen Menschen entwickelt, andere Menschen dienen als Modelle. Schon Darwin hatte auf die adaptive Funktion von Trauer hingewiesen, da sie es ermöglicht, Verluste zu verkraften, Abschiede zu bewältigen und mit Defiziten umzugehen (Aleksandrowicz, 1978, Zisook, Shuchter & Schuckit, 1986).

Trauer ist eine Emotion, zugleich aber auch ein Prozess, indem unterschiedliche Systeme ineinander greifen (Hülshoff, 2001, Strasser, 2003)⁴. Systeme im Menschen, wie das psychologische und das physiologische, interagieren miteinander und nach

⁴ Dass Trauer nicht nur ein persönliches Erleben ist, wird besonders deutlich in der im Englischen getroffenen Unterscheidung des Trauerbegriffs in *grief* und *mourning*. Diese Differenzierung entspricht am ehesten den deutschen Begriffen von *Trauergefühl* und *Trauerreaktion*. *Grief/Trauiergefühl* bezeichnet die Trauer, die ein Individuum empfindet, *mourning/Trauerverhalten* die nach außen hin beobachtbare Trauer, die sich in Verhaltensweisen und Ritualen äußert.

außen mit umweltbedingten und sozialen Systemen. Somit ist Trauer ein Prozess, der alle Dimensionen des Menschen umfasst. Trauer lässt sich auf *biologischer Ebene* durch Merkmale wie eine gebückte Körperhaltung oder gesenkter Kopf erkennen. Diese erinnern an im Tierreich anzutreffende Demutsgebärden und haben die Funktion der Schonung durch andere. Sie dienen auch als Selbstschutzmechanismus, der vor dem endgültigen Zusammenbruch bewahren soll und das Individuum dazu veranlasst, sich zurückzuziehen und neue Kräfte zu schöpfen. Trauer zeigt sich auf der *physiologischer Ebene* durch somatische und psychosomatische Symptome, ebenso auf *psychischer Ebene* durch empfundene Gefühle. Zudem betrifft Trauer nicht nur ein einzelnes Individuum, sondern ist in einen sozialen Kontext eingebettet, findet also auf *sozialer Ebene* statt. Trauer ist eine der wichtigsten bindungsstiftenden Emotionen: ihr Ausdruck kann intuitiv verstanden werden und ermöglicht Mitgefühl, Empathie, zwischenmenschlichen Kontakt und Bindung. So lässt sich die Bedeutung von gemeinsamen Trauer- und Bestattungsritualen erklären, durch die Personen, die einen Verlust erlitten haben, ein Gefühl der Zusammengehörigkeit entwickeln. Zuletzt darf nicht vergessen werden, dass Trauer auch immer in eine *historische* und *kulturelle Dimension* eingebettet ist: sie geschieht in einer bestimmten geschichtlichen Epoche und einem Kulturkreis, was sich in einem unterschiedlichen gesellschaftlichen und religiösen Umgang mit dem Tod und mit Sterbe- und Trauerritualen widerspiegelt und auf das Trauerverhalten Einfluss nimmt (Jackson, 1979).

Trauer ist die Reaktionen auf Verlust. Der Tod eines Menschen ist aber nur eines von vielen möglichen Verlusterlebnissen. Der Mensch wird über die gesamte Lebensspanne begleitet von Verlusten, die zum Leben und zur Entwicklung dazugehören. Man spricht von *entwicklungsbedingten* Verlusten, die zum Beispiel die Ablösung von den Eltern in der Adoleszenz, das Beenden von zwischenmenschlichen Beziehungen und den Rückzug aus dem Berufsleben umfassen. Somit sind bestimmte Verluste und die damit verbundene Trauer ein normaler Teil der individuellen Lebensgeschichte (Wendt, 1984, Wilkening, 1997, Wylie, 2001). Von einer Abweichung kann dann gesprochen werden, wenn Verluste auftreten, die nicht mehr als entwicklungsbedingt zu bezeichnen sind. Nicht alle beziehen sich dabei auf Personen. Betrauert werden auch andere Ereignisse wie dauerhafte Beeinträchtigungen der seelischen oder körperlichen Gesundheit, zum Beispiel durch den Verlust eines Körperteils. Das Ende einer Beziehung oder eine Scheidung werden betrauert, ebenso die Geburt eines kranken oder behinderten Kindes.

Auch ideelle Verluste (Macht, Hoffnungen, Ideale) können Trauer hervorrufen (Bojanovski, 1984, Goldbrunner, 1996, Kast, 1994, Pisarski, 1988). Die Trauerreaktionen auf die unterschiedlichen Verlusterlebnisse haben ähnliche Elemente, dennoch bestehen Unterschiede. Diese betreffen vor allem Symptomatik und Intensität. Der Tod eines nahestehenden Menschen wird mit weitgehender Übereinstimmung als das einschneidendste und folgenreichste Verlustereignis betrachtet. Es ist aber auch hier eine Differenzierung erforderlich. Der Tod eines Elternteils im Erwachsenenalter hat zum Beispiel andere Trauerreaktionen zur Folge als der Verlust eines Elternteils während der Kindheit oder Jugend, was den Umfang, die Struktur sowie weitere Auswirkungen betrifft (Iskenius-Emmler, 1988, Nassehi & Weber, 1989).

Das Interesse an Trauer und Verlust als eine mögliche Ursache für psychische und physische Erkrankungen geht zurück bis ins 17. Jahrhundert, als 1621 Robert Burtons *The Anatomy of Melancholy* veröffentlicht wurde⁵. Trauer in pathologischen Formen wurde erstmals 1703 von C. B. Vogher in seiner Dissertation *The Illnesses of Grief* (in moderner Sprache übersetzt als *Pathological Grief Reactions*) beschrieben. Auch Charles Darwin setzte sich mit dem Gegenstand der Trauer auseinander, nachdem er die Beobachtung gemacht hatte, dass viele Tierarten zu schreien anfingen, wenn man sie von denen trennte, an die sie sich gebunden hatten (in *The Expressions of the Emotions in Man and Animals*, 1872). Bis ins 20. Jahrhundert blieb Trauer ein Thema, dass aus der Psychologie vollständig ausgeblendet war und in den Aufgabenbereich anderer Wissenschaften, nämlich der Philosophie und der Theologie, fiel. Trauer als ein psychologischer Untersuchungsgegenstand wurde erstmals 1916 von Sigmund Freud in *Trauer und Melancholie* beschrieben. Durch die Folgen des Ersten Weltkrieges rückte Trauer in den Blickwinkel der Wissenschaft und wurde so zu einem wichtigen Bereich der psychologischen Forschung. Freud stellte die Trauer als Folge eines Verlusts sowohl in ihrem normalen Ablauf als auch ihre pathologische Form, die Melancholie, dar. Seine psychoanalytische Betrachtungsweise blieb lange Zeit nahezu unverändert erhalten. Weitere Veröffentlichungen entstanden in der Folgezeit (Adler, 1930, Anderson, 1949, Barry, 1939, Kardiner, 1941, Klein, 1940)⁶. Besondere Bedeutung erlangte die Untersuchung von Erich Lindemann (*The Symptomatology and*

⁵ Zur Geschichte der Forschung um Trauer und Verlust sei auf Archer (1999), Parkes (2001, 2002) und Small (2001) verwiesen.

⁶ Einen Überblick über empirische Studien zu Trauer und Verlust vor 1950 gibt Birtchnell (1969).

Management of Acute Grief, 1944), Psychoanalytiker in der Tradition Freuds, der die Hinterbliebenen einer Brandkatastrophe befragte und so Aufschluss erhielt über den Verlauf des Trauerprozesses und häufig auftretende Reaktionen. Parallel dazu entwickelte sich ab 1950 ein reges Interesse an dem Thema Trauer und Verlust auch in anderen Forschungsbereichen. Die Stressforschung begann sich mit dem Einfluss von Lebensereignissen auf die psychische und physische Gesundheit zu beschäftigen, John Bowlby (1975) schuf durch der Bindungstheorie einen neuen Zugang zu Trauer und Verlust. Bowlby (1951) war der erste, der in *Maternal Care and Mental Health* darstellte, dass der Verlust eines Elternteils psychische Beeinträchtigungen zur Folge haben kann. Ebenso wurde der Frage nach den Langzeitfolgen von frühkindlichem Elternverlust im Erwachsenenalter nachgegangen (Archibald, Bell, Miller & Tuddenham, 1962, Brill & Liston, 1966, Brown & Epps, 1966, Dennehy, 1966, Gay & Tonge, 1967).

Bis zum heutigen Zeitpunkt gibt es eine Vielzahl von Studien und Veröffentlichungen sowohl zu Trauer als auch zu den längerfristigen Folgen von Verlustereignissen. Diese befassen sich vor allem mit der Trauer von Erwachsenen, meist nach dem Tod des Partners, doch auch Kinder und Jugendliche sind Untersuchungsgegenstand. Der Tod eines Elternteils wird immer wieder thematisiert. Doch stammen fast alle Studien aus dem angloamerikanischen Raum, vor allem aus den Vereinigten Staaten von Amerika. Dort haben besonders die Ereignisse des 11. Septembers 2001 trauernde Kinder wieder in den Blickwinkel von Bevölkerung und Forschung gerückt (Christ, Siegel & Christ, 2002, Davidhizar & Shearer, 2002, Starr, 2002). Im deutschen Sprachraum werden kaum Untersuchungen durchgeführt, Trauer bei Kindern und Jugendlichen ist nach wie vor ein Thema, das in der Forschung, aber auch in der Bevölkerung wenig Aufmerksamkeit auf sich zieht.

2.2 Theorien zu Trauer

2.2.1 Trauer und Verlust in der Psychoanalyse

Seit Sigmund Freuds *Trauer und Melancholie* (1916) ist Trauer ein Gegenstand in der Psychoanalyse. Nach Freud ist Trauer ein normaler Vorgang nach einem

Verlusterlebnis. Sie ist gekennzeichnet durch eine tiefe schmerzliche Verstimmung, eine Aufhebung des Interesses für die Außenwelt, den Verlust der Liebesfähigkeit und die Hemmung jeder Leistung, die nicht mit dem Andenken des Verstorbenen in Zusammenhang steht. Freuds Theorie konzentriert sich auf innerpsychische Prozesse. Den Kern bildet die Trauerarbeit. Ergibt die Realitätsprüfung, dass das geliebte Objekt nicht mehr besteht und unwiederbringlich verloren ist, muss der Trauernde seine Libido von dem verlorenen Objekt abziehen. Dieser als Besetzungsabzug bezeichnete Vorgang geschieht aber nicht auf einmal, sondern nach und nach wird jede Erinnerung und Erwartung, in denen die Libido an das Objekt geknüpft war, durchgearbeitet, überbesetzt und schließlich gelöst. Dieser Prozess ist schmerzlich und schwierig, das Ich lässt ihn nur aus narzisstischer Befriedigung heraus zu. Ist die Trauerarbeit vollendet, ist das Ich wieder frei und kann an ein neues, verfügbares Objekt gebunden werden. Ambivalente Gefühle gegenüber dem Verstorbenen können zu pathologischer Trauer führen.

Trotz Kritik (Kellehear, 2002, Small, 2001, Stroebe & Stroebe, 1987) sind die Ansätze dieser Theorie bis heute in der Psychoanalyse erhalten geblieben. Die Ansicht, dass der Verlauf der Trauer durch innerpsychische Prozesse gelenkt wird, wird auch in neueren psychodynamischen Theorien, teilweise in modifizierter Form, vertreten. Ein Kritikpunkt an der Freudschen Theorie ist, dass bis heute keinerlei empirische Belege dazu vorliegen. Der dargestellte Verlauf wird durch Einzelfallstudien geschildert, zum Beispiel von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die sich in Folge eines Verlustereignisses in therapeutischer Behandlung befinden (Filipp, Aymanns & Klauer, 1985). Auch die Tatsache, dass die Beendigung des Trauerprozesses darin besteht, sich von dem Verstorbenen abgelöst zu haben, stößt auf Widerstand. So vertreten Silverman und Kollegen (Klass, Silverman & Nickman, 1996, Nickman, Silverman & Normand, 1998, Silverman, Nickman & Worden, 1992) ein Konzept, dass sie als *continuing bonds* bezeichnen: sie beschreiben, dass eine erfolgreiche Trauerverarbeitung in der Inkorporierung des Verstorbenen liegt. Es wird eine innere Bindung an den Verstorbenen aufrechterhalten, die eine Hilfe im Trauerprozess darstellt und auch in der Folgezeit erhalten bleiben kann.

2.2.2 Die Bindungstheorie und weitere Theorien

John Bowlby (1982, 1987) entwickelte durch die Bindungstheorie einen weiteren Zugang zu Trauer und Verlust. Eine Verwurzelung in der Freudschen Theorie ist zu erkennen, jedoch distanziert sich Bowlby in vielen Punkten davon. Seine Theorie weist gegenüber der Psychoanalyse eine empirische Basis auf. Es sind zudem kognitive, ethnologische und kontrolltheoretische Elemente erkennbar. Bowlby beschreibt Trauer als eine Form der Trennungsangst, Verlust ist die ungewollte Trennung von einer Bindungsperson, der eine Stress- und Protestantantwort folgt. Trauer besteht dabei aus unbewussten und bewussten Prozessen. Der Trennung folgt eine Reihe von Trauerphasen. Das Durchschreiten dieser Phasen geschieht in einem aktiven Trauerprozess, es wird Trauerarbeit geleistet. Nach ihrer Vollendung können wieder neue Bindungen eingegangen werden. Im Gegensatz zu Freud vertritt Bowlby die Ansicht, dass in einem gesunden Trauerprozess die Beziehung zum Verstorbenen nicht beendet werden muss. Der Trauernde kann ein Gefühl der internen Repräsentanz des Verstorbenen aufbauen, dass hilfreich und unterstützend bei der Restrukturierung des Lebens sein kann. Einen Schwerpunkt bildet der Verlust eines Elternteils in der Kindheit. Bowlby weist darauf hin, dass die Trennungsangst nach dem frühen Tod eines Elternteils in Form einer gesteigerten Ängstlichkeit bei Trennungen oft das ganze Leben erhalten bleibt, sowie Rehberger (2004) dies beschreibt:

Durch die Trennungsängste und depressiven Stimmungen der Verlassenheit wird die Entwicklung der Selbstständigkeit durch Einbußen im Bereich der Exploration, der Selbstbehauptung und oft auch der Selbstverteidigung durch Aversion und Aggression beeinträchtigt. Bei Erwachsenen werden als Spätfolgen bei zusätzlichen Krisen verschiedene Angststörungen, Depressionen und die abhängige Persönlichkeitsstörung beobachtet. (S. 33)

Die auf Bowlby folgenden Theorien zu Verlust und Trauer betonen verstärkt kognitive Elemente. Vertreter psychoanalytisch-kognitiver und kognitiver Theorien wie Colin Murray Parkes (1974) und Peter Marris (1986) sind in wesentlichen Elementen von Bowlby beeinflusst. Parkes sah auf der einen Seite die soziale Situation einer Person als wichtig an, auf der anderen Seite griff er zurück auf Bowlby und beschrieb die Trauerreaktion als Antwort auf Trennung. Er entwarf ein Phasenmodell, nach dem Trauer zuerst durch eine Trauerperiode gekennzeichnet ist, die sich durch Distress und Funktionseinbußen in allen Bereichen auszeichnet. Es folgt schließlich eine Erholung: die Lebenssituation wird neu betrachtet, neue Pläne werden entworfen, die Einbußen

verringern sich. Erfolgt diese Erholung nicht, spricht Parkes von pathologischer Trauer. Marris stellt diesen Prozess in einem mehr kognitiven Rahmen dar und brachte seine Theorie in die Nähe moderner Stresstheorien.

Dies sind die Theorien, die meist zur Beschreibung der Trauer herangezogen werden und mit den heutigen Therapieverfahren in Verbindung stehen. Es gibt einige weitere Forschungsansätze, die ebenfalls die Thematik von Trauer und Verlust aufgreifen. So wurden eine Zeit lang verhaltensorientierte Theorien verfolgt, nach denen Trauer durch externe Stimuli verstärkt oder gehemmt werden kann (Gauthier & Marshall, 1977, Ramsay, 1979). Soziobiologische (siehe Haig, 1990) und rein kognitive Theorien (Lazarus, 1966) sind weitgehend unbekannt. Entwicklungspsychologisch orientierte Forschungen befassen sich vorrangig mit der Frage, welche mittel- und langfristigen Auswirkungen zum Beispiel der Verlust eines Elternteils auf die Entwicklung hat. Die Trauersymptomatik ist eher ein untergeordnetes Thema. Epidemiologische Studien geben keinerlei Aufschluss über die Trauer selbst, sondern liefern vorrangig soziodemographische Daten und Angaben über Häufigkeiten von Verlust und Trennung, über Mortalität und Morbidität sowie über die psychische und physische Gesundheit (Cleiren, 1992).

2.2.3 Trauer in der Stressforschung

Bei den Theorien zu Trauer und Verlust darf die stresstheoretische Perspektive nicht außer Acht gelassen werden. Die *Life-Event-Forschung* oder *Lebensereignisforschung* befasst sich mit der Bedeutung von Lebensereignissen und ihren Auswirkungen. Diese sind als Ereignisse definiert, die als unerwünscht und potentiell schädigend betrachtet werden, aber auch die, die als positiv und dennoch belastend eingeschätzt werden (Katschnig, 1980, Siegrist, 1980). Darauf basierend wurde die *Social Readjustment Rating Scale* (Holmes & Rahe, 1967)⁷ entwickelt, die eine Vielzahl von Lebensereignissen erfasst und nach ihrem Belastungspotential gewichtet. Die *Lebensereignisforschung* ist eine moderne Weiterentwicklung der Forschung nach umweltbedingten Ursachen psychischer und psychosomatischer Erkrankungen.

⁷ Siehe Abbildung 2.2.3-1 im Anhang 1 auf Seite 320.

Ergebnisse weisen darauf hin, „dass Lebensereignisse bei vielen Arten von psychischen Erkrankungen [...] von kausaler Bedeutung sein können“ (Cooper, 1980, S. 321). Dieser Ansatz geht davon aus, dass Ereignisse, die die normale Lebensroutine durchbrechen, eine erhöhte Anpassungsleistung von den betroffenen Personen erfordern. Dies gilt vor allem dann, wenn diese als unerwartet, unbeeinflussbar, belastend und mit negativen Auswirkungen behaftet angesehen werden. Besonders wenn sich mehrere Ereignisse summieren, reichen die normalen Bewältigungsressourcen nicht mehr aus. Die Auswirkungen von Stress werden auf verschiedene Weise erfasst: einige Untersuchungen konzentrieren sich auf die Erhebung und Beschreibung der psychischen und körperlichen Befindlichkeit mittels Fragebögen und Interviews (Egle, Hardt, Nickel, Kappis & Hoffmann, 2002, Newman & Bland, 1994), andere beziehen auch am Körper messbare physiologische Größen mit ein und stellen so fest, inwieweit und wie sich Stress auf physiologische Mechanismen im Körper auswirkt (Luecken, 1998, 2000a).

Verlusterlebnisse wie der Tod eines Elternteils während Kindheit und Jugend werden den kritischen Lebensereignissen zugeordnet und im Rahmen der Lebensereignisforschung untersucht (Filipp et al., 1985). Dazu werden Kinder und Jugendliche ebenso wie Erwachsene als Studienteilnehmer herangezogen. Kritische Lebensereignisse werden nach Ergebnissen der Stressforschung in Verbindung gebracht mit einer Vielzahl verschiedener psychischer und physischer Erkrankungen. Deutlich belegt durch empirische Untersuchungen ist der Zusammenhang mit allen Arten von depressiven Erkrankungen (Cornell, Milden & Shimp, 1985, Ellicott, Hammen, Gitlin, Brown & Jamison, 1990, Jacobs, Prusoff & Paykel, 1974, Kendler, Karkowsik & Prescott, 1999) und verschiedenen Angststörungen (Egle et al., 2002, Faravelli & Palanti, 1989, Finlay-Jones & Brown, 1981, Newman & Bland, 1994). Psychosomatische und somatische Erkrankungen werden ebenfalls als Folge stressreicher Ereignisse festgestellt, auch in Stichproben mit Kindern und Jugendlichen (Egle et al., 2002, Greene, Walker, Hickson & Thompson, 1984, Hodges, Klein, Barbero & Flanery, 1984). Auswirkungen wie der Konsum und Missbrauch von Suchtmitteln (Anda et al., 1999, Gorman & Peters, 1990) und eine Vielzahl weiterer Folgen sind belegt.

Ein benachbarter Forschungsbereich ist die Traumaforschung (Parkes, 2002, Stoppelbein & Green, 2000). Untersuchungen und Veröffentlichungen zu posttraumatischer Belastung befassen sich mit den Folgen extrem belastender und traumatischer Ereignisse und greifen auch immer wieder das Thema Trauer und Verlust auf. Nach Cournos (2002) lassen sich Parallelen zwischen dem Posttraumatischen Stresssyndrom und der Trauer von Kindern nach dem Tod eines Elternteils feststellen: „Recent data suggest that childhood loss of a parent from natural causes is as strongly associated with PTSD [Posttraumatic Stress Disorder] symptoms as children's reactions to natural disasters“ (S. 146). Pynoos, Nader, Frederick, Gonda & Stuber (1987) beschreiben: „In children, sometimes grief and post-traumatic stress reactions manifest independently of one another, while at other times there is an interplay between them“ (S. 61). Hier herrschen viele verschiedene Meinungen vor, zudem in diesem Bereich auch weiterer Forschungsbedarf besteht. Zwar lässt sich komplizierte und traumatische Trauer mangels einer eigenen Kategorie im DSM-IV als Posttraumatisches Stresssyndrom klassifizieren, dennoch weisen die Ergebnisse einiger Studien – durchgeführt mit Stichproben Erwachsener – darauf hin, dass eine Gleichsetzung der Symptome nicht gerechtfertigt ist (Kersting, Fisch, Suslow, Ohrmann & Arolt, 2003, Prigerson et al., 1999, Znoj, 2004)⁸.

⁸ Zum Vergleich von Trauer und posttraumatischem Stress siehe Abbildung 2.2.3-2 in Anhang 1 auf Seite 321.

3. Trauer und Verlust im Kindes- und Jugendalter

3.1 Der Umgang mit personalen Verlusten

Die meisten Menschen sterben heutzutage nicht mehr zu Hause, sondern in darauf spezialisierten Einrichtungen wie Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen. Da es bis vor einigen Jahrzehnten üblich war, zu Hause im Kreis der Familie zu sterben, gehörte der Tod eines Familienmitglieds zur unmittelbaren Erlebniswelt eines Kindes. Durch die Institutionalisierung des Todes kommt es heute nur noch selten vor, dass der Tod eines Menschen unmittelbar miterlebt wird, die meisten Kinder und Jugendlichen haben noch nie einen Sterbenden oder einen Toten gesehen (Iskenius-Emmler, 1988, Shneidman, 1971, Simson, 1979). Zudem unterliegt der Tod in der Gesellschaft einem Tabu. Gegenüber Kindern fällt es Erwachsenen besonders schwer, über Tod und Verlust zu sprechen (Ennulat, 2003, Hoffmann, 1995, Kelley, 2001). Damit sollen Kinder möglichst vor einer Konfrontation geschützt werden. Damit umgehen es Eltern aber auch, sich selbst damit auseinandersetzen zu müssen. Da die Fragen der Kinder zu Tod und Sterben oft sehr direkt und konkret sind, sehen sich Eltern schnell mit verborgenen und verdrängten Ängsten konfrontiert (Schweitzer & Niedermann, 2000, Tausch-Flammer & Bickel, 1995). Die Tabuisierung hat jedoch Folgen. Fragen werden ignoriert oder nur unzureichend beantwortet, vor allem jüngeren Kindern wird die einzige Möglichkeit, sich mit Sterben und Tod auseinanderzusetzen, genommen. Die vorgelebten Tabus werden von der nächsten Generation respektiert und einschließlich aller Konsequenzen übernommen: „*Limiting discussion about will only hinder children's understanding of loss and interfere with their ability to cope with it*“ (Schonfeld, 1993, S. 269). Zum einen hat das Auswirkungen auf die Entwicklung des Todeskonzepts, da keine realistische Todesvorstellung entstehen kann, wenn Fragen nicht beantwortet oder falsche Annahmen sogar bestärkt werden. Zum anderen wird Kindern und Jugendlichen zu verstehen gegeben, die mit dem Tod verbundenen Ängste nicht anzusprechen. Als mögliche Folge beschreiben Dittrich (1988) und Freese (2001), dass sich diese Ängste in aggressiven Handlungen und psychosomatischen Symptomen niederschlagen können. Außerdem ist das Vorenthalten und Tabuisieren keine Lösung, denn „*obwohl der Tod heutzutage ein Tabu im Leben des Kindes ist, kann man ihm doch auf Dauer die Kenntnisnahme des Todes nicht ersparen*“ (Leist, 1983, S. 16). Da eine Heranführung an Tod und Sterben nicht stattgefunden hat und jede Erfahrung fehlt,

sind Entfremdungsprozesse im Umgang mit Krankheit, Sterben und Tod zu beobachten, wenn Kinder und Jugendliche dann plötzlich damit konfrontiert sind.

Die Tabuisierung des Todes hat auch weitreichende Konsequenzen für die Trauer. Eltern vermitteln ihren Kindern, dass auch Trauer unerwünscht ist. Kinder, die ihre Eltern nie beim Trauern beobachten konnten, entwickeln Ängste und betrachten Trauer als ein bedrohliches Gefühl, dass umgangen und abgewehrt werden muss (Weber & Fournier, 1985). Die Trauer von Erwachsenen stellt eine wichtige Voraussetzung für die Trauerfähigkeit von Kindern dar: ein Kind kann Trauer und Schmerz nur zulassen, wenn es eben dies auch bei Erwachsenen beobachtet hat. Die Beteiligung der Kinder an der Trauer, die nach dem Verlust eines geliebten Menschen in einer Familie vorherrscht, ist eine wichtige Voraussetzung für einen angemessenen Umgang mit dem Verlust und für den Bewältigungsprozess. Das Einbeziehen von Kindern in Trauerrituale wie die Bestattung oder die Trauerfeier wird auf Basis zahlreicher Untersuchungen als hilfreich beschrieben (Doka, 1984/85, Fristad, Cerel, Goldman, Weller & Weller, 2000/01, Furman, 1977b, 1983, Mishne, 1992, Rotmann, 1991, Silverman & Worden, 1992b). Kranzler, Shaffer, Wasserman & Davies (1989) belegen, dass die Teilnahme an den Trauerritualen dazu beiträgt, bestehende Ängste zu verringern sowie die Realität und Endgültigkeit des Todes zu erfassen und zu akzeptieren. Es wird zudem ein Gefühl der Verbundenheit mit der Familie und anderen nahestehenden Menschen geschaffen.

Nach der *Social Readjustment Rating Scale* zählen personale Verluste zu den Ereignissen, die als am meisten belastend betrachtet werden (Holmes & Rahe, 1967). Diese Einschätzung stützt sich zwar auf die Angaben von Erwachsenen, jedoch gilt für Kinder und Jugendliche ähnliches, denn auch sie geben Verlustereignisse als besondere Belastung an (Yamamoto, 1979, Yeaworth, York, Hussey, Ingle & Goodwin, 1980)⁹. Dies deckt sich mit der Studie von Coddington (1972), in der auch Experten aus der professionellen medizinischen, psychologischen und pädagogischen Kinderbetreuung und –behandlung zu diesem Ergebnis kommen. Bei personalen Verlusten muss differenziert werden nach der Dauer und der Ursache, vor allem zwischen Tod und Scheidung, da unterschiedliche Folgen zu beobachten sind (Canetti et al., 2000). Eine besondere Stellung wird dem Tod eines Elternteils eingeräumt: „the death of a parent

⁹ Die *Adolescent Life Change Event Scale (ALCES)* von Yeaworth et al. (1980) ist im Anhang 1 auf Seite 322 (Abbildung 3.1-1) abgebildet.

during childhood is a unique and overwhelming event“ (Worden, Davies & McCown, 1999, S. 2). Dieser darf keinesfalls mit anderen Verlustereignissen gleichgesetzt werden, denn es werden Anpassungsleistungen und die Mobilisierung von Ressourcen gefordert wie bei kaum einem anderen Ereignis. Ein so tiefer Einschnitt im Leben des Kindes hebt sich von den normalen Entwicklungsaufgaben deutlich ab (Lyon & Vandenberg, 1989, Tomori, 2000).

Da Vater oder Mutter (im Normalfall) die bedeutungsvollsten Beziehungspartner und die wichtigsten Bezugspunkte im Leben eines Kindes sind, ist der Tod die vernichtendste und tiefgreifendste Verlusterfahrung schlechthin. [...]. Der Tod eines Elternteils ruft im Kind eine existentielle Krise hervor, die neben wirtschaftlichen Einschränkungen und den unmittelbar eintretenden Veränderungen immer auch eine Gefährdung der normalen, gesunden Entwicklung mit sich bringt.

(Franz, 2002, S. 119)

Vater und Mutter sind die wichtigsten Bezugspersonen im Leben eines Kindes. Die Besonderheit der Elternbindung führt dazu, dass vor allem jüngere Kinder ihre gesamten Gefühle in ihre engsten Bezugspersonen, die Eltern, investieren. Je jünger das Kind ist, desto intensiver ist diese Bindung, da noch keine Ablösung stattgefunden hat (Furman, 1977a, Tonkins & Lambert, 1996). Bei Trennung und Tod kehren existentielle Ängste zurück, die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen nach Sicherheit, Geborgenheit und Liebe sind bis auf das Äußerste bedroht. Was die Folgen des Elternverlusts betrifft, so wird nicht nur im Bezug auf die unmittelbaren Auswirkungen von einem kritischen Ereignis gesprochen, sondern auch im Hinblick auf mittel- und längerfristige Konsequenzen.

3.2 Vulnerabilität und Resilienz

Die Konzepte der Vulnerabilität und Resilienz wurden im Rahmen der Forschung um psychosozialen Stress und Coping entwickelt. Sie sind auch beim Verlust eines Elternteils von Bedeutung (Masten, 2001, Sandler, Wolchik, Davis, Haine & Ayers, 2003). Die bekannteste Studie zu Vulnerabilität und Resilienz ist die *Kauai Längsschnittstudie* (Werner, 2003), in der eine Gruppe von 1955 geborenen Kindern auf der Insel Kauai pränatal und zu vielen weiteren Zeitpunkten während der Kindheit und Jugend bis ins Erwachsenenalter untersucht wurde. Eine Erkenntnis dieser Studie war,

dass viele Kinder und Jugendliche, die während ihrer Entwicklung Risikofaktoren ausgesetzt waren, vermehrt von Lern- und Verhaltensstörungen, psychischen Erkrankungen und anderen Schwierigkeiten betroffen waren. Es fiel aber auch eine Gruppe auf, die als Risiko-Kinder eingestuft worden waren, aber dennoch zu stabilen und gesunden Persönlichkeiten heranreiften. Vergleichbare Ergebnisse fanden sich auch in deutschen Untersuchungen, so in der *Rostocker Längsschnittstudie* (Meyer-Probst & Teichmann, 1984) und der *Bielefelder Invulnerabilitätsstudie* (Lösel & Bender, 1999). Diese Erkenntnisse weisen auf die Bedeutung der Konzepte von Resilienz und Vulnerabilität hin. Resilienz lässt sich folgendermaßen definieren: „Das Konzept der *Resilienz* (Widerstandsfähigkeit) umschreibt die Fähigkeit eines Kindes, relativ unbeschadet mit den Folgen beispielsweise belastender Lebensumstände umzugehen und Bewältigungskompetenzen entwickeln zu können“ (Scheithauer, Petermann & Niebank, 2002, S. 77). Nach Masten (2001) „wird der Begriff ‚Resilienz‘ dazu genutzt, um auf die angenommene oder bewiesene Fähigkeit eines Individuums hinzuweisen, ernsthaften Gefährdungen entweder widerstehen zu können, sie zu meistern oder sich wieder davon erholen zu können“ (S. 193). Resilienz ist dynamisch, sie entwickelt sich in der Interaktion mit der Umwelt. Entscheidend sind Erfahrungen gelungener Bewältigung, die günstige Bedingungen für die Konfrontation mit zukünftigen Anforderungen schaffen, und eine positive Interaktion mit anderen Menschen, besonders mit nahen Bezugspersonen (Laucht, 2003, Scheithauer et al., 2002). Sie ist nicht angeboren, sondern kann erlernt oder erworben werden. Nuber (2005) weist auf folgendes hin: „Resilienz, so zeigt die Forschung, ist mehr als Anpassung an widrige Verhältnisse, ist mehr als pures Durchstehen oder Überleben. Resilientes Verhalten zeigt ein Mensch nicht trotz widriger Umstände, sondern wegen dieser“ (S. 23). Dem gegenüber steht die Vulnerabilität, die eine erhöhte Anfälligkeit gegenüber Umweltstressoren, die das Risiko einer Beeinträchtigung der Entwicklung ansteigen lässt. Vulnerabilität kann von Geburt an vorhanden sein, zum Beispiel durch genetische Disposition oder durch pränatale Komplikationen (*primäre Vulnerabilität*), sie kann aber auch durch die Auseinandersetzung mit der Umwelt erworben werden, unter anderem durch die Eltern-Kind-Interaktion oder durch bestimmte Lebensereignisse (*sekundäre Vulnerabilität*).

Von Bedeutung ist der Einfluss von potentiell schädigenden Risikofaktoren und der günstige Einfluss von Schutzfaktoren. Beide Arten von Faktoren sind dynamisch, sie hängen mit dem Alter und der Entwicklung zusammen. Es gibt im Laufe der

Entwicklung Phasen hoher Vulnerabilität, in denen Einflussfaktoren besondere Bedeutung zukommt. Das trifft für Entwicklungsübergänge wie die Einschulung, den Eintritt ins Berufsleben und vor allem für die Adoleszenz, mit der eine Vielzahl von Veränderungen einhergeht, zu. Schutz- und Risikofaktoren interagieren miteinander und können kumuliert auftreten. Meist ist nicht der einzelne Faktor entscheidend, sondern ihre Anzahl und ihr Zusammenspiel (Scheithauer et al. 2002). In den letzten Jahren hat sich die Ansicht verfestigt, dass bis zur Adoleszenz Jungen anfälliger für das Einwirken von Risikofaktoren sind, sich dieser Unterschied in der Adoleszenz umkehrt und dann Mädchen vulnerabler sind (Scheithauer & Petermann, 1999).

Es gibt verschiedene Schutz- und Risikofaktoren (Bettge & Ravens-Sieberer, 2003, Egle et al., 2002, Laucht, 2003, Lösel & Bliesener, 1990, Luthar & Zigler, 1991, Sandler, 2001). *Personale Schutzfaktoren* sind individuelle Charakterzüge und Fähigkeiten wie Intelligenz, ein hohes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, der Glaube in die eigene Selbstwirksamkeit, aktives Copingverhalten und weitere Eigenschaften wie Flexibilität und Durchhaltevermögen. Das Fehlen beziehungsweise die geringe Ausprägung dieser personalen Ressourcen wird den Risikofaktoren zugerechnet. *Familiäre Schutzfaktoren* umfassen stabile und unterstützende Beziehungen zu mindestens einem Elternteil oder einer anderen nahestehenden Person, ein warmes und positives Familienklima, einen angemessenen elterlichen Erziehungsstil oder auch die Bindung an Geschwister. Die Familie kann aber auch viele Risikofaktoren beinhalten, wie eine instabile Beziehung zu den Eltern oder familiäre Probleme wie die psychische Erkrankung eines Elternteils oder Gewalt. Ressourcen im Bereich Familie sind besonders für jüngere Kinder von Bedeutung, da diese stark an die Eltern als Bezugspersonen gebunden sind und noch keine Ablösung stattgefunden hat. Bei Jugendlichen steigt der Einfluss der beschriebenen *personalen Ressourcen* sowie der im Folgenden dargestellten *sozialen Schutzfaktoren*. Darunter wird die von außerhalb der Familie kommende Unterstützung zusammengefasst, das soziale Netzwerk, die Peergruppe sowie Institutionen wie Schule, Kirche, Vereine und soziale Einrichtungen. Schutz- und Risikofaktoren können sowohl direkt als auch als Mediatoren und Moderatoren wirken. Werner (2003) vertritt die Ansicht, dass protektive Faktoren auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen einen größeren Einfluss haben als Risikofaktoren. Schutzfaktoren mindern das Risiko oder das Ausmaß der Belastung, schaffen günstige Ausgangsbedingungen für eine gesunde Entwicklung und können negative Folgeerscheinungen reduzieren (Egle, Hoffmann & Steffens, 1997).

Die Konzepte der Resilienz und Vulnerabilität sind auch beim Tod eines Elternteils von Bedeutung. Denn der Verlust eines Elternteils ist eine stressvolle und belastende Lebenserfahrung. Zusätzlich sind trauernde Kinder und Jugendliche von vielen weiteren Stressoren und Veränderungen betroffen: die Trauer des verbliebenen Elternteils und anderen Familiemitgliedern, Veränderungen im familiären Gefüge, unter Umständen auch finanzielle Einbußen und Wohnungswechsel (Greeff & Human, 2004, Lin, Sandler, Ayers, Wolchik & Luecken, 2004, Masten, 2001, Sandler, Wolchik et al., 2003). Zudem bezeichnet Werner (2003) Kinder und Jugendliche, die ohne Vater aufwachsen, unabhängig von der Ursache für die Vaterabwesenheit als mit am vulnerabelsten. Doch sind nicht bei allen negative Auswirkungen zu beobachten. Dies deutet darauf hin, dass die Konzepte von Vulnerabilität und Resilienz auch hier greifen. Volkan & Zintl (1993) beschreiben Resilienz als einen möglichen Grund dafür, warum einige Individuen während des Trauerprozesses mit vielerlei Schwierigkeiten kämpfen, während andere diese schneller überwinden. Bonanno (2004) zeigt auf, dass die Trauernden, die er als resilient bezeichnete, sich schneller von dem Verlust erholt haben. Sie akzeptierten eher, dass das Leben endlich ist und suchten und fanden mehr soziale Unterstützung.

Das Konzept der Vulnerabilität wird außerdem als theoretische Verbindungsline zwischen Verlusterlebnissen in Kindheit und Jugend und möglichen längerfristigen Folgen im Erwachsenenalter betrachtet (Aymanns, Filipp & Freudenberg, 1987, Brown, Harris & Copeland, 1977, Hofer, 1996, Krueger, 1983, Rutter, 1995, Tennant, 1991). Der Tod eines Elternteils führt nicht nur in der Folgezeit zu einer gestiegenen Vulnerabilität gegenüber Umwelteinflüssen, sondern erhöht die Vulnerabilität einer Person für längere Zeit und macht sie somit auch in späteren Jahren anfälliger für die Wirkung weiterer Stressoren.

3.3 Die Entwicklung des Todeskonzepts

Das Todeskonzept setzt sich aus verschiedenen Bestandteilen zusammen. Über deren Anzahl besteht Uneinigkeit, denn es werden bis zu zehn unterschiedliche Dimensionen des Todeskonzepts angegeben (siehe Wittkowski, 1990), andere Beschreibungen konzentrieren sich auf einige ausgewählte. Im Folgenden werden die vier Komponenten

dargestellt, die übereinstimmend in fast allen Studien und Darstellungen zu finden sind und als bedeutsam beschrieben werden, nämlich *Irreversibilität*, *Nonfunktionalität*, *Kausalität* und *Universalität* (Cotton & Range, 1990, Donders, 1993, Prichard & Epting, 1991/92, Ramachers, 1994, Speece & Brent, 1984, 1987, Wintsch, 1996) ¹⁰. *Universalität* bedeutet die Einsicht, dass alles Lebende endlich ist und irgendwann einmal stirbt. Nichts bleibt für immer lebendig. *Kausalität* bezieht sich auf das Verständnis der Gründe des Todes und stellt dar, dass diese biologischer beziehungsweise physikalischer Natur sind. *Nonfunktionalität* beschreibt die Erkenntnis, dass Totsein bedeutet, dass alle Funktionen, die den Körper am Leben erhalten, vollständig aufgehört haben, zum Beispiel, dass das Herz nicht mehr schlägt. *Irreversibilität* bedeutet, dass der Tod permanent ist. Er ist endgültig, es gibt keine Umkehr, keine Rückkehr ins Leben. Diese Komponenten sind grundlegend für das Verständnis des Todes.

Das Erlernen des Todeskonzepts ist Teil der Sozialisation, die Begriffe *Leben* und *Tod* entwickeln sich in einem langen Prozess (Franz, 2002, Ramachers, 1994). Die Entwicklung hängt von vielen Faktoren ab. An erster Stelle ist die Familie zu nennen. Die Erfahrungen, die ein Kind innerhalb seiner Familie mit dem Tod macht sowie Einstellung und Umgang der Eltern prägen das Todeskonzept wesentlich. Dabei ist auch der kulturelle und religiöse Hintergrund entscheidend (Bürgin, 1989, 1991, Morin & Welsh, 1996, Specht-Tomann & Tropper, 2001, Stillion & Wass, 1979). Kinder weisen eine umso differenziertere Todesvorstellung auf, je ausführlicher und offener die Thematik in der Familie angesprochen und behandelt wird. Neben familiären Einflussgrößen haben auch externe Faktoren wie das soziale Umfeld, vor allem die Schule und die Peers sowie die Medien, eine Bedeutung (Habermas & Rosemeier, 1990, Schweitzer & Niedermann, 2000). Da die Entwicklung des Todeskonzepts abhängig ist von so vielen verschiedenen Einflussfaktoren, lässt sich auch erklären, dass Kinder gleichen Alters eine unterschiedliche beziehungsweise eine unterschiedlich weit gereifte Vorstellung von Tod und Sterben aufweisen. Individuelle Ansichten lassen sich auf den individuellen Entwicklungsrahmen eines Kindes zurückführen, dem gemäß der Tod immer nur verstanden werden kann (Steck & Bürgin, 1996). Dies ist auch eine Ursache, dass nicht alle Untersuchungen zum kindlichen Todeskonzept in den Zeitpunkten, an denen die einzelnen Bestandteile erlernt und verstanden werden, übereinstimmen.

¹⁰ Siehe dazu auch Abbildung 3.3-1 im Anhang 1 auf Seite 321.

Kinder im Alter von 0-4 Jahren

Das Todeskonzept von Kindern in diesem Alter zu erheben, ist mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden. Es wird vom Hindernis der *Sprachbarriere* gesprochen: eventuell haben schon sehr kleine Kinder eine Art von Todesvorstellung, können diese jedoch nicht ausdrücken und beschreiben, denn es fehlt die Fähigkeit, Gedanken und Vorstellungen zu verbalisieren (Pettle & Britten, 1995, Stambrook & Parker, 1987). In dieser Zeit ist das Kind abhängig von seinen Bezugspersonen, allen voran den Eltern. Es reagiert eher auf die Auswirkungen des Todes als auf den Tod selbst. So spüren und sehen Kinder die emotionale Betroffenheit und die Trauer ihrer Eltern (Daut, 1980, Ramachers, 1994, Wintsch, 1996). Die Angst vor dem eigenen Tod ist dem Kind fremd, seine Ängste beziehen sich ausschließlich auf die Trennung von einer nahen Bezugsperson. Ab etwa drei bis vier Jahren lässt sich erstmals feststellen, dass Kinder eine Vorstellung davon entwickeln, was sterben und tot sein bedeutet. Dies ist durch das Voranschreiten der Ich-Entwicklung, verbunden mit der Fähigkeit, zwischen sich und anderen zu differenzieren, und durch die fortschreitende Ausbildung des Denk- und Sprachvermögens begründet. Zudem entdeckt das Kind, dass es in seiner Macht steht, etwas zu zerstören, dass es Dinge geschehen und ungeschehen machen und durch seine Gedanken, Wünsche und Handlungen Einfluss auf die Realität nehmen kann. Es entwickelt sich das *magisch-omnipotente* Denken als zentraler Punkt des kindlichen Todeskonzepts (Gudas, 1993, Hagan & Corwin, 1974, Koocher & Gudas, 1992). Dennoch sind die Konzepte von Leben und Tod noch sehr unausgereift. Unbelebten Gegenständen werden Eigenschaften von lebendigen Objekten zugeschrieben (*animistisches Denken*), Verstorbenen die Fähigkeiten Lebender zugesucht. Universalität und Irreversibilität werden noch nicht begriffen (Norris-Shortle, Young, Williams, 1993, Prichard & Epting, 1991/92, Thompson & Payne, 2000). Der Tod wird als reversibel und zeitlich begrenzt betrachtet, Fragen nach der Rückkehr Verstorbener werden gestellt. Zudem herrscht eine graduelle Vorstellung des Todes vor: eine Person kann *ein bisschen tot* sein. Es erscheint möglich, sich dem Tod durch Weglaufen oder Verstecken entziehen zu können, zudem sind Personen wie die eigenen Eltern von Tod und Sterblichkeit ausgenommen.

Kinder im Alter von 5-9 Jahren

Für Kinder im Vorschulalter ist der Tod nach wie vor reversibel: tot sein bedeutet Weggehen, ein Zurückkommen ist möglich. Leben und Tod können jederzeit getauscht

werden, Verstorbenen wird das Denk- und Empfindungsvermögen nicht abgesprochen. Ab ungefähr sechs Jahren beginnen Kinder die Bedeutung der Irreversibilität und der Universalität des Todes zu begreifen (Bürgin, Steck & Schwald, 2001, Donders, 1993, Pettle & Britten, 1995). Kinder realisieren, dass zwischen Leben und Tod Unterschiede bestehen. Es entsteht die Einsicht, dass Verstorbene nie mehr zurückkommen. So bilden sich auch die Vorstellungen von Nonfunktionalität und Kausalität aus. Kinder verstehen, dass es Vorgänge innerhalb des Körpers sind, die den Tod bedingen, nämlich das Aufhören der lebensnotwendigen Körperfunktionen. Als Todesursachen werden vor allem äußere Gründe wie Unfälle oder Gewalt, zum Beispiel als Folge zwischenmenschlicher Beziehungen, angenommen. Ursachen wie Krankheit oder hohes Alter sind schwieriger nachzuvollziehen. Das Kind ist nach wie vor in seinem *magischen Denken* verhaftet: in dieser Zeit äußern Kinder oft Todes- und Vernichtungswünsche gegenüber anderen Personen. Diese sind normaler Bestandteil der Entwicklung und entstehen meist aus dem Wunsch heraus, vorübergehend in Ruhe gelassen zu werden oder um einer Situation auszuweichen (Schweitzer & Niedermann, 2000). Todeswünsche gegenüber einem Verstorbenen können zu quälenden Schuldgefühlen führen, da ein Kind sich schnell verantwortlich fühlt, wenn wirklich etwas Schlimmes geschieht (Bürgin, 1991, Zeitlin, 2001). Ebenso wird der Tod auch als eine mögliche Bestrafung angenommen, zum Beispiel für „böse“ Menschen. Es sterben auch die bösen vor den guten Menschen.

Kinder und junge Jugendliche im Alter von 10-12 Jahren

Ab einem Alter von etwa zehn Jahren kann davon ausgegangen werden, dass die Tragweite des Todes vollständig verstanden wird. Alle Bestandteile des Todeskonzepts werden begriffen, verschiedene Todesursachen anerkannt (Bürgin, 1991, Habermas & Rosemeier, 1990). Auf dieser Grundlage kommt ein verstärktes sachliches Interesse vor allem an biologischen Aspekten von Tod und Sterben auf. Die Tatsache der Unausweichlichkeit der eigenen Sterblichkeit wird realisiert und akzeptiert.

Jugendliche ab 13 Jahren

Während der Adoleszenz nimmt die Identitätssuche einen wichtigen Platz ein. Damit sind auch Fragen nach dem Tod und der eigenen Sterblichkeit verbunden. Ein Verstecken hinter kindlichen Vorstellungen ist nicht mehr möglich. In vielerlei Hinsicht ist die Todesvorstellung von Jugendlichen der Erwachsener sehr ähnlich. Beide

akzeptieren den Tod als Ende des Lebens und als unabdingbaren Bestandteil des Lebens, von dem niemand verschont bleibt (Corr, 1989, Wintsch, 1996). Gedanken an die eigene Sterblichkeit lösen bei vielen Jugendlichen Ängste aus. Sie lehnen die offene Auseinandersetzung und Diskussion ab (Noppe & Noppe, 1991, Varga, 1991). Andere flüchten sich in Sachlichkeit oder Zynismus. Einige weisen eine Todesvorstellung auf, die von romantischen Vorstellungen geprägt ist. Diese dienen dazu, bestehende Ängste zu verleugnen oder zu überdecken. Zwar wird der Tod als endgültig und irreversibel anerkannt, doch kommen Gedanken auf, unverletzlich zu sein und dem Tod in letzter Sekunde entkommen zu können. Das reicht hin bis zu Immortalitätsfantasien (Cho, Freeman & Patterson, 1982, Kandt, 1994, Varga, 1991). Andere Jugendliche berichten von suizidalen und destruktiven Fantasien. Fleck-Bohaumilitzky (2004) bezeichnet Suizidfantasien als einen normalen Bestandteil in der Entwicklung des Todeskonzepts während des Jugendalters. Suizid als Bestrafung für die kritisierende Umwelt resultieren aus dem Wunsch nach Autonomie und Selbstständigkeit und entspricht frühkindlichen Vorstellungen, mit denen Erwachsenen überdeutlich aufgezeigt werden soll, was diese in den Augen des Jugendlichen angerichtet haben. Im Laufe der Adoleszenz verfestigt sich das Todeskonzept mit zunehmendem Alter und stimmt schließlich mit dem Erwachsener weitgehend überein.

3.4 Haben Kinder die Fähigkeit zu trauern?

Zur Frage, ob Kinder und Jugendliche zur Trauer fähig sind oder ob sich die Fähigkeit zur Trauer im Laufe von Reifungsprozessen entwickelt und erst ab einem bestimmten Alter getrauert werden kann, gibt es konträre Meinungen. Eine differenzierte Betrachtungsweise unter Berücksichtigung verschiedener Forschungsperspektiven ist erforderlich.

Die Psychoanalyse ist, was die Fähigkeit zur Trauer von Kindern anbelangt, geteilter Meinung. Ein Teil der psychoanalytisch orientierten Autoren spricht Kindern die Fähigkeit zu trauern bis zum Zeitpunkt der Adoleszenz vollständig ab. Wolfenstein (1966, 1969) geht auf Grund ihrer Beobachtungen davon aus, dass Kinder nicht trauern können, sondern die Endgültigkeit des Todes verleugnen, um sich selbst zu schützen. Das Ich des Kindes ist zu schwach und hat noch nicht die Reife entwickelt, um den

Schmerz der Trauer ertragen zu können¹¹. Bei Kindern kann kein Besetzungsabzug erfolgen, sie verstehen aber die Realität des Todes. Das bedeutet, dass sich das Kind auf der einen Seite der Realität des Todes zwar bewusst ist, auf der anderen Seite aber seine Endgültigkeit nicht anerkennt. Dies wird als Aufspaltung des Ichs bezeichnet. Diese Ansicht, nämlich dass Kinder nicht trauern können, wird bis heute von vielen psychoanalytischen Veröffentlichungen gestützt (Fleming & Altschul, 1963, Mahler, 1961, Miller, 1971, Nagera, 1970, Sekaer, 1987, Steck, 2003). Sie stellen dar, dass die Fähigkeit zur Trauer erst während der Adoleszenz entsteht. Davor kann weder mit der Irreversibilität des Todes umgegangen, noch die Bindung an das geliebte Objekt wirklich aufgegeben werden. In der Adoleszenz wird von jedem Jugendlichen ein Trauerprozess durchlaufen: schafft es der Jugendliche, sich von seinen Eltern abzulösen, dann hat er dadurch eine Form gefunden, wie er mit Verlust umgehen kann. Erst dieser Ablösungsprozess gibt ihm die Möglichkeit, nach dem Tod einer geliebten Person die Besetzung abzuziehen. Vor dem Erreichen der Adoleszenz stehen nur unreife Mechanismen wie Verleugnung oder Regression zur Verfügung, die eine angemessene Trauer ausschließen. Wird nun ein Kind mit einem Verlust, zum Beispiel dem eines Elternteils, konfrontiert, bevor es die Adoleszenz erreicht hat, muss zwangsläufig ein pathologischer Verlauf eintreten (Coffeng, 1993, Miller, 1971).

Es gibt auch psychoanalytisch orientierte Veröffentlichungen, die eine gegenteilige Meinung vertreten. Lampl-de Groot beschreibt, „that a child who has achieved some structuralization of the mind is capable of mourning the death of a beloved person in a way that is not much different from an adult's reaction“ (1983, S. 10). „The age at which a child is capable of a real mourning process varies individually and is dependent upon the rate of maturation and developmental structuralization“ (1976, S. 278). Diese These wird auch von E. Furman (1977a) und R. Furman (1964, 1967) unterstützt. Sie stellen auf Basis ihrer Arbeit mit Kindern, die einen Elternteil durch Tod verloren haben, dar, dass Kinder in der Lage sind, Trauerarbeit zu leisten. Nötig ist dazu die Unterstützung durch den verbliebenen Elternteil oder durch eine andere gleichwertige Bezugsperson. Das Kind muss aber einen bestimmten Entwicklungsstand erreicht

¹¹ Die dazu nötige *Ich-Reife* beinhaltet nach Hummer (1988) die grundlegende Akzeptanz des Prinzips der Realität, Realitätstestung, Impulskontrolle, die Fähigkeit zur Verbalisierung und Identifizierung von Affekten, Präsenz von stabilen und differenzierten Selbst- und Objektbeziehungen, angemessene Erinnerung, Wahrnehmung, Verstehen des Zeitkonzepts, die Fähigkeit, Erfahrungen zu integrieren, das Erreichen von kausalem Denken und der Fähigkeit, lebend und tot unterscheiden zu können.

haben: es muss über Objektpermanenz verfügen und bereits eine Bindung zu der nun verstorbenen Person hergestellt haben. Die Aussage von Wolfelt (1998/99) „If they are old enough to love they are old enough to mourn and to grieve“ (zit. nach Griffith, 2003, S. 217) unterstreicht dies. Insgesamt herrscht Einigkeit, dass Kinder, die jünger sind als sechs Monate, keine wirkliche Trauer zeigen. „For the young infant, under six month of age, the concepts of grief and mourning are difficult to encompass. Nevertheless there are likely to be certain responses to loss, and these may present the primordial precursors of grief and mourning“ (Raphael, 1983, S. 45). Sie reagieren mit einer Art unspezifischer Stressreaktion, die sich unter anderem in Weinen und unruhigem Verhalten äußern kann (Donders, 1993, Gudas, 1993, Schonfeld, 1993).

Bowlby (1960, 1982, 1987) stellt dar, dass schon sehr kleine Kinder trauern. Er beschreibt, dass Kinder unter drei Jahren nach der Trennung von der Mutter eine Protestreaktion und das Bestreben zeigen, wieder mit der Mutter zusammenzukommen. Dem Protest folgt Verzweiflung, die mit der Zeit immer weniger lautstark geäußert wird. Ein Kleinkind, das erst wenige Monate alt ist, zeigt bereits adaptive Verhaltensweisen wie Weinen und zorniges Bemühen, die das verlorene Objekt wiederbringen sollen. Mit zunehmendem Alter ähneln diese Reaktionen dann immer mehr den Trauerreaktionen Erwachsener. Schon vierjährige Kinder sind in der Lage, Bilder des Verstorbenen festzuhalten und Sehnsucht und Traurigkeit zu äußern. Diese Ansicht, dass Kinder unter drei Jahren zwar trauern, aber auf eine andere Weise wie ältere Kinder, deren Reaktionen dann mehr und mehr als die als typisch angesehenen Trauerreaktionen eingeordnet werden, unterstützen viele Autoren (Stuber & Mesrkhani, 2001, Tremblay & Israel, 1998). Dass Kinder gleichen Alters den Trauerprozess auf verschiedene Weise durchlaufen, kann durch den unterschiedlichen kognitiven und emotionalen Entwicklungsstand erklärt werden (Buchsbaum, 1986). Die meisten Autoren stimmen auch darin mit Bowlby überein, dass die Trauer bei Kindern nach einem Verlust nicht grundsätzlich einen pathologischen Verlauf nehmen muss, denn Kinder sind durchaus zu normaler Trauer fähig und bei dem Weiterbestehen stützender Beziehungen und förderlicher Umweltbedingungen keine dauerhaften psychischen Beeinträchtigungen erleiden. Es besteht aber erhöhte Gefahr, wenn zusätzliche Stressoren hinzukommen.

4. Die Bedeutung des Vaters

4.1 Der gegenwärtige Stand der Forschung

Lange Zeit befassten sich die meisten Untersuchungen nur mit der Beziehung des Kindes zur Mutter und deren Bedeutung für die Entwicklung. Die ersten Studien zu Elternverlust waren fixiert auf den Verlust der Mutter. Sander & Isselstein (1982) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass John Bowlby 1951 beschrieb, der Vater habe für die Entwicklung des Kindes keine direkte, sondern allenfalls indirekte Bedeutung, zum Beispiel als ökonomische und emotionale Stütze für die Mutter. Die Beziehung und Bindung des Kindes an den Vater wurde in der Forschung bis in die 70er Jahre weitgehend ausgeklammert. Es wurde aber der Frage nachgegangen, inwieweit sich das Aufwachsen ohne Vater auf die Entwicklung eines Kindes oder Jugendlichen auswirkt. Frühe Studien stellten die negativen Auswirkungen stark heraus und konzentrierten sich dabei auf Geschlechtsrolle und Sexualität (Brown, 1957, Nash, 1954, Sears, 1951, Sears, Pintler & Sears, 1946, Stolz, 1954), auf Verhaltensauffälligkeit und Delinquenz (Andry, 1960, Glueck & Glueck, 1952, Holman, 1959) und auf die kognitive Entwicklung (Lynn, 1962, McCarthy, 1959). Zu diesen frühen Untersuchungen wird heute kritisch angemerkt, dass viele wichtige Einflussfaktoren nicht berücksichtigt wurden, allem voran die Tatsache, dass sich die untersuchten Stichproben meist aus Kindern und Jugendlichen aus niedrigeren sozialen Schichten zusammensetzten, die in ihrer Entwicklung durch zusätzliche Umstände wie einen niedrigen sozioökonomischen Status und verringerte Bildungsmöglichkeiten benachteiligt wurden und so die Auswirkungen der Vaterlosigkeit verfälschten (Pedersen, 1976, Thomas, 1980).

Untersuchungen zu den Folgen der Vaterlosigkeit für Jungen und Mädchen gehen heute sehr viel differenzierter vor. Die Dichotomie *Vaterabwesenheit - Vateranwesenheit* wurde zum einen modifiziert durch eine Unterscheidung nach der Ursache der Vaterabwesenheit (Scheidung, Trennung, Tod) und ihrer Dauer (zeitweilig, dauerhaft). Eine ausdifferenzierte Methodik macht es zudem möglich, die Auswirkungen zusätzlicher Einfluss- und Stressfaktoren besser kontrollieren zu können. Neben der Möglichkeit, die Bedeutung des Vaters über die Folgen der Vaterlosigkeit während Kindheit und Jugend zu beobachten, richtet die Forschung zum anderen ihren

Blickwinkel auch auf die Kinder und Jugendlichen, die in Interaktion mit ihren Vätern aufwachsen. Dieser Bereich der Forschung wurde seit den 80er Jahren intensiviert (Lamb, 1997, 2002, Lamb, Frodi, Hwang & Frodi, 1982, Lamb & Oppenheimer, 1989). Insgesamt gibt es verschiedene Arten von Studien, mit denen der Bedeutung des Vaters nachgegangen wird. Früher wie heute werden Untersuchungen zu den Auswirkungen der Vaterlosigkeit durchgeführt. Gegenwärtig wird vor allem mit Interaktionsstudien gearbeitet (Lamb, 1997, Meyer-Kramer, 1980).

Die Rolle, die dem Vater innerhalb der Familie und im Leben eines Kindes zugesprochen wird, hat sich über die Zeit immer wieder geändert: „The ‚dominant motif‘ has shifted from ‚moral teacher‘ to ‚bread winner‘ to ‚sex role model‘ to ‚new nurturant father‘“ (Daly, 1995, S. 22). Gerade die Rolle des *new nurturant father* hat die Vater-Kind-Beziehung vor allem in den Vereinigten Staaten zu einem Schwerpunkt im Forschungsbereich um Väter gemacht, denn „increasing evidence indicates that fathers‘ circumstances and behaviors are consequential for the well-being and development of children and for their transition to adulthood“ (Hernandez & Brandon, 2002, S. 33). Die Bindung des Kindes an den Vater entwickelt sich zur gleichen Zeit wie die zur Mutter, dennoch scheint es auch neueren Studien zu Folge so, als wäre die Bindung zur Mutter vor allem bei jüngeren Kindern intensiver (Lamb, 2002)¹². Lamb bemerkt, dass es dafür keinerlei biologische Ursachen gibt, sondern dass es vor allem gesellschaftliche Gründe sind, die Mütter zu den Hauptsorgenden der Kinder machen. Die Gesellschaft schreibt meist noch immer der Mutter eine Spezialisierung auf die expressive Rolle zu, während Väter auf die instrumentelle beschränkt bleiben (Videon, 2005). Eigentlich ist das Kind von Geburt an ausgestattet, mehrere Bindungspersonen zu haben, denn das bedeutet ein breites und differenziertes Angebot an Außenreizen und Interaktionsmöglichkeiten. Beteiligen sich Väter verstärkt an der Betreuung und Erziehung, kann der eben beschriebene Unterschied in der Bindungsintensität verschwinden oder sich zumindest verringern. Wenn auch die Zeitangaben in den einzelnen Studien schwanken, verbringen Kinder und Jugendliche noch immer mehr Zeit mit ihren Müttern. Die Zeit, die mit dem Vater verbracht wird, ist individuell verschieden. Sie hängt zum einen wesentlich von der Familienform ab: in traditionellen

¹² Im Folgenden wird die Vater-Kind-Beziehung vorrangig mittels Ergebnissen und Schlussfolgerungen beschrieben, denen empirische Untersuchungen zu Grunde liegen. Für eine Betrachtung aus psychoanalytischer Sichtweise sei auf Schon (2001) und auf die Abbildung 4.1-1 im Anhang 1 auf Seite 323 verwiesen.

Familien, in denen der Vater als Alleinverdiener fungiert, sind Väter weniger an der Betreuung und Erziehung der Kinder beteiligt als in sogenannten nichttraditionellen Familien, in denen Haushalt und Kinderbetreuung gleichmäßiger verteilt werden (Lamb et al., 1982, Lamb & Oppenheim, 1989, Marsiglio, 1995). Zum anderen sind Faktoren wie das Selbstkonzept des Vaters und seine Arbeitssituation entscheidend. Insgesamt verbringen Eltern mehr Zeit mit jüngeren Kindern, wenn diese noch verstärkt auf sie angewiesen sind. Während der Adoleszenz nimmt die gemeinsam verbrachte Zeit ab, da Peers und Partnerschaft an Bedeutung gewinnen (Pleck, 1997). Hofferth, Pleck, Stueve, Bianchi & Sayer (2002) nennen noch ein weiteres wesentliches Kriterium der Vater-Kind-Beziehung: die Beziehungsqualität. Sensibilität für die Bedürfnisse des Kindes trägt zur Bindungssicherheit bei und festigt die Beziehung. Dabei verbringen Väter zu allen Zeitpunkten der Entwicklung mehr Zeit mit Söhnen (Hosley & Montemayor, 1997, Lamb, 2002). Die Auswirkung der Qualität der Vater-Kind-Beziehung sowie der Anwesenheit und des Fehlens des Vaters während der Entwicklung des Kindes werden im Folgenden beschrieben.

4.2 Die Bedeutung des Vaters in der Entwicklung

4.2.1 Die Auswirkungen auf die kognitive Entwicklung und das Sozialverhalten

Dem Vater wird eine wesentliche Bedeutung für die kognitive und intellektuelle Entwicklung des Kindes zugesprochen (Biller & Kimpton, 1997, Lamb, 2002, Lamb & Oppenheim, 1989, Meyer-Kramer, 1980, Palkowitz, 2002, Pleck, 1997). Sowohl die Zeit, die ein Vater mit dem Kind verbringt, als auch sein emotionales Engagement und sein Verhalten wirken sich auf kognitive Kompetenzen aus. Bringt sich der Vater während der Entwicklung in die Vater-Kind-Beziehung ein, werden kognitive Fähigkeiten gestärkt. Dafür können verschiedene Gründe angeführt werden: zum einen dient der Vater als Vorbild und Modell, es greift das Prinzip des Modelllernens, zum anderen bietet die Interaktion mit dem Vater dem Kind eine große Erfahrungsbreite. Lehr (1980) beschreibt, dass Väter ausgefallene und originelle Spiele und Beschäftigungen in der Interaktion bevorzugen und eine große Variabilität an Interaktionsformen zu erkennen ist, deshalb

... dürfe sich die Vater-Kind-Beziehung positiv für die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes auswirken, da der Vater für eine größere Variabilität und Mannigfaltigkeit der frühkindlichen Erfahrungen sorgt und damit von den ersten Lebenstagen an das Lernpotential erhöht und so die kognitive Entwicklung des Kindes günstig beeinflusst. (S. 664)

Eine Verbesserung schulischer Leistungen kann festgestellt werden. Blanz, Geisel, Laucht, Esser & Schmidt (1986) stellen in ihrer Studie dar, dass sich Väter zusätzlich dann im kognitiven und schulischen Bereich engagieren, wenn dazu Bedarf besteht. Schwächere schulische und kognitive Leistungen veranlassen zu verstärkter intellektueller Zuwendung und Förderung, die sich in einer Verbesserung der Leistungen niederschlagen kann. Besonders ein sehr früher Vaterverlust kann Folgen für die kognitive Entwicklung haben. Biller & Salter (1989), Blachard & Biller (1971) sowie Radin (1981a) zeigen in ihren Studien auf, dass Kinder und Jugendliche, die ihren Vater sehr früh in der Kindheit verloren haben, in ihren schulischen Leistungen hinter denen Gleichaltriger zurückliegen und leistungsschwächer sind. Nicht alle Untersuchungen bestätigen aber schlechtere schulische und intellektuelle Leistungen bei vaterlos Aufgewachsenen (Bain, Boersma & Chapman, 1983, Goldstein, 1982, 1983). Über Geschlechtsunterschiede besteht Uneinigkeit. Blanz et al. (1986) gehen davon aus, dass vor allem Söhne dann verstärkt in schulischen Belangen gefördert werden, wenn dazu Bedarf besteht. Mädchen erhalten mehr Zuwendung im emotionalen Bereich. Zu beachten ist auch, wie schon zuvor erwähnt, der Einfluss der sozialen Schicht und des soziökonomischen Status, der zu einer Benachteiligung in Schul- und Bildungsmöglichkeiten führen kann. Besonders das Zusammenspiel aus einem niedrigen sozioökonomischen Status und frühem Vaterverlust ist im Bezug auf die kognitive Entwicklung mit erheblichen Risiken verbunden (Biller & Kimpton, 1997).

Die Bedeutung des Vaters für die Entwicklung des Sozialverhaltens wird fast immer aus Sicht der Defizithypothese untersucht: es werden vaterlos aufgewachsene Kinder und Jugendliche betrachtet, um mögliche Beeinträchtigungen festzustellen. Nur wenige Untersuchungen beschreiben den positiven Einfluss einer sicheren Bindung zum Vater. Diese kommen zu dem Ergebnis, dass eine solche Vater-Kind-Beziehung die sozialen Fähigkeiten, zum Beispiel die Sozialkompetenz, fördert (Biller & Kimpton, 1997, Biller & Salter, 1989, Lamb, 2002, Pleck, 1997).

Besonders intensiv untersucht wurden und werden Verhaltensauffälligkeit und Delinquenz. Gestörtes Sozialverhalten in Form von aggressivem und dissozialem Verhalten ist die zweithäufigste Diagnose in der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik und Praxis. Männliche Kinder und jüngere Jugendliche sind überrepräsentiert. Als Hauptsymptome treten vor allem anhaltender Ungehorsam, körperliche Auseinandersetzungen mit anderen und ein Mangel an Unrechtsbewusstsein und Schuldgefühlen auf (Steinhausen, 2002). Die Erfassung erfolgt so gut wie nie durch die Betroffenen selbst, da Selbsteinschätzung und Einsicht in den meisten Fällen nicht den wahren Tatsachen entsprechen. Für Kinder und Jugendliche aus vaterlosen Familien ist Verhaltensauffälligkeit besonders oft dokumentiert (Mason, Cauce, Gonzales & Hiraga, 1994, Mott, Kowaleski-Jones & Menaghan, 1997, Pfiffner, McBurnett & Rathouz, 2001, Thompson, Kaslow, Price, Williams & Kingree, 1998). Diese Befunde stehen in Einklang mit der deutschen Studie von Schleiffer (1988). Dieser fasst in seiner Untersuchung die Daten von 438 Kindern zusammen, die in einer kinderpsychiatrischen Ambulanz vorgestellt wurden. Auch er kommt zu dem Ergebnis, dass die Diagnose *Störung des Sozialverhaltens* deutlicher häufiger bei Kindern gestellt wird, die einen Elternteil, vorrangig den Vater, verloren haben. Dies trifft für alle Verlustursachen (Scheidung, Trennung, Tod) zu. Vielen anderen Faktoren wird ein großer Einfluss zugesprochen, wie dem sozioökonomischen Status und weiteren Familienfaktoren (Cadoret, O’Gorman, Troughton & Heywood, 1985, Mott et al., 1997). Verhaltensauffälligkeit in Kindheit und früher Jugend wird als Prädiktor für spätere Delinquenz angesehen (Moore, Chamberlain & Mukai, 1979, White, Moffit, Earls, Robins & Silva, 1990).

Der Begriff der Delinquenz stammt aus der Kriminologie und bezeichnet „eine Kategorie von dissozialen Handlungen, die von verschiedenen Kontrollinstanzen verfolgt werden, wobei nicht notwendigerweise eine gesetzlich vorgegebene Strafdrohung vorliegen muss“ (Steinhausen, 2002, S. 224f). Viele delinquente Handlungen nehmen nicht das Ausmaß krimineller Straftaten an. In der Kriminalstatistik sind männliche Jugendliche und junge Erwachsene deutlich überrepräsentiert. Der Verbindung Vaterverlust und Delinquenz wurde ab den 50er Jahren nachgegangen (Brown & Epps, 1966, Gregory, 1965, 1966, Koller, 1970, Markusen & Fulton, 1971). Dass der frühe Verlust des Vaters einen Prädiktor für Delinquenz darstellt, können auch neuere Studien bestätigen (Dornbusch et al., 1985,

Harper & McLanahan, 2004, Juby & Farrington, 2001, Pitt-Aikens & McKinnon, 2000), so auch die großangelegte finnische Kohortenstudie von Sauvola et al. (2002). Mackey & Mackey (2003) beschreiben Vaterabwesenheit als einen starken Prädiktor für gewalttägliches Verhalten bei Jungen. Ein möglicher Erklärungsansatz liegt in der fehlenden Unterstützung durch das familiäre und soziale Umfeld, was nach dem Verlust des Vaters häufig zu beobachten ist. Als Folge sind die Betroffenen öfter auf sich allein gestellt. Der Einfluss der Familie darf auf keinen Fall außer Acht gelassen werden (Herzog & Sudia, 1973, Hindle, 1998, Kury, 1980, Larzerele & Patterson, 1990, Rydelius, 1983, Seitz, 1980). Es ist von einem multifaktoriellen Entstehungsmodell auszugehen, das aber nicht weiter vertieft werden soll.

Vaterverlust wird auch in Zusammenhang mit Sucht bei Jugendlichen untersucht¹³. Der Konsum von Suchtmitteln kann als eine häufig beschriebene fehlgeleitete Bewältigungsstrategie in der Zeit nach einem Verlust auftreten (Käsler, 1993, Shoor & Speed, 1976, Skolnick, 1979). Krämer (1992) bezeichnet dies als ein „unangepasstes Mittel der Krisenbewältigung“ (S. 58). Sucht wird aber, ähnlich wie Delinquenz, auch als eine mögliche Auswirkung des Vaterverlusts während der Entwicklung betrachtet. Vor allem in frühen Untersuchungen wird Sucht als mögliche Folge von Vaterverlust beschrieben (Bell & Champion, 1979, Dennehy, 1966, Oltman & Friedman, 1967, Rosenberg, 1969). In den letzten 20 Jahren stellten nur wenige Studien eine Verbindung fest, unter anderem die von Boyle & Offord (1986) und Martin & Lee (1989). Die wenigen neueren Untersuchungen mit sehr großen Stichproben können eine mögliche Verbindung nicht endgültig klären (Carboneau et al., 1998, Maier & Lachman, 2000, Kendler, Sheth, Gardner & Prescott, 2002). Das könnte unter anderem dadurch bedingt sein, dass unabhängig von Verlustereignissen das Spektrum der Forschung hinsichtlich Alkohol- und Drogenmissbrauch erweitert wurde und mehr Einflussvariablen beachtet werden. Heute wird der genetischen Anlage eine wesentliche Rolle zugesprochen (Barnes, 1977, Cadoret et al., 1985 Kendler, Neale, Kessler, Heath & Eaves, 1992,

¹³ Unter Sucht versteht man im weitesten Sinne eine zwanghafte Bedürfnisbefriedigung, die Symptome einer psychischen und/oder physischen Abhängigkeit aufweist. Sucht als Begriff wird in erster Linie in Zusammenhang mit dem Konsum psychoaktiver Substanzen gebraucht, aber auch für bestimmte nichtsubstanzbezogene Verhaltensmuster wie Spielsucht, Arbeitssucht, sexuelle Besessenheit, exzessive sportliche Betätigung und andere Tätigkeiten, die durch hohe Frequenz und zwanghafte Ausführung charakterisiert sind (Gilbert, Gilbert & Schultz, 1998). Im Folgenden soll Sucht nur im engeren Sinne betrachtet werden, also als „psychische und physische Abhängigkeit von Substanzen mit zentralnervöser Wirkung“ (Definition der WHO, in Steinhäusen, 2002, S. 231).

McCord, 1988, 1991a, 1991b, Tarter, Alterman & Edwards, 1985). Es muss auch die Persönlichkeit jedes einzelnen und das familiäre Umfeld berücksichtigt werden (Block, Block & Keyes, 1988, Brook, Whiteman, Cohen, Shapiro & Balka, 1995, Brook, Whiteman, Gordon & Cohen, 1986, Dornbusch et al. 1985, Gorsuch & Butler, 1976, Jurich, Polson, Jurich & Bates, 1985). Es wird unter anderem die These des Modellernens vertreten, wonach Kinder und Jugendliche sehr stark vom Verhalten ihrer Eltern beeinflusst werden und deren Konsumgewohnheiten in Bezug auf Alkohol und andere Suchtmittel übernehmen (White, Bates & Johnson, 1991). Ähnliches gilt auch für die Peergroup. Hingewiesen sei auf eine Reihe weiterer frühkindlicher Risikofaktoren wie das Hyperkinetische Syndrom sowie auf die enge Verbindung mit Verhaltensauffälligkeit und Delinquenz (Dobkin, Tremblay, Mâsse & Vitaro, 1995, McCord, 1991b, Robins, Bates & O'Neal, 1991, Robins & McEvoy, 1990).

4.2.2 Die Bedeutung für Geschlechtsrolle und Selbstkonzept

Der Vater als wichtige Figur für die Entwicklung und Prägung der Geschlechtsrolle und des Selbstkonzepts stellt einen Forschungsschwerpunkt dar. Je nachdem wie der Vater seine Rolle ausfüllt, kann dies unterschiedliche Auswirkungen haben. So bilden sich zum Beispiel traditionelle Verhaltensstereotype durch den Umgang mit dem Vater heraus, ebenso Teile des Selbstkonzepts (Hosley & Montemayor, 1997, Williams & Radin, 1999). Sowohl bei Söhnen als auch bei Töchtern wird durch die Vaterbeziehung der Grundstein für das Eingehen von Beziehungen gelegt. Dass sich der Verlust und das Fehlen des Vaters auf die Entwicklung der Geschlechtsrolle und des Selbstkonzepts auswirken können, wurde schon in frühen Studien angenommen (Bach, 1946, Lynn & Sawrey, 1959, Sears et al., 1946, Winch, 1949). Die Forschung dauert bis heute an.

Das Konzept für das eigene Geschlecht bildet sich in den ersten beiden Lebensjahren heraus, die Geschlechtsrolle wird in die Persönlichkeit integriert. Für Jungen wird die Anwesenheit des Vaters während der Kindheit und Jugend als besonders wichtig erachtet, obwohl auch dem gegengeschlechtlichen Elternteil eine wesentliche Rolle zugesprochen wird. Forschungsergebnisse lassen den Schluss zu, dass das Erlernen von geschlechtstypischem Verhalten durch die Identifizierung mit und das Imitieren des gleichgeschlechtlichen Elternteils geschieht (Hetherington, 1972, Hetherington, Cox & Cox, 1979, McDougall, 1989, Williams & Radin, 1999). Vaterverlust bedeutet

dementsprechend, dass der Vater als prägender Faktor in der Entwicklung nicht präsent ist und damit als Vorbild- und Identifikationsfigur fehlt (Franz, Lieberz, Schmitz & Schepank, 1999, Mott, 1994, Stevenson & Black, 1988, Warzecha, 2003). Die Ergebnisse zu den Auswirkungen auf die Geschlechtsrolle und das Selbstkonzept sind unterschiedlich und breit gefächert. Ein Ansatz beschreibt, dass das Fehlen des männlichen Rollenvorbildes dazu führt, dass weniger maskuline Verhaltensweisen beobachtet und gelernt werden und betroffene Jungen dementsprechend ein weniger maskulines Selbstkonzept und eine weniger maskuline Geschlechtsrollenprägung aufweisen (Beaty, 1995, Bernstein, Steiner, Glaister & Muir, 1981, Block, 1973, Covell & Turnbull, 1982, Drake & McDougall, 1977, Hetherington, 1966, Murray & Sandqvist, 1990, Sander & Isselstein, 1982). Dies reicht hin bis verstärkt femininen Zügen im Selbstkonzept. Das trifft besonders dann zu, wenn der Vater sehr früh in der Kindheit abwesend war. Aber auch der umgekehrte Fall wird beschrieben, nämlich dass Jungen, die ohne Vater aufgewachsen, vermehrt männertypische Verhaltensweisen zeigen (Santrock, 1977, Stevenson & Black, 1988). Biller & Salter (1989) erklären diesen Befund durch Kompensationsverhalten: wird die eigene Geschlechtsrolle und das Selbstkonzept als zu wenig maskulin erlebt, dann wird das nach außen durch besonders maskulines Auftreten kompensiert. Beide beschriebenen Ansätze möglicher Auswirkungen weisen auf die Gefahr einer generellen Verunsicherung in sexuellen Belangen bei Jungen und jungen Männern hin (Thomas, 1980).

Zwar steht Mädchen und jungen Frauen bei Vaterverlust mit der Mutter das gleichgeschlechtliche Rollenvorbild noch zur Verfügung, doch auch die Wichtigkeit des gegengeschlechtlichen Elternteils ist zu betonen (Stevenson & Black, 1988). Hetherington (1972) und Mattejat (1986) weisen darauf hin, dass das Fehlen der Vaterfigur die Erfahrungsmöglichkeiten im Umgang mit dem männlichen Geschlecht in der Kindheit einschränkt, was sich in Unsicherheit gegenüber Männern und im Umgang mit der eigenen Geschlechtsrolle niederschlagen kann. Einige Studien stellen eine Verbindung her zwischen der Abwesenheit des Vaters in der Kindheit und einer erhöhten Frequenz sexueller Kontakte sowie frühen Schwangerschaften (Bannon & Southern, 1980, Biller & Salter, 1989, Coddington, 1979, Ellis et al., 2003, Hepworth, Ryder & Dreyer, 1984). Folgen der Abwesenheit für Mädchen und junge Frauen wurden in einigen Studien auch widerlegt (Fleck, Fuller, Malin, Miller & Acheson, 1980, Hainline & Feig, 1978).

Mack (2001) stellt bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen aus dem *National Survey of Families and Households (NSFH)* der Vereinigten Staaten, die ohne Vater aufgewachsen, unabhängig vom Geschlecht einen deutlich verringerten Selbstwert gegenüber denjenigen aus Familien, in denen der Vater anwesend war, fest. Zu dem gleichen Ergebnis kommt auch Miller (1984). Es werden zudem Schwierigkeiten bei der Kontaktaufnahme und im Eingehen und Aufrechterhalten von Beziehung jeder Art beschrieben, sowohl bei Kindern als auch bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Garmezy, 1983, Maier & Lachman, 2000, Ragan & McGlashan, 1986, Schleiffer, 1988). Dass aber nicht unbedingt eine Beeinträchtigung des Selbstwerts vorliegen muss, zeigt zum Beispiel die Studie von Partridge & Kotler (1987). Für den Selbstwert sind zudem die Beziehung zum anderen Elternteil und weitere Einflussfaktoren von großer Bedeutung, allen voran der sozioökonomische Status (Harris, Brown & Bilfulco, 1986, Ho, Lempers & Clark-Lempers, 1995, Ingham, Kreitman, Miller, Sashidharan & Surtees, 1986).

5. Aufbau und Problematik von Studien zu Trauer und Verlust

5.1 Studien zu Trauer nach dem Verlust eines Elternteils

Studien zu Trauer nach dem Verlust eines Elternteils umfassen die Zeit unmittelbar nach dem Tod bis zu einigen Jahren später. Es werden verschiedene Merkmale der Trauer, Unterschiede in der Trauerreaktion sowie der zeitliche Verlauf des Trauerprozesses erhoben.

Um Trauer und Verlust bei Kindern und Jugendlichen zu erforschen, gibt es verschiedene Möglichkeiten. Epidemiologische Surveys liefern vor allem statistische Daten. Sie konzentrieren sich nicht speziell auf Verlustereignisse, sondern erfassen eine meist sehr große Zahl von Kindern und Jugendlichen. Diejenigen, die einen Elternteil verloren haben, bilden nur eine Untergruppe. Den Surveys lässt sich zum einen entnehmen, wie viele Kinder und Jugendliche vom Tod eines Elternteils betroffen sind. Zum anderen können einige Begleitumstände erfasst werden, wie zum Beispiel die finanzielle Situation betroffener Familien, die Familienzusammensetzung sowie das Todesdatum und eventuell auch die Todesursache. Über die Trauer selbst werden keine Aussagen getroffen, höchstens noch darüber, wie viele Kinder und Jugendliche in Folge eines Elternverlusts professionelle Hilfe in Anspruch nehmen oder sich in medizinische Behandlung begeben.

Bei der Erhebung von klinischen Stichproben wird vor allem der Frage nachgegangen, inwieweit psychische und physische Erkrankungen und Auffälligkeiten in Verbindung mit einem Verlustereignis stehen. Dazu werden meist Kinder und Jugendliche herangezogen, die in Kliniken, kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanzen oder anderen Einrichtungen vorgestellt werden oder sich in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung befinden. Liegt bei einem Kind oder einem Jugendlichen auffälliges Verhalten oder eine psychische Erkrankung vor und ist in den letzten Jahren der Tod eines Elternteils geschehen, werden Verhalten oder Erkrankung als ein Symptom der Trauer oder eine Folge des Elternverlusts bezeichnet. Auch in diesen Studien werden nicht alle Trauerreaktionen und Trauermerkmale beschrieben, sondern es erfolgt eine Konzentration vor allem auf internalisierende Symptome wie Depression und Angst und externalisierende Verhaltensweisen sowie auf gesundheitliche Beschwerden.

Um direkt die Trauer zu erfassen und zu beschreiben, bieten sich Studien an, die sich auf trauernde Kinder und Jugendliche konzentrieren und keinen klinischen Hintergrund haben. Diese Stichproben werden meist mit Unterstützung von kirchlichen und säkularen Trauereinrichtungen, durch Aushänge oder Anzeigen oder unter zu Zuhilfenahme der epidemiologischen Surveys zusammengestellt. Es werden nur Kinder und Jugendliche erfasst, die in den letzten Monaten und Jahren einen Elternteil durch Tod verloren haben. Auf diese Weise kann auf die Trauer, ihre Reaktionen und Merkmale, ihre Intensität und Ausprägung und auch auf mögliche pathologische Entwicklungen eingegangen werden. Dazu werden sowohl Längs- als auch Querschnittsstudien verwendet. Querschnittsstudien erfassen die Trauer durch eine einzige Messung und ermöglichen eine Beschreibung zu diesem einem Zeitpunkt. Sie werden häufig durchgeführt, da sie nicht so zeit- und kostenintensiv sind, mit geringerem Personalaufwand auskommen und nicht sicherstellen müssen, dass die Befragten für Untersuchungen zu weiteren Messzeitpunkten zur Verfügung stehen. Jedoch haben diese Studien den Nachteil, dass sie nur einen einzigen Zeitpunkt im Trauerprozess beschreiben. Aussagen über den individuellen Verlauf der Trauer und Veränderungen über einen bestimmten Zeitraum können nur schwer getroffen werden (Bonanno & Kaltman, 1999, Stroebe & Stroebe, 1989/90). Dies gelingt am besten mit Längsschnittstudien, die allerdings sehr kosten- und personalintensiv sind und einen großen Zeitaufwand erfordern. Zudem müssen die Teilnehmer bereit sein, sich für mehrere Befragungszeitpunkte zur Verfügung zu stellen. Die Teilnehmerzahl verringert sich dennoch meist. Durch mehrere Messzeitpunkte wird es möglich, den Verlauf des Trauerprozesses und die Trauerreaktionen in ihrem zeitlichen Verlauf abzubilden und Veränderungen festzustellen.

In den meisten Untersuchungen werden Selbstbeurteilungsfragebögen verwendet, die oft in Interviews integriert sind oder dadurch ergänzt werden. Eine Übersicht über die Messinstrumente zu Trauer geben Tomita & Kitamura (2002). Die am häufigsten verwendeten Instrumente sind das *Texas Revised Inventory of Grief (TRIG)* von Faschingsbauer, Zisook & DeVaul (1987), das *Grief Experience Inventory (GEI)* von Sanders, Mauger & Strong (1979) und die *Grief Measurement Scale (GMS)* von Jacobs, Kasl, Ostfeld, Berkman & Charpentier (1986). Es stehen weitere Messinstrumente für bestimmte Anwendungsbereiche (zum Beispiel Verlust eines ungeborenen Kindes) zur Verfügung. Dazu kommen die Instrumente für Diagnostik von komplizierter Trauer.

Untersuchungen zu Trauer und Verlust weisen eine Vielzahl von Schwierigkeiten auf. Der erste große Kritikpunkt liegt in der unklaren Definition des Begriffs *Elternverlust*. Viele Studien differenzieren weder bei ihrer Stichprobenzusammensetzung noch bei der Darstellung der Ergebnisse nach der Ursache des Elternverlusts. Tod, Scheidung und zeitliche begrenzte Trennung als mögliche Gründe werden gleichgesetzt, eventuell vorhandene Unterschiede bei den Auswirkungen ignoriert (Laajus, 1984, Tennant, 1991). Es liegen jedoch Untersuchungen vor, die unterschiedliche Folgen belegen (Canetti et al., 2000, Felner, Stolberg & Cowen, 1975). Zudem fehlt vielfach eine Differenzierung danach, welcher Elternteil gestorben ist. Diese müsste aber unbedingt getroffen werden, denn „as fathers and mothers typically play different roles and fill different needs in the lives of their children, loss of a mother or a father would not be expected to have identical outcomes“ (Berlinsky & Biller, 1982, S. 8).

Ein weiteres wesentliches Problemfeld liegt in der Zusammenstellung der Stichprobe. Klinische Stichproben umfassen nur Kinder und Jugendliche, die eine klinische Symptomatik aufweisen und häufig Patienten in kinderpsychiatrischen Ambulanzen, Kliniken oder Therapiegruppen sind oder sich zumindest in medizinischer Behandlung befinden. Eine Generalisierung auf andere Kinder, die einen Elternteil verloren haben, ist deshalb kaum möglich ist (Epstein, Weitz, Roback & McKee, 1975, Vida & Grizenko, 1989). Klinische Stichproben haben des Weiteren den Nachteil, dass sie sehr groß sein müssen, um den Zusammenhang von Verlust und Trauer mit einer psychischen oder physischen Erkrankung überzeugend darlegen zu können. Dies ist oft nicht der Fall, es wird häufig mit sehr kleinen Stichproben gearbeitet (Kranzler, 1990, Lieberman, 1989, Perkins & Harris, 1990).

Auch andere Rekrutierungsmethoden geben Anlass zur Kritik. Häufig wird die These vertreten, dass sich auf Aushänge oder Anschreiben nur diejenigen melden würden, die auf Grund ihrer Situation ein verstärktes Mitteilungsbedürfnis hätten, das auf eine klinische Symptomatik hindeuten kann. Im Zusammenhang mit der Stichprobenzusammensetzung wird auch auf die Kontrollgruppe hingewiesen (Clark & Goldney, 1995, Krupnick & Solomon, 1987, Parkes, 1990). Häufig wird auf Kontrollgruppen verzichtet, obwohl dies in einigen Studien mit klinischen Stichproben nützlich wäre, um das Verhalten trauernder Kinder und Jugendlicher einordnen zu können. Kommen Kontrollgruppen zum Einsatz, fallen sie oftmals durch eine unangemessene Zusammenstellung oder durch eine zu geringe Größe auf.

Unterschiedliche Studiendesigns und die Verwendung verschiedener Messinstrumente machen außerdem einen Vergleich zwischen den Ergebnissen einzelner Studien schwierig (Clark & Goldney, 1995, Kersting et al., 2003, Osterweis, Solomon & Green, 1984). Zudem werden teilweise nicht die Trauerempfindungen der Kinder und Jugendlichen selbst erfasst, sondern Personen befragt, die den Betroffenen nahe stehen, wie Eltern, Lehrer oder Fachpersonal. Diejenigen, die eigentlich trauern, werden übergangen, obwohl es keinen Beleg dafür gibt, dass andere Personen die Empfindungen der Trauer genauso einschätzen. Eine letzte Schwierigkeit liegt darin, dass die Umstände, die den Tod eines Elternteils begleiten, nicht oder nur ungenügend berücksichtigt werden (Epstein et al., 1975, Laajus, 1984, Valente, Saunders & Street, 1988, Vida & Grizenko, 1989). So werden Familienumstände wie die Beziehung zum verbliebenen Elternteil oder die Todesursache nicht miterhoben oder gehen nicht in die Auswertung ein, obwohl sie bedeutenden Einfluss auf die Trauer haben können.

5.2 Die Erfassung von längerfristigen Folgen frühkindlichen Elternverlusts

Über kaum ein anderes Thema im Bereich der Forschung um Trauer und Verlust gibt es ähnlich viele Diskussionen und konträre Meinungen wie über längerfristige Folgen von frühkindlichem Elternverlust. Fast alle Veröffentlichungen werden kontrovers diskutiert, übereinstimmende Ansichten sind kaum zu finden. Zwar herrscht Einigkeit darüber, dass der Tod eines Elternteils in der Kindheit einen kritischen Einschnitt im Leben des Kindes darstellt, der Auswirkungen auf die Entwicklung haben kann. Darüber, inwieweit ein Verlustereignis aber verbunden ist mit später auftretenden psychischen und somatischen Erkrankungen besteht Uneinigkeit. Die Psychoanalyse geht von einer Verbindung frühkindlicher Erlebnisse mit dem späteren Befinden aus. Eine Vielzahl empirischer Studien belegt zudem den Zusammenhang zwischen frühkindlichem Elternverlust und psychischer oder gesundheitlicher Erkrankung im Erwachsenenalter (Kivelä et al., 1998, Thompson, Kaslow, Kingree et al., 1998). Jedoch auch Vertreter konträrer Meinungen sehen sich bestätigt durch Ergebnisse von Untersuchungen, die einen solchen Zusammenhang widerlegen (Crook & Eliot, 1980, Mireault & Bond, 1992, Tennant, 1988, Tennant, Bebbington & Hurry, 1980).

Es wird die These vertreten, dass nicht der Tod von Mutter oder Vater an sich den Grund für die Entstehung von Langzeitfolgen darstellt, sondern die Begleitumstände des elterlichen Todes sowie die Umstände, mit denen das Kind oder der Jugendliche im Laufe seiner weiteren Entwicklung konfrontiert ist (Rutter, 1979, Schleiffer, 1988, Silverman, 1987). Es wird auf die schon beschriebene Vulnerabilität hingewiesen. Es ist nicht der Tod eines Elternteils an sich, der zum Beispiel eine psychische Erkrankung auslöst. Vielmehr beeinflusst dieses so einschneidende Lebensereignis die Vulnerabilität der betroffenen Kinder und Jugendlichen und macht sie anfälliger für weitere Stressoren (Aiken, 1994, Aldwin & Sutton, 1998, Champion, 1990, Champion, Goodall & Rutter, 1995, Fulton & Metress, 1995, Goodyer, 1990a, 1990b, Kastenbaum, 1995, Rodgers, 1990, 1991, Speck, Peterander & Innerhofer, 1986, Weinstein, 1989).

Bei der Zusammenstellung von Stichproben und dem Aufbau von Untersuchungen zu frühkindlichem Elternverlust und möglichen Langzeitfolgen wird ähnlich wie bei Studien zu akuter Trauer vorgegangen. Für klinische Stichproben wird zurückgegriffen auf Personen, die an einer psychischen Erkrankung oder unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden. Bei psychischen und körperlichen Erkrankungen erfolgt die Zusammenstellung der Stichprobe an Hand von Patientenakten aus Arztpraxen oder es werden stationäre oder ambulante Therapiegruppen in medizinischen Einrichtungen untersucht. Innerhalb einer solchen Patientengruppe wird dann die Häufigkeit von frühkindlichem Elternverlust erfasst. Durch die Erkrankungsgeschichte und die medizinischen und psychologischen Daten kann dann auf eine Verbindung zum frühen Tod eines Elternteils geschlossen werden.

Nichtklinische Studien werden aus Personen zusammengestellt, die alle in der Kindheit einen Elternteil verloren haben. In so einer Gruppe werden dann mögliche psychische und gesundheitliche Erkrankungen erhoben und mit den Daten einer Kontrollgruppe verglichen. Sind die Personen mit Elternverlust in der Kindheit vermehrt betroffen, lässt sich ein Zusammenhang mit dem Verlusterlebnis herstellen.

Die Studien zu den Langzeitfolgen weisen eine Vielzahl von methodischen und anderen Schwierigkeiten auf. Ein möglicher Grund für die konträren Ergebnisse liegt in der Stichprobenzusammenstellung. Auch hier ist der Begriff *Elternverlust* sehr weit gefasst (Agid et al., 1999, Garmezy, 1986, Tennant, Smith, Bebbington & Hurry, 1981). Genauso verhält es sich mit dem Begriff *frühkindlich*: dieser Zeitraum wird mit von der

Geburt bis, je nach Studie, zum 14. bis 18. Lebensjahr angegeben, es gibt also bei der Festlegung des Zeitrahmens eine Diskrepanz von mehreren Jahren. Bei klinischen Stichproben zeigen sich Probleme unterschiedlichster Art, die für die Langzeitfolgen von Bedeutung sind. Eine Schwierigkeit liegt in der Zusammenstellung der Stichprobe anhand der Diagnose. Zwar stehen mit der ICD und dem DSM Klassifikationswerke zur Verfügung, die genaue Richtlinien für die Erstellung einer Diagnose vorgeben. Trotzdem gibt es Abweichungen, besonders da viele psychische Erkrankungen wie Depressionen und Angststörungen nicht von Fachärzten festgestellt werden (Critelli, 1983, Tennant et al., 1980). Dementsprechend gibt es keine Garantie, dass in einer Stichprobe ein homogenes Erkrankungsmuster vorherrscht. Das gilt vor allem für ältere Untersuchungen, eine Vergleichbarkeit mit späteren und aktuellen Studien ist somit erschwert.

Der Hauptkritikpunkt besteht darin, dass der Verlust schon vor einiger Zeit geschah und rückwirkend erfasst wird. Deshalb ist es schwer, die Umstände des elterlichen Todes nach so langer Zeit noch genau zu erfassen (Markusen & Fulton, 1971). Viele Studien versäumen es, die Begleitumstände zu rekonstruieren, bei anderen erfolgt das nur in ungenügender Weise (Adam, Lohrenz, Harper & Streiner, 1982, Barton & Zeanah, 1990, Wheaton, Roszell & Hall, 1997). Bei der rückwirkenden Beschreibung der Todesumstände und anderer Begleitfaktoren, wenn sie denn miterfasst werden, werden die Angaben der Teilnehmer herangezogen. Inwieweit sich die Betroffenen nach so langer Zeit noch an die genauen Umstände erinnern können, ist fraglich (Brewin, Andrews & Gotlib, 1993, Krupnick & Solomon, 1987, Rubin, 1985). Zudem ist darauf hinzuweisen, dass klinische Stichproben aus Patienten bestehen, die sich in Behandlung befinden wegen psychischer Erkrankungen, die eine Verzerrung der Realität bewirken können. Das kann sich auf die augenblickliche Wahrnehmung der damaligen Umstände auswirken und somit zu einer Verfälschung der Erinnerungen führen. Besonders häufig wird das für Personen mit Suchterkrankungen beschrieben (Tennant & Bernardi, 1988). Patienten, die unter depressiven Erkrankungen leiden, neigen dazu, auch rückwirkend alle Ereignisse negativer zu betrachten als sie wirklich waren. Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis wirken sich ähnlich aus. Barraclough & Bunch (1973) können in ihrer Studie Erinnerungsverzerrungen belegen, indem sie eine erhebliche Differenz zwischen dem Zeitpunkt des Elternverlusts, den die Befragten selbst angaben, und dem, der mittels Urkunden ermittelt wurde, aufzeigten.

6. Der Trauerprozess bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Der Trauerprozess beinhaltet psychische, physische, kognitive und soziale Komponenten und steht in Wechselwirkung mit allen Bereichen des menschlichen Lebens. Er wird im Folgenden durch einige ausgewählte Modellvorstellungen verdeutlicht, anschließend werden die wichtigsten Trauerreaktionen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen dargestellt.

6.1 Modellvorstellungen von Trauer und Verlust

6.1.1 Der Trauerprozess und die Anwendbarkeit von Modellen

Der Trauerprozess verläuft bei jedem, auch jedem Kind und jedem Jugendlichen, individuell. Die einzigartigen Eigenschaften und Fähigkeiten eines Menschen geben ihm ein individuelles Gefüge (Attig, 1996, Brabant, 1989/90, Doka, 1997). Seine Dauer lässt sich nicht festlegen. Bestimmte gesellschaftliche Vorstellungen wie das Trauerjahr haben kulturellen und rituellen Ursprung und sind sicherlich nicht ohne Grund entstanden. Dennoch eignen sie sich nicht dazu, dem individuellen Trauerverlauf eines Menschen einen zeitlichen Rahmen zu geben. Der Trauerprozess wird nicht passiv durchlaufen, sondern als ein Prozess betrachtet, in dem der Trauernde eine aktive Rolle einnimmt und auf den er Einfluss nehmen kann (Attig, 1991). Freud (1916) verwendete erstmals den Begriff der Trauerarbeit für den Prozess der Auseinandersetzung mit der Trauer. Die klassische Auffassung der Trauerarbeit beinhaltet die Realitätstestung und somit die Einsicht, dass der geliebte Mensch nicht mehr besteht und unwiederbringlich verloren ist, den Besetzungsabzug und zuletzt die Wiederaufnahme neuer Bindungen. Je inniger und bedeutungsvoller die Bindung an den Verstorbenen war, desto schwieriger ist die Ablösung und desto mehr Zeit erfordert sie.

„Reactions to death are variable, do not necessarily follow a set pattern [...]. There are, however, certain identifiable stages and points of time when events happen more frequently than others“ (Charlton & Dolman, 1995, S. 428). Zwar drückt sich Trauer auf individuelle Weise aus, es lassen sich aber bestimmte Abläufe und Muster erkennen, die es ermöglichen, Modellvorstellungen des Trauerprozesses zu entwerfen. Einige Modelle

gehen von einer *linearen* Vorstellung aus: es werden mehrere aufeinanderfolgende Phasen durchlaufen, wobei am Ende Erholung und Reorganisation eintreten. Dem gegenüber stehen *zyklische* Vorstellungen, in denen es einzelne Phasen gibt, die immer wieder auftreten und sich wiederholen¹⁴. Diese Modelle eignen sich für unterschiedliche Trauersituationen mehr oder weniger gut: zyklische Modelle passen vor allem auf die Trauer bei chronischer Krankheit, lineare Modelle werden bevorzugt nach einem personalen Verlust herangezogen. Es gibt eine Vielzahl von Modellen, von denen an späterer Stelle drei Beispiele vorgestellt werden.

Die verschiedenen Modellvorstellungen von Trauer werden heftig kritisiert. Kritiker bringen vor allem vor, dass Trauer durch eine individuelle Variabilität gekennzeichnet ist, der die Phasenmodelle nicht gerecht werden würden (Attig, 1996, Biondi & Picardi, 1996, Clegg, 1988). Levang (2002) beschreibt dies folgendermaßen:

Jeder Mensch erlebt die Trauer auf seine Art und Weise, für jeden einzelnen ist die Trauer ein individueller Vorgang [...]. Unsere Trauer gehört uns ganz allein. Wie wir reagieren, die Trauer durchleben oder überleben, hängt von einer Menge von Faktoren ab, die nur wir kennen. Es gibt keine einfachen Rezepte in fünf Schritten, keine Schablonen, die festlegen, wie jeder von uns trauert. Schließlich sind wir Individuen. (S. 30)

Die Trauerreaktionen des einzelnen dürften nicht generalisiert und vor allem nicht vereinfacht werden, so dass sie in ein bestimmtes Trauerschema passen. Dahinter steckt die Befürchtung, dass Phasenmodelle wegen ihrer ordnenden Funktion von professionellen Helfern schnell herangezogen werden, und der Trauernde dann in ein solches Modell hineingepresst wird und Abweichungen im Trauerverlauf sofort pathologisiert werden. Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf den Aufbau der Phasenmodelle, vor allem auf die Definition der einzelnen Phasen und ihrer Abfolge (Goldbrunner, 1996, Mittag, 1992). Linearen Modellen wird vorgeworfen, dass Trauer eben nicht in einem linearen und chronologischen Prozess voranschreitet, sondern die Trauernden zwischen Phasen hin- und herpendeln, einzelne überspringen oder auch wieder in frühere Trauerphasen zurückfallen.

Dennoch haben Modelle einen Sinn, wenn sie nicht als einzig mögliches und normales Trauermuster angesehen werden, sondern als allgemeine Beschreibungsheuristiken:

¹⁴ Siehe dazu die Abbildung 6.1.1-1 und 6.1.1-2 im Anhang 1 auf Seite 324.

„Empirische gesicherte Belege für einen phasischen Trauerverlauf gibt es keine – sie sind auch keine – sie sind auch nicht zu erwarten, weil diese Phasen nicht streng sequentiell ablaufen, sondern als Heuristiken dienen, welche als Orientierung für Trauernde gedacht sind“ (Znoj, 2004, S. 6). Buijsen & Polspoel (1997) stellen in diesem Zusammenhang dar, dass die Urheber dieser Modelle selbst darauf hinweisen, dass keinesfalls suggeriert werden soll, Trauer würde immer in identischer Weise verlaufen. Zudem sind die einzelnen Phasen miteinander verflochten, dazwischen gibt es Übergänge. Die Modelle leisten einen wichtigen Beitrag, da häufige und typische Trauerverläufe herausgearbeitet werden, die ein grobes Raster für den Trauerprozess darstellen, in das nicht jeder Betroffene unbedingt passen muss. Nestele (1998) schlägt vor, Trauermodelle als ein Art roten Faden der Orientierung zu bezeichnen. Die Trauermodelle wurden für Erwachsene konzipiert. Auch auf Jugendliche und junge Erwachsene, die über ein ähnliches Todeskonzept und Trauerverhalten wie Erwachsene verfügen, lassen sich die angeführten Vorstellungen anwenden. Für jüngere Kinder ist dies nicht uneingeschränkt der Fall, da diese meist keinen phasenhaften Trauerprozess durchleben: Zeiten intensiver Trauer wechseln sich mit Zeiten ab, in denen keine Trauer zu beobachten ist (Franz, 2002, Wintsch, 1996).

6.1.2 Das allgemeine Modell zu Trauer und Verlust

Es werden drei ausgewählte Modelle von Trauer vorgestellt. An erster Stelle wird ein Modell von Verlust und Trauer beschrieben, dass weder einer bestimmten Forschungsrichtung noch einem speziellen Verlustereignis zuzuordnen ist (Katz & Florian, 1986/87, Kelley, 2001, Lev & McCorkle, 1998, Schmied, 1988). Es lässt sich auch auf personale Verluste wie den Tod eines Elternteils anwenden, so wie es im Folgenden aufgezeigt wird.

1. Schock

Unmittelbar nach dem Tod eines nahestehenden Menschen setzt der Schock ein. Seine Intensität und Dauer können variieren. Meist ist er dann am ausgeprägtesten, wenn der Verlust plötzlich ohne jede Vorwarnung geschah. Der Schock ist die kürzeste Phase, er hält einige Stunden bis Tage an. Zu Beginn treten Kälte, Starre, und Benommenheit auf, auch Gefühlstaubheit wird beschrieben. Unglauben und Fassungslosigkeit lassen den

Tod irreal erscheinen. Verleugnung und Unglauben sind Schutzmechanismen, die zu diesem Zeitpunkt dazu dienen, nicht überwältigt zu werden und zusammenzubrechen, sondern durchzuhalten bis zu einem Zeitpunkt, an dem besser mit der Krise und den damit verbundenen Gefühlen umgegangen werden kann. Sie tragen dazu bei, den Alltag erst einmal zu bewältigen. Tägliche Verrichtungen laufen fast wie mechanisch ab. Sind die Trauerfeier und erste notwendige Erledigungen vorüber, folgen meist ein Rückzug von der Außenwelt und eine Konzentration auf sich selbst. Die nächste Phase setzt ein.

2. Trauerphase

Es beginnt die eigentliche Trauerphase, ein intensiver Prozess, der den Trauernden völlig in Anspruch nimmt und mit hohem psychischem und physischem Stress verbunden ist. Am Anfang zeigen sich noch immer Gefühle der Irrealität und des Unglaubens, die aber meist nach kurzer Zeit verschwinden. Sehnsucht nach dem Verstorbenen und der Wunsch nach Wiedervereinigung sind so stark, dass der Trauernde sich unfähig sieht, loszulassen. Er brütet über der Vergangenheit, ruft sich gemeinsame Erlebnisse in Erinnerung, befasst sich mit Gegenständen und Orten, die mit dem Verstorbenen in Verbindung stehen, manchmal so intensiv, dass Gefühle der Präsenz des verstorbenen Menschen auftreten. Während dieser Phase brechen starke Emotionen wie Wut, Angst und Verzweiflung auf. Diese Emotionen, die innere Anspannung und die Sehnsucht nach dem Verstorbenen sind so schmerzvoll, dass Trauernde immer wieder angeben, das Gefühl zu haben, verrückt zu werden. Der Umgang mit diesen Emotionen und der Trauer über den Verlust ist ein sehr persönlicher und individueller Prozess, der von den Erfahrungen, die eine Person bis jetzt in ihrem Leben gemacht hat, und von der Persönlichkeit des Trauernden abhängt. Die Dauer dieser Phase variiert.

3. Phase der Anpassung und der Reorganisation

Irgendwann scheint es dem Trauernden möglich, ins Leben zurückzukehren. Es erfolgt eine langsame Annäherung daran, wie die Welt in den Augen des Betroffenen sein sollte und wie sie wirklich ist. Die Suche nach einem Sinn im Leben beginnt, ein neuer Weltbezug wird entwickelt. Alte Aufgaben werden wieder aufgenommen, neue können hinzukommen. Die Anpassung an die veränderte Situation kann Neuerungen entstehen lassen, positives Wachstum ist möglich. Soziale Beziehungen können wiederentdeckt und weiterentwickelt werden. Viele Trauernde beschreiben Veränderungen in ihrer

Identität, da sie nun ein Dasein ohne den verstorbenen Menschen akzeptieren und leben müssen und neue Lebensinhalte zu ihrer Selbstdefinition heranziehen. Dies bedeutet aber nicht, dass die Trauer vollständig verschwunden ist. Noch immer werden Trauiergefühle erlebt, aber nicht mehr so intensiv wie in der Phase zuvor.

6.1.3 Das Modell von John Bowlby

John Bowlby (1987) schuf ein Modell, um den Ablauf des Trauerprozesses durch die Beschreibung einzelner Phasen darzustellen.

1. Phase der Betäubung

Diese Phase entspricht dem zuvor beschriebenen Schock. Auch Bowlby beschreibt eine Dauer von einigen Stunden bis zu einer Woche und weist auf die große individuelle Variabilität hin. Während dieser Phase treten erste Emotionsausbrüche und Panikanfälle auf, die die Betäubung unterbrechen beziehungsweise sich mit ihr abwechseln. Der Affektausdruck hängt wesentlich mit der Persönlichkeit des Trauernden zusammen.

2. Phase der Sehnsucht und der Suche nach der verstorbenen Person: Zorn

Die zweite Phase erstreckt sich gewöhnlich über einige Monate, manchmal auch über Jahre. Sie ist gekennzeichnet durch den Wunsch nach Wiedervereinigung mit dem Verstorbenen. Rastloses Suchen und Rufen nach der verstorbenen Person sind Verhaltensweisen, die Ausdruck der Sehnsucht und Hoffnung auf Rückkehr des geliebten Menschen sind. Die Folge sind wiederholte Enttäuschungen, die sich durch Weinen, Wut und Anklagen äußern. Der Trauernde ist gefangen in einem Konflikt zwischen dem intensiven Wunsch nach Wiedervereinigung und dem Wissen um die Unmöglichkeit dieses Wunsches.

3. Phase der Desorganisation und Verzweiflung

Das Suchen nach dem Verstorbenen und das Prüfen der Realität können eine sehr lange Zeit anhalten. Die Hoffnung auf Rückkehr erfüllt sich nicht, Verzweiflung setzt ein. Diese bedroht die Fähigkeit, die Gegenwart neu zu ordnen. Es siegt aber letztlich die Erkenntnis, dass der Verstorbene für immer gegangen ist und der Tod wird akzeptiert.

4. Phase der Reorganisation

Der Akzeptanz des Todes folgt die Erkenntnis, dass das Leben an die veränderte Situation angepasst werden muss. Muster des Denkens, Fühlens und Handelns, die untrennbar mit dem Leben vor dem Verlustereignis verbunden waren, müssen abgelegt werden, damit neue entstehen können. Eine Betrachtung der gegenwärtigen Lage hilft, bestehende Bewältigungsstrategien zu verbessern und neue zu entwickeln. Die gesellschaftliche Rolle, die eine Person vorher innehatte, wird wieder aufgenommen, wenn auch in veränderter Form, denn der Verlust eines nahestehenden Menschen führt immer auch zu einer Neudefinition des Selbst.

6.1.4 Das Modell von Verena Kast

Kast (1985, 1990, 1992) entwarf ein Modell, an dem das Voranschreiten der Trauer ebenfalls mittels Phasen beschrieben wird¹⁵.

1. Phase des Nicht-Wahrhabens-Wollens

Auch diese Phase ist dem schon beschriebenen Schock sehr ähnlich. Es werden ebenfalls Gefühle der Starre und Leere angegeben. Kast weist daraufhin, dass Empfindungslosigkeit und Nicht-Wahrhaben-Wollen keine Verdrängung darstellen, sondern nur Ausdruck der Überwältigung sind, mit der zu diesem Zeitpunkt nicht umgegangen werden kann.

2. Phase der aufbrechenden Emotionen

In dieser Phase brechen Emotionen wie Traurigkeit, Wut, Angst und Ruhelosigkeit, aber auch Erleichterung auf. Besonders belastend sind Zorn und Schuld. Schuldzuschreibungen richten sich gegen andere Personen, die als (mit)verantwortlich für den Tod angesehen werden, gegen den Verstorbenen und gegen die eigene Person. Diese Schuldgefühle können eine Stagnation des Trauerprozesses bewirken, wenn Selbstvorwürfe ein Aufbrechen der Emotionen blockieren oder Schuldzuschreibungen gegenüber dem Verstorbenen ins Leere gehen. Werden die Gefühle zugelassen und durchlebt, tritt die nächste Phase ein.

¹⁵ Eine ausführlichere tabellarische Darstellung (Abbildung 6.1.4-1) dieses Modells ist im Anhang 1 auf Seite 325 abgebildet.

3. Phase des Suchens, Findens und Sich-Trennens

Der Verstorbene wird in dieser Phase bewusst oder unbewusst dort gesucht, wo er im Leben anzutreffen war. Es werden Orte aufgesucht, die mit dem verstorbenen Menschen verbunden werden, das Suchen findet aber auch in Träumen und Fantasien statt und wird als sehr real erlebt. Es wird von inneren Zwiegesprächen mit dem Verstorbenen berichtet. Das Suchen hat den Sinn, sich mit dem verstorbenen Menschen und dem Verlust auseinander zu setzen, und bereitet darauf vor, das Leben auch ohne diese Person weiterleben zu können. Die Dauer reicht von einigen Wochen bis zu mehreren Jahren, wobei die Intensität des Suchens abnimmt. Mit der Zeit wird nicht mehr nur von einem rein äußerlichen Finden des Verstorbenen gesprochen, sondern auch im Sinne von Finden von Werten und Möglichkeiten. Es muss gelernt werden, dass der Verstorbene im Alltag nur noch eine Art innerer Begleiter sein kann und als Bezugsperson nicht mehr zur Verfügung steht. Kann dies trotz der in einigen Abständen immer wiederkehrenden heftigen Emotionen erreicht werden, beginnt die letzte Phase.

4. Phase des neuen Selbst- und Weltbezugs

Es ist ein Stadium erreicht, in dem nicht mehr die gesamte Person von der Trauer beansprucht ist. Der Verstorbene ist zu einer inneren Figur geworden, es existiert ein Bewusstsein dafür, was für eine Bedeutung die Beziehung zu dem verstorbenen Menschen hatte. Ein neuer Selbst- und Weltbezug entsteht, der sich dadurch auszeichnet, dass der Verlust akzeptiert wird und sich neue Lebensmuster entwickeln, ohne dass der Verstorbene vergessen ist. Der Trauernde kann sich auf neue Bindungen und Rollenmuster einlassen, es ergeben sich neue Verhaltensweisen und Lebensstile.

6.2 Trauerreaktionen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zeigen nach dem Tod eines Elternteils verschiedenste Trauerreaktionen, die gekennzeichnet sind durch Variabilität und Individualität (Charlton & Dolman, 1995, Kaffman & Elizur, 1996). Im Folgenden werden die häufigsten Reaktionen unter Berücksichtigung des Alters dargestellt¹⁶.

¹⁶ Die Reaktionen von Kindern in den frühen Lebensjahren werden nicht beschrieben, da sie für die vorliegende Arbeit nicht von Bedeutung sind. Hier zeigt sich Trauer in Ausbrüchen von Angst, Traurigkeit, Zorn und Protest, die nicht konsistent sind, sondern auftreten, aber auch wieder verschwinden. Abläufe wie Essen und Schlafen sind gestört (siehe Clark, Pynoos & Goebel, 1994).

Kummer

Kummer wird von Kindern, Jugendlichen und junge Erwachsene jeder Altersstufe empfunden (Altschul, 1988, Kaffman & Elizur, 1984, 1996, Samuels, 1988, Silverman & Worden, 1992a, Wayment & Vierthaler, 2002). Nach außen hin zeigt er sich durch wiederkehrendes Weinen, vor allem in den ersten Monaten. Kinder und Jugendliche weinen umso intensiver und länger, je älter sie sind (Bowlby, 1987, Garber, 1989). Tränen jedoch als einzigen Indikator für Kummer zu betrachten, kann zur Folge haben, dass Kinder und Jugendliche in ihrem Schmerz nicht mehr beachtet werden, nur weil sie nicht (mehr) weinen. Kummer zeigt sich auch in der Beschäftigung mit dem Verstorbenen, vor allem in wiederkehrenden Gedanken, Erinnerungen, Gesprächen und Handlungen. Besonders ausgeprägt ist der Kummer im ersten Jahr nach dem Verlust, wobei sich die Intensität meist mit der Zeit verringert. Manchmal sind intensive Kummergefühle auch noch in den Folgejahren festzustellen. Über die Dauer lassen sich keine genauen Angaben machen, die Variabilität ist hoch. Kummer kann über lange Zeiträume hinweg anhalten, ohne als pathologisch eingestuft zu werden (Winkel, 2002). Rosenblatt (1996) weist darauf hin, dass „some losses are so big and so painful that cannot ever get to a place where grief has ended“ (S. 50). Silverman (2000) beschreibt das so:

Grief is not an illness from which people recover, but a life cycle event – part of the human condition – and it is rarely timelimited. Life goes on, and grief becomes part of it. Grief is a process. While its intensity may wane over time and its meaning in the lives of the mourners may change, it does not end, nor will the mourner's life ever be the same. (S. 69)

Und Furman (1983) merkt an:

Mourning a parent never finishes. It is acute for weeks, months or years, and later intermittent, but it never ends. It surfaces with developmental steps throughout the years of growth (birthdays, school reports) [...] and in adulthood, when the bereaved child becomes a parent him or herself. (S. 246)

Sehnsucht und Wunsch nach Wiedervereinigung

Kummer und Schmerz über den Verlust des Elternteils führen vor allem in den ersten Monaten zu einer intensiven Sehnsucht nach dem Verstorbenen und zu dem Wunsch nach Wiedervereinigung (Balk, 1997, Bowlby, 1987, Burnett et al., 1994, Samuels, 1988, Zerbe & Steinberg, 2000). Charakteristisch dafür sind, wie beim Kummer, Verhaltensweisen und Gedanken, die auf eine intensive Beschäftigung mit dem

verstorbenen Elternteil hinweisen. Exzessive Reminiszenz und verstärkte Erinnerung mit Hilfe von Bildern, Gegenständen und bestimmten Orten werden berichtet. Einige Kinder und Jugendliche beschreiben Wiedervereinigungsfantasien, die so realistisch erscheinen, als wäre der Elternteil wirklich anwesend. Dieses teilweise als Trauerhalluzinationen bezeichnete Phänomen ist nicht nur von Erwachsenen bekannt, sondern auch für jüngere Trauernde dokumentiert (Baethge, 2002, Garralda, 1982, Simonds, 1975, Yates & Bannard, 1988). Es ist keinesfalls als pathologische Abweichung anzusehen, sondern als eine Begleiterscheinung der Trauer, die auf die intensive Sehnsucht zurückzuführen ist und im Normalfall nach kurzer Zeit verschwindet.

Schuldgefühle

Schuldgefühle treten dann auf, wenn sich eine Person in irgendeiner Weise verantwortlich fühlt. Sie gehen meist einher mit wiederholter Reflektion und Zurückdenken in die Vergangenheit über eine mögliche Mitschuld (Boelen & van den Bout, 2002). Schuld ist ein Traumerkmal, dass sich bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen aller Alterstufen zeigt. Die Ursachen sind unterschiedlich. Bei jüngeren Kindern liegt der Grund oft im magischen Denken. Wie in Kapitel 3.4 beschrieben, haben Kinder in diesem Alter die Überzeugung, jemandem den Tod wünschen zu können. Stirbt derjenige dann wirklich, hat das massive Schuldgefühle zur Folge (Baker & Sedney, 1996, Gardner, 1983, Lamers, 1995, Lord, 1999). Ältere Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene wissen zwar, dass sie durch ihre Wünsche und Gedanken den Tod eines Menschen nicht direkt verursachen können, dennoch sehen sie Verbindungen zum eigenen Verhalten. Gedanken, wie den Elternteil nicht genügend geliebt, nicht für ihn da gewesen zu sein oder sich schlecht benommen zu haben, können schnell zu quälenden Schuldgefühlen führen (Griffith, 2003, Grollman, 1989). Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind Schuldgefühle oft dadurch bedingt, dass sie sich vor dessen Tod über den Elternteil geärgert haben oder jetzt, nach seinem Tod, Ärger darüber empfinden, dass dieser sie verlassen hat. Schuldgefühle sind in den ersten Monaten nach dem Verlust meistens zu finden und werden als normal betrachtet (Christ, 2000, LaGrand, 1981). Lässt erst der unmittelbare Kummer nach, können diese reflektiert werden und die Einsicht, nicht verantwortlich zu sein, reift. Als pathologisch werden Schuldgefühle dann eingestuft, wenn sie über lange Zeit anhalten und noch Jahre später mit dem eigenen Verhalten und Handeln verknüpft werden.

Verleugnung und Verdrängung

Verleugnung und Verdrängung sind bei Kindern, Jugendlichen und junge Erwachsene häufig festzustellen. Wintsch (1996) weist darauf hin, dass von Bedeutung ist, wie viel Zeit seit dem Verlust vergangen ist. Unmittelbar nach dem Tod eines Elternteils kann Verleugnung als Schutzmechanismus fungieren, der davor bewahrt, durch den Kummer überwältigt zu werden. Sie stellt eine Möglichkeit dar, die Krise aufzuschieben, um neue Ressourcen zu mobilisieren (Franz, 2002, Weisman, 1973). Pathologischen Charakter erreicht die Verleugnung, wenn auch nach einiger Zeit die Realität des Verlusts nicht anerkannt wird. Die Psychoanalyse beschreibt verschiedene pathologische Entwicklungen, die bis hin zur Spaltung des Ichs auch bei Kindern und Jugendlichen reichen, wenn die Anerkennung des Verlusts nicht gelingt. Von Verdrängung wird gesprochen, wenn Gedanken an den Tod des Verstorbenen und an den Verstorbenen selbst vermieden werden und der Verlust des Elternteils aus den Gedanken und dem Alltagsleben ausgeblendet wird. Verdrängung kann auf eine Überforderung des Kindes oder des Jugendlichen mit seiner Trauer hinweisen.

Regression

Regression als Folge eines Elternverlusts wird sowohl bei Kindern als auch bei Jugendlichen beobachtet. Dabei handelt es sich um ein Zurückfallen auf eine frühere Entwicklungsstufe als Reaktion auf die Belastung. Sind die Kräfte und Ressourcen erschöpft, werden bestimmte Fähigkeiten aufgegeben, um Kraft zu sparen. Schweitzer & Niedermann (2000) beschreiben Regression daher als ein durchaus sinnvolles Verhalten. Regressive Verhaltensweisen bei jüngeren Kindern sind Einnässen, Einkoten, Daumenlutschen und Babysprache, bei älteren Kindern werden vor allem Nägelkauen, Zähneknirschen und Hautkratzen beobachtet (Furman, 1984, Hummer, 1988, Koocher & Gudas, 1992, Parnes, 1975, Wessel, 1996). Auch bei Jugendlichen können regressive Verhaltensweisen auftreten, die vor allem die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben während der Adoleszenz beeinträchtigen. So geben Jugendliche, deren Ablösung schon vorangeschritten ist, ihre Autonomiebestrebungen wieder auf und zeigen verstärkte Anhänglichkeit an den verbliebenen Elternteil (Clark et al., 1994, Gordon, 1986, Wessel, 1983, 1996). Eine milde Ausprägung regressiver Verhaltensweisen wird als normal betrachtet und sollte vom überlebenden Elternteil toleriert werden. Ein Abklingen erfolgt meist nach einigen Monaten, spätestens nach einem Jahr. Von einer pathologischen Entwicklung wird erst dann ausgegangen, wenn

die Regression über längere Zeit unvermindert anhält und so ein Voranschreiten der Entwicklung beeinträchtigt ist.

Aggression

Aggressive Verhaltensweisen werden oft als verdeckte Verlustreaktionen bezeichnet. Sie werden von Eltern und anderen Bezugspersonen häufig nicht als Reaktion auf den Tod eines Elternteils erkannt, sondern als solche übersehen oder ignoriert, da es sich um Verhaltensweisen handelt, die sozial unerwünscht sind und als störend betrachtet werden. Empirische Studien weisen darauf hin, dass externalisierende Trauerreaktionen bei jüngeren Kindern beiderlei Geschlechts zu beobachten sind. Ab dem Jugendalter überwiegt der männliche Anteil deutlich (Dowdley et al., 1999, Kranzler et al., 1989, Worden & Silverman, 1996). Nach Franz (2002) hat das Ausagieren der Trauer viele Ursachen. Es schafft Erleichterung und schützt davor, von den Emotionen überwältigt zu werden, es kann Signalfunktion haben und ein Hilferuf sein. Die Aggression kann gerichtet sein, zum Beispiel gegen den verbliebenen Elternteil, dem eine (Mit)Schuld am Tod zugesprochen wird. Sie kann auch aus Schuldgefühlen resultieren und sich gegen die eigene Person richten. Aggressives Verhalten als Trauerreaktion führt nicht selten zu selbstdestruktiven und autoaggressiven Verhaltensweisen. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen kann ein Übergang in Delinquenz und Suchtmittelmissbrauch erfolgen (Clark et al., 1994, Shoor & Speed, 1976).

Ärger, Wut und Zorn

Eng verbunden mit Aggression sind Ärger, Wut und Zorn. Ärger stellt einen normalen Bestandteil des Trauerprozess in jedem Alter dar. Er äußert sich in Reizbarkeit, aber auch in Ausbrüchen von Wut und Zorn. Cerney & Buskirk (1991) bezeichnen Ärger als einen hilfreichen Verteidigungsmechanismus. Er ist häufig gegen den verstorbenen Elternteil gerichtet, von dem sich das Kind oder der Jugendliche verlassen fühlt. In vielen Fällen wird der Ärger auch auf eine andere Person projiziert: der verbliebene Elternteil wird beschuldigt, für den Tod (mit)verantwortlich zu sein oder Ärzten, Rettungs- und Pflegepersonal wird vorgeworfen, nicht genug getan oder versagt zu haben (Garber, 1989, Gardner, 1983, Raphael, 1983, Zerbe & Steinberg, 2000). Ärger, Wut und Zorn kann auch gegen die eigene Person gerichtet sein und ist meist eng verbunden mit Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen.

Somatische Symptome

Der Trauerprozess wird von psychosomatischen und somatischen Symptomen begleitet (Clark et al., 1994, Garber, 1989, Kalter et al., 2002/03, Raphael, 1983, Sood, Weller, Weller, Fristad & Bowes, 1992, Wessel, 1996). Am häufigsten sind gastrointestinale Beschwerden, Kopfschmerzen, Atemnot, allergische Reaktionen und Erschöpfung. Es treten aber auch Erkrankungen wie Asthma, stressbedingte Herzbeschwerden und schwere Schmerzsyndrome auf. Eine verminderte Widerstandskraft gegen Infektionen ist dokumentiert. Dies betrifft Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene aller Alterstufen. Körperliche Symptome werden im ersten Jahr nach einem Verlusterlebnis als normal angesehen, sie können aber auch weit länger anhalten. Ein Verdrängen des Verlusts kann die Trauersymptomatik von der psychischen auf die körperliche Ebene verschieben (Franz, 2002). Es zeigen sich Geschlechtseffekte: vor allem in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter sind Mädchen und Frauen vermehrt betroffen (Raphael, Cubis, Dunne & Lewin, 1990, Van Erdewegh, Clayton & Van Erdewegh, 1985).

Es gibt mehrere Untersuchungen, deren Ergebnisse darauf schließen lassen, dass der Verlust eines Elternteils in der Kindheit als ein Ereignis zu betrachten ist, das eine hohe physische Stressbelastung für den Körper bedeutet und die Betroffenen auch in späteren Jahren noch anfällig macht für gesundheitliche Beschwerden und Erkrankungen (Bendiksen & Fulton, 1975, Brähler, Schumacher & Strauß, 2000, Luecken, 1998, 2000a, 2000b, Ryan-Wenger, 1990).

Angst

Angst ist eine der am häufigsten beschriebenen Trauerreaktion bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Unspezifische Ängste und Angstgefühle treten bei allen Altersgruppen auf. Es sind aber auch spezifische Ängste dokumentiert. Bei Kindern stehen Trennungsängste im Vordergrund, hinter denen die Angst steckt, den anderen Elternteil auch noch zu verlieren (Bowlby, 1987, Donders, 1992, Garber, 1989, Koocher & Gudas, 1992, Sanchez, Fristad, Weller, Weller & Moye, 1994). Es zeigen sich Angst vor dem Alleinsein, der Dunkelheit sowie phobische Ängste. Bei Jugendlichen werden zudem Panikstörungen und weitere im DSM klassifizierte Angststörungen beobachtet (Baker & Sedney, 1996, Osterweis et al., 1984, Samuels, 1988). Angst zeigt sich oft nicht direkt als solche nach außen hin, sondern manifestiert sich in bestimmten Verhaltensweisen, wie in den zuvor schon beschriebenen

Reaktionen der Regression und Aggression. Angst in Folge des Verlusts eines Elternteils ist vor allem in den ersten ein bis zwei Jahren nach dem Tod zu finden, lässt dann aber meist nach.

Angst ist außerdem eine Auswirkung, die als eine Langzeitfolge von frühem Elternverlust dargestellt wird. Ein Auftreten von Angst und Angststörungen ab dem frühen Erwachsenenalter bei Personen, die als Kind einen Elternteil verloren haben, ist durch viele Studien belegt (Breier et al., 1988, Haffner & Roder, 1987, Zahner & Murphy, 1989).

Identifizierung

Die Identifizierung mit dem verstorbenen Elternteil wird als ein charakteristisches Merkmal im Trauerprozess dargestellt (Balk & Vesta, 1998, Garber, 1985, Gardner, 1983, Gudas, 1993, Silverman et al., 1992, Silverman, Baker, Cait & Boerner, 2003). Dabei werden Eigenschaften, Wesenszüge und Verhaltensweisen des Verstorbenen nachgeahmt oder an sich wiederentdeckt. So fühlen sich Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene dem Elternteil in Persönlichkeit und Verhalten ähnlich und stellen sich vor, was dieser in bestimmten Situationen machen würde. Eine besonders intensive Ausprägung ist während der Adoleszenz beschrieben (Christ, 2000, LaGrand, 1981). Identifizierung hat eine bereichernde Funktion. Sie ermöglicht es, sich dem Elternteil auch über den Tod hinaus nahe zu fühlen und mit ihm verbunden zu sein. Die Psychoanalyse beschreibt Identifizierung als eine Hilfe bei dem schmerzlichen Vorgang des Besetzungsabzugs: sie überbrückt die Kluft zwischen dem verlorenen und dem neuen Liebesobjekt. Sie trägt zudem zum Aufbau der Ichs und der Persönlichkeit bei (Furman, 1977a). Hat sich der Trauernde an die Situation angepasst, wieder Sicherheit im Leben gewonnen und die Beziehungen zu anderen (wieder)aufgenommen, lässt die Identifizierung meist nach. Kinder und Jugendliche aller Altersstufen zeigen Zeichen der Identifizierung. Bei diesem eigentlich normalen Vorgang sind verschiedene pathologische Entwicklungen möglich. Viele Kinder und Jugendliche identifizieren sich nicht nur mit dem verstorbenen Elternteil, sondern versuchen, seinen Platz in der Familie und im Leben einzunehmen: so übernimmt ein Sohn zum Beispiel die Rolle des Vaters in der Familie (Garber, 1989). Zudem werden manchmal eigene Wünsche, Hoffnungen und Ziele aufgegeben, um so zu werden wie der Elternteil, zum Beispiel in beruflicher Hinsicht. Einen Sonderfall stellt die *Faksimile-Krankheit* dar, bei der nach dem Tod eines Elternteils dieselben Krankheitssymptome (physisch wie psychisch)

aufreten, an denen der Elternteil gelitten hat. Aus dem Bereich der Psychoanalyse liegen dazu mehrere Falldarstellungen vor (Cain & Lohnes, 1995, Lehmkuhl, 1982, Scheidt, 1992, Zisook & DeVaul, 1976/77, 1983, 1985).

Idealisierung

Die Idealisierung des verstorbenen Elternteils ist ein Prozess, der in der Zeit nach dem Verlust, aber auch in den Jahren danach zu finden ist (Garber, 1985, Iskenius-Emmler, 1988, Moebius, 1985). „In the earliest phases of his review the image and memories are often idealized, the deceased and the relationship remembered in perfection“ (Raphael, 1983, S. 44). Es sind fast ausschließlich die positiven Eigenschaften des Verstorbenen präsent, die negativen treten in den Hintergrund oder werden aus dem Bewusstsein verdrängt. Idealisierung ist ein Art Schutzmechanismus, denn die positiven Erinnerungen an den Elternteil mildern den Trennungsschmerz. Sie kann über Jahre nach dem Verlust hinweg erhalten bleiben, irgendwann wird meist ein realistisches Bild geschaffen. Im Jugendalter ist dieses Merkmal besonders ausgeprägt: „...memories are often idealized, the ideals of adolescence reinforce this process“ (Raphael, 1983, S. 155). Eine problematische Entwicklung tritt dann ein, wenn die Idealisierung dauerhaft anhält und keine andere Sicht zulässt. Das kann auf eine Abwehrmaßnahme gegen Schuldgefühle und einen Versuch der Wiedergutmachung hindeuten (Käsler, 1993, Moebius, 1985). Fleck-Bohaumilitzky (2003) beschreibt die schwierige Situation, wenn die Idealisierung, hier des Vaters, von außen durch die Mutter geschieht:

Schwierig wird es auch, wenn es durch die Mutter zu einer Idealisierung des Vaters kommt, wenn er zu einer Helden- oder Heiligenfigur hochstilisiert wird, wenn er auf ein Podest gestellt und aus ihm eine unantastbare, verehrungswürdige Person gemacht wird.

Dann ist es nicht mehr der Vater, den die Kinder kannten, der auch Vorbild und gerade für die Söhne Identifikationsfigur war, sondern eine Gestalt, die unerreichbar wird und bleibt. Noch so viele Anstrengungen, noch so viel Bemühen seitens der Kinder machen es nicht möglich, auch so eine großartige Person zu werden. Das bedeutet für die Kinder zusätzlich zu ihrer Trauer auch Frustration und Hoffnungslosigkeit. (S. 36)

Interne Repräsentanz

Unter interner Repräsentanz wird das Aufrechterhalten eines inneren Bildes des verstorbenen Elternteils verstanden (Newman & Schwam, 1979, Schepker, Scherbaum & Bergmann, 1995). Meist basiert dieses Bild auf realen Erfahrungen, die mit dem

Elternteil gemacht wurden. Ist dieser früh verstorben, dann können an die Stelle von Erfahrungen auch Fantasien treten. Die interne Repräsentanz ist kein Trauermerkmal, das nur zu Beginn im Trauerprozess zu finden ist, sondern bleibt über sehr lange Zeit, über Jahre bis Jahrzehnte, erhalten. Sie trägt dazu bei, sich mit dem verstorbenen Elternteil verbunden zu fühlen (Silverman & Nickman, 1996). „The process of inner representations involves the whole individual and these representations are not static, but grow and change with the individual’s development and maturation“ (Silverman et al., 1992, S. 495). So wie der Trauernde älter wird und reift, so verändert sich und wächst auch die interne Repräsentanz. Erinnerungen an den Verstorbenen werden in das Gespräch mit anderen eingebracht, wobei dann auch die Erinnerungen und Gedanken anderer in die eigene interne Repräsentanz integriert werden.

Trauer und Selbstwert

Trauer kann sich auf den Selbstwert auswirken. Empirische Studien belegen, dass der Selbstwert in Folge des Todes eines Elternteils in einem Zeitraum von bis zu mehreren Jahren verringert sein kann (Krupnick & Solomon, 1987, Mack, 2001, Silverman & Worden, 1992a). Selbstwert und Selbstkonzept sind direkt von dem Verlust betroffen: die Familie wird nie mehr so sein, wie sie war, die Eltern können nicht länger als übermächtige Beschützer betrachtet werden. Dies erschüttert das Selbstverständnis vor allem von jüngeren Kindern. Sie interpretieren den Tod eines Elternteils oft als Verlassenwerden. Das wirkt sich negativ auf den Selbstwert aus. Das Absinken des Selbstwerts kann aber nicht nur auf die Trauer zurückgeführt werden, sondern auch auf die Abwesenheit eines Elternteils als wichtiges Rollenmodell während der Entwicklung. Hier sind besonders Jungen und junge Männer betroffen, wenn der Vater früh in der Kindheit gestorben ist (Covell & Turnbull, 1982, Miller, 1984).

Weitere Trauerreaktionen

Es ist noch eine Vielzahl weiterer Trauerreaktionen zu beobachten, zum Beispiel *sozialer Rückzug* (Buirski & Buirski, 1994, Raphael, 1983). Während sich der Rückzug bei jüngeren Kindern durch Stillwerden und Teilnahmslosigkeit äußert, ziehen sich Jugendliche auch räumlich von der Umwelt zurück. Zudem können *Schlafstörungen* auftreten (Altschul, 1988, Menke, 2002, Zerbe & Steinberg, 2000). Alle Altersgruppen berichten von Schwierigkeiten beim Ein- und Durchschlafen sowie von Albträumen, die oft in Verbindung mit dem verstorbenen Elternteil stehen. Auch *Essstörungen* werden

immer wieder beschrieben, wobei die Störungsbreite von übermäßigem Nahrungsmittelkonsum bis zu Appetitverlust und anorektischem Verhalten reicht (Kaffman, Elizur & Gluckson, 1987, Pettle & Britten, 1995). Für Kinder und jüngere Jugendliche ist nach dem Elternverlust in einigen Fällen eine sogenannte *Pseudoreife* dokumentiert (Samuels, 1988, Shreeve, 1990). Kindliche Verhaltensweisen werden abgelegt und durch reifes und rational wirkendes Verhalten ersetzt. Meist soll damit das Fehlen eines erwachsenen Familiemitglieds kompensiert werden. Anzuführen sind auch *schulische Schwierigkeiten* (Abdelnoor & Hollius, 2004, Felner, Ginter, Boike & Cowen, 1981, Felner et al., 1975, Smilansky, 1987, Wessel, 1996). In vielen Fällen kommt es zu einer Verschlechterung der schulischen Leistungen, das Interesse an schulischen Belangen und Aktivitäten nimmt ab, Konzentrationsprobleme beeinträchtigen die Lernfähigkeit.

6.3 Depression als Trauerreaktion

Unter Depression ist eine Reihe von Krankheitsbildern zusammengefasst (siehe Davidson & Neale, 2002, Hautzinger & de Jong-Meyer, 1998, Remschmidt, 1992). Diese weisen Verschiedenheiten in Ursache, Verlauf und Behandlung auf, stimmen aber in den wesentlichen Kennzeichen überein. Die *endogene* Depression lässt sich auf keine erkennbare Ursache zurückführen, sie entsteht, wie ihre Benennung schon sagt, von innen heraus. Die *reaktive* Depression tritt als Folge bestimmter Ereignisse auf, wie der Tod eines nahestehenden Menschen eines ist. In der ICD-10 und im DSM-IV werden verschiedene Arten von depressiven Erkrankungen unterschieden, auf die nicht näher eingegangen werden soll. Das DSM-IV differenziert zudem in die *major depression*, eine schwere Ausprägung der depressiven Erkrankung, und in die *minor depression*, eine leichtere Form, die als auch dysthyme Störung bezeichnet wird¹⁷. Im Jahr 2000 litten ungefähr 7% der Bevölkerung in Deutschland an einer depressiven Störung (Encarta Enzyklopädie, 2003). Auf die genauen Ursachen und Mechanismen bei der Entstehung von Depression soll nicht eingegangen werden¹⁸.

¹⁷ Eine Darstellung der Merkmale der *major depression* und der *dysthymen* Störungen ist in Abbildung 6.3-1 und 6.3-2 im Anhang 1 auf Seite 326 abgebildet.

¹⁸ Es sei auf das multifaktorielle Modell zu Depression von Hell (1995) (Abbildung 6.3-3) im Anhang 1 auf Seite 327 hingewiesen sowie auf den Ansatz der *erlernten Hilflosigkeit* von Seligman (Seligman, 1986, Seligman & Peterson, 1986), der auch bei Trauer von Bedeutung ist.

Depressionen bei Kindern und Jugendlichen sind weiter verbreitet, als dies vielfach angenommen wird. Seit den 90er Jahren ist eine Zunahme der Erkrankungsfälle in jüngeren Altersgruppen zu beobachten (Nevermann & Reicher, 2001). Nach Rossmann & Rossmann (2000) und Essau, Karpinski, Petermann & Conradt (1998) leiden ungefähr 1% aller Kinder im Vorschulalter, 2-3% im Schulalter und bereits bis zu 8% der Jugendlichen bis 18 Jahre unter einer klinisch bedeutsamen depressiven Störung. Werden länger andauernde depressive Stimmungszustände miteinbezogen, steigt die Zahl noch einmal an. Ab dem 12. Lebensjahr sind Mädchen und junge Frauen doppelt so häufig betroffen, davor ist das Verhältnis ausgeglichen. Depression zeigt sich in den Bereichen Emotion, Kognition, Verhalten und auf körperlicher Ebene. Die Symptome variieren mit dem Alter. Bei jüngeren Kindern manifestieren sie sich vor allem auf somatischer Ebene, mit zunehmendem Alter verlagern sie sich in den kognitiven Bereich (Nevermann & Reicher, 2001)¹⁹. Im Kindes- und Jugendalter sind reine depressive Störungen sehr selten. Es herrscht eine hohe Komorbiditätsrate mit anderen Erkrankungen vor, bei Mädchen vor allem mit anderen internalisierenden Störungen wie Ängsten, Essstörungen sowie mit gesundheitlichen Beschwerden, bei Jungen mit Verhaltensauffälligkeit, Hyperaktivität und Substanzmissbrauch.

Depression wird als ein wesentliches Merkmal der Trauer beschrieben. Schon Freud (1916) stellte Depression, die er als Melancholie bezeichnet, als eine mögliche Folge eines Verlusterlebnisses dar. Er beschreibt Melancholie als einen Zustand, der auf eine ambivalente Beziehung zu dem Verstorbenen zurückzuführen ist und durch vollkommenen Rückzug von der Außenwelt, Hemmung und Verlust an Selbstachtung gekennzeichnet ist²⁰. Sie stellt in seinen Augen eine pathologische Entwicklung dar. Der grundlegende Unterschied zwischen Trauer und Melancholie liegt in der *Ichverarmung* (Rehberger, 2004). Während der Trauernde die Welt als leer und arm erlebt, geht die Melancholie einher mit einer außerordentlichen Herabsetzung des Ichgefühls. Nicht die Welt, sondern das Ich wird als leer empfunden.

In Studien und Darstellungen der letzten Jahrzehnte wird Depression als charakteristisches Merkmal von Trauer betrachtet, auch bei Kindern, Jugendlichen und

¹⁹ Eine Tabelle mit altersbezogenen Symptomen ist in Abbildung 6.3-4 im Anhang 1 auf Seite 328 abgebildet.

²⁰ Melancholie entspricht laut Fischer & Hammel (2003) nach den modernen Klassifikationsschemata (DSM, ICD) der dysthymen Störung, die schon als eine Form der Depression genannt wurde.

jungen Erwachsenen (Altschul, 1988, Franz, 2002, Gersten, Beals & Kallgren, 1991, Raphael, 1983, Rubin, 1985, Samuels, 1988). Die Intensität reicht von leichter depressiver Verstimmung bis hin zu schweren depressiven Störungen, mit denen Suizidalität einhergehen kann. Depression an sich wird nicht als eine pathologische Abweichung gesehen. Die stärkste Ausprägung im Trauerprozess ist vor allem in den ersten Monaten nach dem Verlust festzustellen, dann nimmt sie meist ab. Eine pathologische Entwicklung tritt ein, wenn die Depression in eine klinisch bedeutsame Erkrankung umschlägt. „Kinder und Jugendliche sind vor allem in Konfrontation mit bestimmten ‚kritischen Lebensereignissen‘ wie dem Verlust einer geliebten Person [...] in Gefahr, in eine depressive Entwicklung zu geraten. Nämlich dann, wenn sie ihren damit verbundenen Kummer nicht überwinden können“ (Nevermann & Reicher, 2001, S. 49). Es bestehen einige Unterschiede, die eine Differenzierung danach möglich machen, wo die Trauer aufhört und die depressive Störung beginnt (Fartacek & Nindl, 2001, Katschnig, 2001)²¹. Rehrl (2004) zeigt auf, dass sich vor allem die Symptomatik unterscheidet. Gefühls- und Hoffnungslosigkeit sowie negative Gedanken und Schuldgefühle treten bei der depressiven Erkrankung stärker hervor. Bei der trauerbegleitenden Depression fehlt die Selbstabwertung, zudem sind die Symptome konstant und unterliegen keinen Schwankungen, wie das bei der depressiven Störung der Fall ist. Während Trauernde durch Trost meist eine Besserung erfahren, sprechen Personen mit einer depressiven Erkrankung nicht darauf an.

Auch empirische Befunde weisen deutlich auf Depression als eine Folge des Verlusts eines Elternteils hin. Van Eerdewegh, Bieri, Parilla & Clayton (1982) stellen bei Kindern und Jugendlichen in den ersten Monaten nach dem Tod eines Elternteils depressive Symptome fest, die sich nach etwas mehr als einem Jahr deutlich verringert hatten. Weller, Weller, Fristad & Bowes (1991) diagnostizieren bei drei Vierteln ihrer Stichprobe eine *major depression* (nach DSM-Kriterien). LaGrand (1981) stellte in einer Untersuchung von über 1000 Studenten Depression als eine der häufigsten Trauerreaktionen überhaupt dar. Zu einem ähnlichen Befund kommen auch Cheifetz, Stavrakakis & Lester (1989), Gray (1987) und Worden & Silverman (1996). Gersten et al. (1991) und Reinherz et al. (1989) beschreiben das Risiko, in der frühen Adoleszenz nach dem Tod eines Elternteils an einer Depression zu erkranken, als um

²¹ Siehe dazu Abbildung 6.3-5 im Anhang 1 auf Seite 329. Zur Einordnung der trauerbedingten Depression siehe auch Abbildung 6.3-6 auf Seite 330

das siebenfache erhöht. Die Befunde stützen sich auf die Angaben der betroffenen Kinder und Jugendlichen selbst. Geschlechtseffekte sind deutlich belegt: Mädchen und junge Frauen leiden öfter und in stärkerem Maß an depressiven Symptomen als Jungen und junge Männer (Kranzler et al., 1989, Raveis, Siegel & Karus, 1999, Reinherz, Giaconia, Hauf, Wasserman & Silverman, 1999, Thompson, Kaslow, Kingree et al., 1998). Zu Alterseffekten differieren die Ergebnisse, so dass eine einheitliche Aussage nicht möglich ist. Belegt werden kann, dass besonders der Verlust durch eine plötzliche und unerwartete, allen voran gewaltsame Todesursache zu vermehrter Depression führt (Payton & Krocker-Tuskan, 1988, Pfeffer, Karus, Siegel & Jiang, 2000).

Depression wird nicht nur als ein Traumerkmal untersucht, sondern auch als eine Langzeitfolge von Elternverlust. Dazu gibt es eine Vielzahl von Studien mit unterschiedlichen Ergebnissen. Bei der Depressionsentstehung wird von einem multifaktoriellen Modell ausgegangen, indem auch die genetische Disposition und soziale Faktoren eine Rolle spielen. Verlustereignissen in der Kindheit wird ein nicht unbedeutender Einfluss eingeräumt. Sowohl die Life-Event-Forschung (Cooper, 1980, Matussek & May, 1981) als auch empirische Studien belegen eine Verbindung zwischen frühkindlichem Elternverlust und Depression ab dem frühen Erwachsenenalter (Barnes & Prosen, 1985, Hällström, 1987, Gray, 1987, Kendler et al., 2002, Kivelä et al., 1998, Lloyd, 1980, O’Neil, Lancee & Freeman, 1987). Die Depression, die in der Folgezeit direkt nach dem Tod eines Elternteils zu finden ist, stellt keinen Prädiktor für das Auftreten einer späteren depressiven Erkrankungen ab dem frühen Erwachsenenalter dar (Parker & Manicavasagar, 1986).

6.4 Unterschiede zu der Trauer Erwachsener

Ob und wie sich die Trauer von Kindern und Jugendlichen von der Erwachsener unterscheidet, gibt es verschiedene Ansichten. „In many ways the grieving process in children is not much different from that of adults“, so Silvermann (2000), die darstellt, dass Erwachsene, Jugendliche und Kinder viele gleiche Trauerreaktionen aufweisen, womit sie auch mit Baker, Sedney & Gross (1992) übereinstimmt. Bowlby (1987) vertritt die Auffassung, dass die Trauer, sobald Kinder ungefähr das fünfte Lebensjahr erreicht haben, kaum von der Erwachsener differiert. In vielen Veröffentlichungen wird

davon ausgegangen, dass bei Kindern unter zehn Jahren Unterschiede bestehen, während bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen ähnliche Merkmale und Reaktionen wie bei Erwachsenen zu finden sind. Alle Trauernden empfinden Gefühle wie Traurigkeit, Wut, Ärger und Zorn. Die Sehnsucht nach dem Verstorbenen und der Wunsch nach Wiedervereinigung treten bei allen auf. Bestehende Unterschiede lassen sich auf den kognitiven und emotionalen Entwicklungsstand des Kindes zurückführen, vor allem auf das Todeskonzept, wie in 3.4 beschrieben. Als ein Unterschied ist die Rolle der Eltern im Leben des Kindes zu nennen:

Der Erwachsene verteilt seine Liebe auf mehrere Beziehungen: er liebt den Ehegatten, Kinder und Freunde, seine Arbeit, seine Freizeitbeschäftigungen. Das Kind dagegen investiert seine gesamten Gefühle in seine Eltern. Außer in sehr ungewöhnlichen Fällen ist diese einfache Beziehung unermesslich viel reicher und fester als alle noch so engen Bindungen des Erwachsenenalters. Nur in der Kindheit kann daher der Tod alle Möglichkeiten des Liebens und Geliebtwerdens auf einmal vernichten und ist der Mensch vor eine noch so schwere Aufgabe der Neuanpassung gestellt worden. (Furman, 1977a, S. 23)

Stirbt ein Elternteil, dann verliert das Kind eine der wichtigsten Bezugspersonen. Daher kann die Trauer bei Kindern sehr viel intensiver sein und länger, oft über Jahre, unvermindert anhalten (Krupnick & Solomon, 1987, Schweitzer & Niedermann, 2000). Als Folge reagieren diese auch viel sensibler auf Begleitumstände. Sie sind verstärkt auf Unterstützung von außen angewiesen, vor allem auf mindestens eine nahe Bezugsperson, die ihnen während der Trauer hilfreich zur Seite steht.

Der kindliche Trauerprozess ist zudem undurchsichtiger als der vieler Erwachsener. Kinder weisen einen anderen Trauerrhythmus auf, der oft als sprunghaft und unberechenbar bezeichnet wird. Es ist zu beobachten, dass Zeiten der Trauer durch Zeiten des Spiels und der Heiterkeit unterbrochen werden, die nach außen hin befremdlich erscheinen, aber keinesfalls pathologischen Charakter haben. Dies wird als graduelle Trauerarbeit bezeichnet und hilft dem Kind bei der Bewältigung und Anpassung an die veränderte Situation, indem Phasen der Erholung das Mobilisieren neuer Ressourcen erleichtern (Ennulat, 1998, 2003, Rosen, 1991, Wilkening, 1997).

Die enge Verbindung zwischen Trauer und Entwicklung beschreibt das *re-grieving*-Phänomen (Oltjenbruns, 2001). „Das Kind kann einen Verlust nur seinem psychologischen Entwicklungsstand gemäß verstehen. Die Trauerarbeit stellt beim Kind

einen Prozess dar, der immer wieder neu aufgenommen wird, ausgelöst durch innere Entwicklungsphasen oder durch äußere Ereignisse“ (Steck, 2003, S. 38). *Re-grieving* bedeutet, dass mit jedem neuen Entwicklungsschritt der verstorbene Elternteil neu vermisst und betrauert wird. Neu erworbene kognitive und emotionale Fähigkeiten und Einsichten führen zu einer veränderten Interpretation von Verlust und Trauer. Besonders in der Adoleszenz kommt es zu einer Wiederbelebung der Trauer, wenn der Jugendliche sich von seinen primären Bezugspersonen ablöst und dabei schmerzlich feststellen muss, dass der eine Elternteil dafür nicht mehr zur Verfügung steht (Christ, 2000, Furman, 1983, 1984, Garber, 1985, Schultz, 1999, Worden, 1996).

Als eine eigene Gruppe sind Jugendliche zu betrachten. Der Verlust eines Elternteils während der Adoleszenz ist mit besonderen Belastungen verbunden. Jugendliche müssen in dieser Zeit viele Entwicklungsaufgaben bewältigen. Aus diesem Grund ist dieser Zeitabschnitt der Entwicklung durch eine große Vulnerabilität gegenüber kritischen Ereignissen und Einflüssen gekennzeichnet (Medalie, 1990, Meshot & Leitner, 1993, Servaty-Seib & Hayslip, 2002/03). Bei Jugendlichen ist während der Adoleszenz ein Streben nach Konformität zu erkennen, das auch in der Trauer spürbar wird. Der Tod eines Elternteils ist ein Ereignis, mit dem nur wenige Jugendliche konfrontiert werden. Diese besondere Situation und die damit verbundene Trauer zeigen ihnen auf, dass sie dadurch anders sind als Gleichaltrige.

Since the adolescents considers it is crucial to be a part of a group and equally important to conform to the group, he is very conscious of anything that may set him apart from others. Whatever factors set him apart – physical, social, or emotional – the typical adolescent will try to diminish them. Consequently, the adolescent who lost a parent will be acutely aware that he is looked at and treated differently and that in some ways he may even be different from his peers. (Garber, 1985, S. 378)

Diese Feststellung kann umschlagen in die Angst, in eine Außenseiterrolle gedrängt zu werden. Dass sie etwas Besonderes erlebt haben beziehungsweise gerade erleben, lässt das Gefühl auftreten, von den anderen beobachtet oder gemieden zu werden oder sogar mit einer Art Stigma behaftet zu sein. Als Folge bemühen sich Jugendliche, nicht aufzufallen, indem sie ihre Trauer nach außen hin verbergen oder maskieren.

They often felt, that their emotions were unacceptable to their social environment, especially their peers. Their peers, they felt, were evasive, unable to discuss with them their loss, and (*Fortsetzung nächste Seite*)

(Fortsetzung von Seite 73)

these adolescents fully empathized with the response as they themselves avoided the topic of death. They often had little knowledge of what was normal in a grief reaction and so were most hesitant to show their natural responses for fear they might be noticed, considered different or abnormal, which would be abhorrent to them in their adolescent sensitivity to the views of others. (Raphael, 1983, S. 154)

Nach außen hin wird die Trauer verborgen, um keine Aufmerksamkeit zu erregen und nicht aufzufallen. Trauerreaktionen werden nur in Abwesenheit anderer ausgelebt (Balk, 2001, Menke, 2002, Kandt, 1994, Käsler, 1993). Deshalb ist der soziale Rückzug von der Außenwelt besonders während der Adoleszenz stark ausgeprägt. Die Unterdrückung und Maskierung der Trauer in der Peergruppe kostet viel Kraft und braucht persönliche Ressourcen auf, so dass sich Jugendliche zurückziehen, um neue Kräfte mobilisieren. Die meisten Jugendlichen haben aber mindestens einen guten Freund oder eine gute Freundin, mit dem oder der sie über ihre Trauer und den verstorbenen Elternteil sowie die damit verbundenen Konsequenzen sprechen können. Das Verbergen der Trauer kann zur Folge haben, dass Außenstehende der Meinung sind, der Jugendliche würde überhaupt nicht oder nicht mehr trauern (Altschul, 1988, Garber, 1985, Schonfeld, 1993). Die Intensität des Schmerzes über den Verlust wird unterschätzt und die Betroffenen erhalten nicht die Unterstützung, die sie eigentlich bräuchten. Der Wunsch, keine Aufmerksamkeit zu erregen, kann zudem zur Folge haben, dass Jugendliche keine Hilfe suchen oder in Anspruch nehmen, auch wenn sie dringend benötigen würden. Pathologische Entwicklungsverläufe sind möglich, ohne sofort auffallen, da trauernde Jugendliche nach außen in ihrem Schmerz nicht zu erkennen sind (DeMinco, 1995). Werden die Traueremotionen nicht nur in der Öffentlichkeit verdeckt, sondern gänzlich unterdrückt, kann sich die Trauer auf die körperliche Ebene verschieben und in somatischen Beschwerden äußern oder eine schwere Depression eintreten (Gray, 1989, Schneewind & Weiß, 1998, Schweitzer & Niedermann, 2000). Einige Jugendliche flüchten sich als Folge in Suchtverhalten, um so gegen den Schmerz der unterdrückten Trauer anzugehen (Clark et al., 1994).

6.5 Pathologische Trauer

„It is thus difficult to define when the grieving pattern is no longer normal and pathological grief has begun“ (Charlton & Dolman, 1995, S. 428). Bei der Abgrenzung von normaler und pathologischer Trauer bestehen Schwierigkeiten und Uneinigkeiten²². Dies zeigt sich schon am Begriff selbst: neben dem Begriff der *pathologischen* Trauer wird auch von *komplizierter* Trauer gesprochen. Bis vor einigen Jahren offizielle Kriterien vorgestellt wurden, gab es kaum Anhaltspunkte für eine Diagnose und Erfassung. Pathologische Trauer wurde vor allem durch einen Vergleich unterschiedlicher Trauerreaktionen untersucht, um so dysfunktionale Trauermuster identifizieren zu können (Arnette, 1996). Die verschiedenen Definitionen und Messungen machten einen Vergleich schwierig. Vor einigen Jahren wurden Kriterien zur Definition und Diagnose von komplizierter Trauer veröffentlicht (Horowitz et al. 1997, Jacobs, 1999). Zwar wird auch an diesen Kriterien Kritik geübt wird, sie ermöglichen aber eine Diagnose bei Erwachsenen anhand eben dieser festgelegten Kriterien²³. Über die Häufigkeit gibt es kaum epidemiologische Daten. Schätzungen gehen weit auseinander und reichen bis hin zu 40% aller Trauernden (Znoj, 2004). Für Kinder und Jugendlichen liegen keine Schätzungen vor.

Zu pathologischer Trauer im Kindes- und Jugendalter gibt es kaum Veröffentlichungen. Da keine Kriterien für eine allgemeingültige Definition und Bestimmung bestehen, kann bei der Beschreibung nur auf einzelne Darstellungen und Thesen zurückgegriffen werden. Siegel, Karus & Raveis (1996) weisen darauf hin, dass der Tod eines Elternteils zwar ein tiefer Einschnitt im Leben eines Kindes ist, pathologische Trauerreaktionen aber nur sehr selten zu beobachten sind. Sie treten vor allem dann auf, wenn vor dem Verlust schon weitere Schwierigkeiten aufgetreten sind, zum Beispiel eine schon vorher bestehende psychische Erkrankung oder familiäre Schwierigkeiten. Bei Kindern ist die Diagnose von pathologischer Trauer schon deshalb erschwert, da sie ihrem Entwicklungsstand entsprechend über ein anderes Todeskonzept verfügen als Jugendliche und Erwachsene. Bei Kindern wird dann von abnormaler Trauer gesprochen,

²² Die pathologische beziehungsweise komplizierte Trauer wird hier nur kurz im Überblick behandelt. Für eine detaillierte Betrachtung sei unter anderem auf Znoj (2004) und Rando (1993) hingewiesen.

²³ Die Kriterien zur Diagnose sind in Abbildung 6.5-1 und 6.5-2 im Anhang 1 auf den Seiten 331 und 332 abgebildet. Abbildung 6.5-3 und Abbildung 6.5-4 auf den Seiten 333 und 334 stellen eine Gegenüberstellung von als normal und als pathologisch betrachteter Trauer bei Erwachsenen dar.

wenn sich die Trauer in Verhaltensweisen manifestiert, die nicht mehr als eine dem Entwicklungsstand entsprechende Reaktion auf den Verlust angesehen wird (Bürgin, 1989, Dilworth & Hildreth, 1997/98, Schepker et al., 1995, Steck & Bürgin, 1996). Dazu werden unter anderem verschiedene Angststörungen und auffällige Verhaltensweisen gezählt, die über lange Zeit anhalten. Auch aggressives Verhalten, Überaktivität, Zwänge und Hypochondrie sind mit eingeschlossen. Die Abgrenzung zu normaler Trauer ist schwierig, da, wie beschrieben, Kinder und Jugendliche in Folge eines Verlusts oft externalisierende Symptome zeigen. Auch Regression kann eine pathologische Form annehmen, wenn sie über einen langen Zeitraum anhält. Bird, Green, Kranzler, Rubinstein & Wasserman (1996) weisen auf eine hartnäckige Verleugnung der Realität des Todes auch lange nach dem Verlust als möglichen pathologischen Trauerverlauf hin. Einen Punkt, der bei älteren Kindern und Jugendlichen oft zum Tragen kommt, beschreibt Paulley (1983): „Children and young adults often fail to mourn an overwhelming loss at the time of the loss because they have to support siblings or parents etc., or because they must go to school or keep working“ (S. 183). Die Trauer wird unterdrückt, um andere zu schonen, sie zu unterstützen und um ihnen nicht den eigenen Schmerz zu zeigen. Wird der Verlust dauerhaft verdrängt und nicht betrauert, kann das massive Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit auch in späteren Jahren haben.

Jugendliche und junge Erwachsene verfügen über ein Todeskonzept ähnlich dem Erwachsener und durchlaufen auch einen in vielen Punkten ähnlichen Trauerprozess. Pathologische Abweichungen sind daher eher mit denen Erwachsener vergleichbar. Kandt (1994) gibt einen Überblick über pathologische Traumerkmale bei Jugendlichen: der Trauerprozess kommt zu keinem Ende und hält unverändert an, die Trauerreaktionen sind entweder besonders heftig oder übertrieben oder setzen verspätet, gehemmt oder unterdrückt ein – Merkmale, die, wie auf den folgenden Seiten beschrieben, auch Kennzeichen pathologischer Trauerformen bei Erwachsenen sind. Jugendliche zeigen auch maskierte Trauerreaktionen in Form von schulischen Schwierigkeiten und delinquenterem Verhalten. Die Entwicklung von schweren depressiven Erkrankungen, Angst- und Zwangsstörungen wird beobachtet, ebenso die Flucht in Suchtmittelkonsum. Suizidale Verhaltensweisen in Folge eines schweren Verlusts sind bei Jugendlichen dokumentiert (Dilworth & Hildreth, 1997/98).

Die Ursachen für einen pathologischen Verlauf bei Kindern und Jugendlichen sind denen Erwachsener ähnlich. Im Folgenden werden kurz einige mögliche Gründe genannt. Die Todesursache ist von großer Bedeutung: vor allem Verluste, die von belastenden oder traumatischen Umständen begleitet werden, können zu pathologischer Trauer führen (Buijssen & Polspoel, 1997, Gamino, Sewell & Easterling, 2000). Auch eine ambivalente, konfliktbeladene oder von Abhängigkeit geprägte Beziehung zum verstorbenen Elternteil kann einen pathologischen Trauerverlauf begünstigen (Blarer, 1986, Meyer, 1996, Stubbe, 1985). Immer wieder beschrieben wird die Bedeutung bestimmter Zeiträume und Entwicklungsphasen, die als besonders kritisch bezeichnet werden und mit einem erhöhten Risiko für einen pathologischen Trauerverlauf und für Langzeitfolgen verbunden sind. Ein kritischer Zeitraum ist das frühe Kindesalter bis zum fünften Lebensjahr, in dem der Verlust eines Elternteils das Bindungsvertrauen eines Kindes tief erschüttert (Bowlby, 1982 Langenmayr, 1987). Auch die Adoleszenz stellt so einen Abschnitt dar. „Individuals are more vulnerable and less able to cope with the impact of any crisis at certain crucial stages of their psychosocial development. Adolescence is such a stage, when an individual's mental health is especially susceptible to both personal and environmental stresses“ (Cho et al., 1982, S. 89). Wichtige Entwicklungsaufgaben können mit der Trauer in Konflikt geraten. Das kann sowohl den Trauerprozess als auch das Bewältigen der Entwicklungsaufgaben beeinträchtigen (Akhtar & Smolar, 1998, Balk, 1996, 2001, Fristad, Jedel, Weller & Weller, 1993, Mireault & Compas, 1996, Rosen, 1991). Balk & Vesta (1998) beschreiben diese Schwierigkeit folgendermaßen: „Adolescents don't have the luxury of putting developmental tasks on hold on while engaging in grief work“ (S. 25).

Da die Trauer von Jugendlichen und jungen Erwachsenen der Erwachsener sehr ähnlich ist (siehe Kandt, 1994), werden einige ausgewählte Formen der pathologischen Trauer angesprochen. Es sei darauf hingewiesen, dass diese ab dem jungen Erwachsenenalter beschrieben werden, ihre vollständige Übertragbarkeit auf Kinder ist deshalb nicht gesichert. Für die folgende Darstellung werden einige Formen pathologischer Trauer ausgewählt, die als die am häufigsten auftretenden beschrieben werden. Weitere seltener Verläufe sind denkbar und werden in einzelnen Veröffentlichungen angeführt, an dieser Stelle sind aber die wichtigsten herausgegriffen.

Chronische Trauer (chronic grief)

Sehr häufig beschrieben ist die chronische Trauer (Beutel, 1991, Bonanno & Kaltman, 2001, Charlier, 1987, Jacobs, 1993, Marris, 1986). Sie ist definiert durch eine abnorm lang anhaltende Dauer, in der die Trauer zu keinem Abschluss kommt. Der Trauerprozess schreitet nicht voran. Die Suche nach dem Verstorbenen hört nicht auf, die Verzweiflung ist besonders intensiv. Gefühle der Hilflosigkeit, Schwäche und Inkompetenz sind charakteristisch, das Selbstbild ist angegriffen. Kontinuierliches Weinen und wiederholtes Aufgehen in Erinnerungen sowie Schuldgefühle treten auf. Diese Symptome können in eine schwere depressive Erkrankung einmünden, die mit Angst, Hypochondrie, Substanzmissbrauch und funktionellen Störungen im vegetativen Bereich kombiniert sein kann. Die Akzeptanz des Verlusts erscheint unmöglich. In einigen Fällen ist eine sogenannte *Mumifizierung* beschrieben: Gegenstände, die dem Verstorbenen gehört haben, werden nicht angerührt, sein Zimmer wird wie ein Schrein gehütet, nichts wird verändert. Diese Form der pathologischen Trauer folgt oft einer ambivalenten Bindung an den Verstorbenen nach (Rynearson, 1990, Zeitlin, 2001). Moebius (1985) beschreibt die chronische Trauer deshalb als eine Art der Selbstbestrafung, um Versäumnisse oder die Erleichterung über den Tod wieder gut zu machen und die Person in der Trauer weiter leben zu lassen.

Verzerrte Trauer (distorted grief)

Verzerrte Trauer bezeichnet ebenfalls eine besonders lang anhaltende und intensive Trauerreaktion, die mit der chronischen Trauer eng verwandt ist (Bonanno & Kaltman, 2001, Charlier, 1987, Jacobs, 1993). Sie tritt vor allem nach unerwarteten und von belastenden Umständen begleiteten Verlusten auf und beinhaltet zum einen schwere Depression und Ängste. Zum anderen sind massive Schuldgefühle und extremer Ärger charakteristisch. Diese Form der pathologischen Trauer tritt auch bei Jugendlichen auf (Raphael, 1983). Der Ärger kann so stark ausgeprägt sein, dass er ein Voranschreiten des Trauerprozesses unmöglich macht. Der Ärger richtet sich dabei gegen den Verstorbenen selbst oder gegen andere Personen, die für den Tod (mit)verantwortlich gemacht werden. Die Schuldgefühle äußern sich in immer wiederkehrenden Selbstanklagen und Vorwürfen, die sich in somatischen Beschwerden, selbstdestruktiven Verhaltensweisen und sozialem Rückzug niederschlagen können.

Verzögerte Trauer (delayed grief)

Verzögerte Trauer ist ebenfalls eine häufige Form der pathologischen Trauer. Dabei tritt die Trauerreaktion, die auf den Verlust folgt, verzögert ein (Bonanno & Field, 2001, Brabant, 1989/90, Middleton, Burtnett, Raphael & Martinek, 1996). Der Trauernde zeigt trotz des Verlusts normale Verhaltensweisen und lebt zuerst einmal weiter, als wäre nichts geschehen. Der Trauerausdruck fehlt gänzlich. Nach einiger Zeit, meist mehreren Wochen, setzt die Trauer ein, unter Umständen ausgelöst durch ein Ereignis, das mit dem Verlust überhaupt nichts zu tun hat. Auch die verzögerte Trauer kann die Folge einer ambivalenten oder von Problemen und Konflikten geprägten Bindung an den Verstorbenen sein (Bonanno & Kaltman, 1999, Ryneanson, 1990). Nach Franz (2002) ist diese Form auch bei Kindern zu beobachten, wenn die Anerkennung der Realität aufgeschoben wird.

Abwesende oder fehlende Trauer (absent grief)

Verzögerte Trauer kann in abwesende oder fehlende Trauer übergehen, wenn die Trauerreaktion auch nach einiger Zeit nicht einsetzt (Blarer, 1986, Charlier, 1987, Jacobs, 1993, Middleton et al., 1996). Es wird von einer Zeitspanne von ungefähr sechs Monaten ausgegangen. Nach außen hin fehlen sichtbare Hinweise auf Trauer. An deren Stelle können andere Beschwerden treten, wenn sich die Trauer von der psychischen auf die physische Ebene verschiebt und sich zum Beispiel in funktionellen Beschwerden des Herz-Kreislauf-Systems oder im Magen-Darm-Bereich bis hin zur Manifestation schwerer Erkrankungen und Schmerzsyndrome äußert. Rehberger (2004) beschreibt, dass sich bei der näheren Untersuchung einiger Betroffener der Eindruck ergeben hat, der Verlust würde geleugnet oder für reversibel gehalten werden. Abwesende Trauer ist sehr selten, sie wird in einigen Fällen auch bei Kindern und Jugendlichen beobachtet. Harrington & Harrison (1999) weisen aber auf die große Variabilität kindlicher Trauer hin, wonach das Fehlen von als typisch betrachteten Trauerreaktionen noch kein Grund für die Annahme einer pathologischen Entwicklung sein muss.

Gehemmte Trauer (inhibited grief)

Gehemmte Trauer unterscheidet sich der äußerlichen Betrachtung nach nur geringfügig von fehlender Trauer. Es wird dann davon gesprochen, wenn der als üblich angesehene Trauerausdruck nach außen hin fehlt, da der Trauernde versucht, diesen bewusst oder unbewusst zu unterdrücken. Die Trauer kann sich als Folge in schweren psychischen

und psychosomatischen Erkrankungen manifestieren. Diese Form der pathologischen Trauer kann auch bei Kindern und Jugendlichen auftreten (Bonanno & Kaltman, 2001, Marris, 1986).

Traumatische Trauer

Befunde und Darstellungen, inwieweit die Phänomene Trauer und Trauma übereinstimmen, miteinander verknüpft sind oder sich unterscheiden, differieren²⁴. Nach Rubin, Malkinson & Witztum (2001) sollte traumatische Trauer nicht mit komplizierter Trauer gleichgesetzt werden, sondern auf Ereignisse, die auch wirklich als Trauma anzusehen sind, zum Beispiel nach Verlusterlebnissen durch Katastrophen, Gewalt und bei extrem belastenden Begleitumständen, beschränkt bleiben. Auch Kinder und Jugendliche können von traumatischer Trauer betroffen sein, zum Beispiel, wenn sie Zeuge des gewaltsamen Todes eines Elternteils werden. Ebenso kann der Suizid eines Elternteils diese Folgen haben. Ansätze, die speziell auf traumatische Trauer und deren Behandlung bei Kindern und Jugendlichen eingehen, sind gerade erst im Entstehen (siehe Cohen, Mannarino & Knudsen, 2004).

²⁴ Für eine weitere Definition und Ausführung sei auf Boss (2000), Malkinson, Rubin & Witztum (2000), Nader (1997), Prigerson et al. (1992) und Sprang & McNeil (1995) verwiesen.

7. Die Bedeutung von Einflussfaktoren auf die Trauer

„Die Fähigkeit des Kindes, Trauerarbeit zu leisten, ist in jedem Fall mit seinem Erleben der Umstände verknüpft, die den Tod des Vaters oder der Mutter begleiten. Manchmal sind sie eine gute Hilfe, oft aber sind sie schädlich“ (Furman, 1977a, S. 103). Diese Aussage deutet darauf hin, dass bei der Trauer von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen nicht nur ausschließlich das Verlusterlebnis selbst, sondern viele Einflussfaktoren von Bedeutung sind²⁵. Das *Adolescent Bereavement Consortium* hat die wichtigsten Einflussgrößen auf die Trauer zusammengestellt (siehe Clark et al., 1994). Diese stimmen im Wesentlichen mit denen überein, die in den meisten empirischen Untersuchungen als wesentlich beschrieben werden. Die wichtigsten werden im Folgenden dargestellt.

7.1 Der verbliebene Elternteil

Der verbliebene Elternteil wird übereinstimmend als der wichtigste Einflussfaktor auf die Trauer und die Anpassung an die Situation bezeichnet, denn dieser stellt nach dem Tod des anderen Elternteils meist die wichtigste Bezugsperson dar (Baker, Sedney & Gross, 1992, Bilfulco, Brown & Harris, 1987, Corr, 1997, Herz-Brown, 1989, Samuels, 1988, Wass, 1997). Besonders für jüngere Kinder ist es wichtig, dass der verbliebene Elternteil seine Rolle als Versorger aufrechterhält und den Bedürfnissen des Kindes nachkommt, ihm Sicherheit vermittelt und das Gefühl gibt, nicht alleine zu sein.

In allen Fällen von Verlust und auf allen Alterstufen hängt die Fähigkeit des Kindes, sich der Trauerarbeit hinzugeben, ganz allgemein von zwei Faktoren ab: vom Gefühl der Sicherheit, dass seine Bedürfnisse gleichbleibend befriedigt werden, und vom Fortbestand seiner verbliebenen Beziehungen.

(Furman, 1977a, S. 103)

Saler & Skolnick (1992) beschreiben in ihrer Studie drei Aspekte, die wesentlich für die Mutter-Kind-Beziehung nach dem Tod des Vaters sind, nämlich psychische Unterstützung, die Schaffung einer unterstützenden Umgebung sowie Stabilität und Konsistenz in der Beziehung. Der verbliebene Elternteil ist aber nicht nur Versorger,

²⁵ Für eine Modellvorstellung zur Wirkung der Einflussfaktoren siehe Abbildung 7-1 im Anhang 1 auf Seite 335.

sondern auch Ansprechpartner für Kummer und Ängste. Über den Verlust und die Trauer zu sprechen und Gefühle, Gedanken und Erinnerungen, aber auch Ängste auszutauschen, ist eine wichtige Hilfe im Trauerprozess und stärkt die Beziehung von Elternteil und Kindern. Kinder und Jugendliche sind zudem darauf angewiesen, von dem verbliebenen Elternteil Informationen darüber zu erhalten, was geschehen ist. Sie brauchen Bestätigung ihrer eigenen Wahrnehmungen und erhalten so Hilfe bei der Realisierung des Geschehenen. Der Elternteil als Rollenvorbild ist von Bedeutung für das Erfahren, Erkennen und Ausdrücken von Emotionen und für den Umgang mit der Trauer (Finkelstein, 1985, Hagman, 1996, Moody & Moody, 1991, Schultz, 1999, Smilansky, 1987). „When surviving parents cope effectively, provide for the family, and can empathically assist these children with their fear and pain, longing and missing, the mourning process was supported and the likelihood of eventual acceptance of the death more likely“ (Samuels, 1988, S. 26). Während der Adoleszenz gestaltet sich die Beziehung zum verbliebenen Elternteil etwas anders. Jugendliche sind nach wie vor auf den verbleibenden Elternteil angewiesen und benötigen ihn als wichtige Bezugsperson und Unterstützung bei der Trauerverarbeitung. Dennoch gehen einige Jugendliche in bestimmten Situationen auf Distanz und haben Schwierigkeiten, elterliche Unterstützung anzunehmen, meist aus Angst, dadurch die gerade gewonnene Unabhängigkeit zu verlieren (Gray, 1989).

Schwierigkeiten können auftreten, wenn Elternteil und Kind einen unterschiedlichen Trauerprozess durchlaufen. Kinder und Jugendliche unterscheiden sich, wie beschrieben, in einigen Aspekten der Trauer von Erwachsenen und zeigen Trauerreaktionen, die dem Elternteil unverständlich sein können. Zudem sind Dauer und Intensität oft verschieden und es wird nötig, Verständnis für die individuelle Trauer des anderen aufzubringen:

The lack of synchrony in the timetable for mourning between the parent and the child can constitute yet another interference in a parent's ability to assist a child through stages of mourning. If the parent is ready to move on, there may be a wish to hurry the child, and, if the parent is not ready, he or she may attempt to force a child to continue to mourn too long.

(Hummer & Samuels, 1988, S. 50)

Dass eine wenig stützende Beziehung zum verbliebenen Elternteil negative Auswirkungen haben kann, ist vielfach beschrieben und belegt (Bowlby, 1987, Harrington & Harrison, 1999, Schwab, Ice, Kokott, Stephenson & Schwab-Stone,

1991). Der Tod eines Elternteils bedeutet nicht nur für das Kind oder den Jugendlichen einen schweren Verlust. Der überlebende Elternteil hat in den meisten Fällen selbst einen geliebten Menschen verloren, seine Trauer wirkt sich auch auf das Kind aus. Wird der Elternteil von seiner eigenen Trauer überwältigt, ist er nicht mehr in der Lage, auf die Gefühle und Bedürfnisse anderer einzugehen. Zudem können sich bestimmte Abläufe und Routinen, Verhaltensweisen und Rollenmuster ändern, wenn der verbliebene Elternteil nur noch mit seiner Trauer beschäftigt ist, was eine zusätzliche Belastung darstellt. Außerdem wird die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung beeinträchtigt: die elterliche Fürsorge und Unterstützung im Alltag nimmt ab, die Kommunikation ist gestört. Als Folge werden viele emotionale Nöte übersehen oder ignoriert, kein Trost gespendet und betroffene Kinder und Jugendliche bleiben mit ihrem Kummer alleine. Steht der Elternteil als Stütze nicht zur Verfügung, kann fast von einem doppelten Elternverlust gesprochen werden (DelMedico, Weller & Weller, 1992, Hummer & Samuels, 1988).

Von entscheidendem Gewicht ist für die Kinder, was nach dem Tod geschieht und von welcher Qualität ihre Beziehung zum überlebenden Elternteil ist – tatsächlich kann die Hilfe und Fürsorge, die einem Kind vor und nach einem Verlust zuteil wird, nachhaltigere Konsequenzen für es haben als der Verlust selbst. Wenn der überlebende Elternteil von seiner eigenen Trauer zu stark in Anspruch genommen ist, um sich um die Bedürfnisse des Kindes zu kümmern, oder wenn die Stabilität und Qualität des Familienlebens darunter leidet, dann hat das Kind mehr verloren als bloß einen Elternteil.

(Bird et al., 1996, S. 317)

Zwar herrscht Übereinstimmung darüber, dass es für das Kind wichtig ist, Erwachsene in ihrer Trauer zu sehen. Sucht der überlebende Elternteil aber dauerhaft Trost und Unterstützung bei Sohn oder Tochter, kann das zu einer zusätzlichen Belastung werden, die alleine kaum mehr zu bewältigen ist: „a vulnerable parent may become excessively dependent on the child in an effort to replace the lost relationship and intimacy“ (Harris, 1991, S. 268). Auch kann der verbliebene Elternteil von seiner Trauer so überwältigt sein, dass er seine Trauer nicht zeigen kann. So können auch die Trauerkapazitäten von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen eingeschränkt werden. Aus Unklarheiten und Verunsicherungen, die nie angesprochen werden, resultieren Schuldgefühle, die pathologischen Charakter annehmen können (Thompson & Payne, 2000, Tomori, 2000).

7.2 Geschlecht

Aussagen zu Geschlechtsunterschieden gehen auseinander, schon deshalb, da die Vergleichbarkeit der Intensität von Trauerreaktionen schwierig ist, denn Trauer äußert sich bei Männern und Frauen oft auf verschiedene Weise. Jungen neigen zu externalisierenden Verhaltensweisen: ihre Trauer kann sich in auffälligen oder aggressiven Verhaltensweisen zeigen, männliche Jugendliche flüchten sich auch in Substanzmissbrauch oder fallen durch Delinquenz auf. Mädchen und junge Frauen hingegen weisen verstärkt internalisierende Symptome wie Depressionen und Ängste auf (Levang, 2002, Oltjenbruns, 1991, Silverman & Worden, 1996, Sprang & McNeil, 1995). Es zeigt sich zwar, dass sich Trauer auf verschiedene Art und Weise äußert, dennoch gibt es keinerlei Beweise dafür, ob Männer und Frauen in unterschiedlicher Intensität trauern. Belegen lässt sich nur die Tatsache, dass mit der Trauer und den damit verbundenen Gefühlen nach außen hin unterschiedlich umgegangen wird. Der Hauptteil der emotionalen und sozialen Trauerarbeit wird in den westlichen Kulturen von Frauen getragen. Die Gesellschaft erlaubt vor allem Frauen den Ausdruck von Trauer, Weinen wird eher akzeptiert. Aus diesem Grund ist bei Mädchen und Frauen eine affektivere Trauerantwort zu beobachten (Barth, Kerp & Müller, 2003, Lenhardt & McCourt, 2000, Versalle & McDowell, 2005). Männern wird innerhalb der familiären und gesellschaftlichen Sozialisationsinstanzen beigebracht, ihren Schmerz still zu ertragen, so dass diese ihr Trauerverhalten nach außen hin kontrollieren (Ecker, 1999, McGoldrick, 1992, Wolf, 1991). Levang (2002) und Diodà & Gomez (1999) stellen dar, dass Männer und Frauen als Folge auch unterschiedliche Strategien benutzen, um mit der Trauer umzugehen. Männer neigen dazu, sich durch ihre Trauer zu denken, sie lassen sich stärker von ihrem Intellekt leiten, ihre Trauerarbeit verläuft mehr auf kognitiver als auf emotionaler Ebene. Verleugnung und Vermeidung sind bei Männern häufiger zu finden. Das gilt im Besonderen für das Verdrängen und Verbergen der Trauer gegenüber der sozialen Umwelt. Ähnlich wie bei männlichen Jugendlichen ist oft eine Flucht in Suchtmittelkonsum oder in übermäßigen beruflichen Einsatz zu beobachten. Frauen scheinen ihren Weg durch die Trauer eher zu fühlen. Sie gehen offener mit ihrer Trauer und den damit verbundenen Problemen um und suchen sich bei Bedarf Hilfe, vor allem im sozialen Umfeld. Sie nehmen Trost, Unterstützung und Hilfestellung eher an und bemühen sich bei Schwierigkeiten schneller und öfter um professionelle Hilfe (Bacqué, 1996, Parkes, 2001, Rubinstein, 2004).

7.3 Die Todesursache

7.3.1 Der Einfluss der Todesursache auf den Trauerprozess

Der Todesursache wird eine wesentliche Bedeutung für den Trauerprozess zugesprochen. Nach Cleiren (1992) sind verschiedene Kriterien möglich, nach denen sich die Todesursachen unterscheiden lassen. Diese sind *erwartet* gegenüber *unerwartet*, *natürlich* gegenüber *unnatürlich* sowie die *Verantwortlichkeit* für den Tod.

Die Todesursachen lassen sich in *natürlich* und *unnatürlich* unterscheiden. In einigen Fällen sind die Übergänge fließend und eine Einteilung ist nur schwer möglich²⁶. Natürliche Todesursachen umfassen Erkrankungen und hohes Alter. Unnatürliche Tode sind durch Unfälle oder durch Gewalteinwirkung von außen bedingt²⁷. Verlust durch unnatürliche Ursachen geschehen meist ohne jede Vorwarnung und gehen oft mit extrem belastenden Umständen einher. Durch Unfälle oder Gewalteinwirkung kann der Körper des Verstorbenen entstellt oder sogar verstümmelt sein. Der Wunsch, das verstorbene Familienmitglied noch einmal zu sehen, kann deshalb unmöglich sein oder zu einer traumatischen Erfahrung werden. Weitere schwierige Umstände können durch polizeiliche oder gerichtliche Ermittlungen hinzukommen, mit denen Angehörige in der Folgezeit konfrontiert sind. Die Ergebnisse empirischer Studien lassen darauf schließen, dass die Trauerreaktionen auf den Verlust eines Familienmitglieds durch eine unnatürliche Todesursache schwerer sind (Berlinsky & Biller, 1982, Cleiren, 1992, Pfeffer et al., 2000, Raphael, 1983). Dennoch kann der Tod eines geliebten Menschen durch eine Erkrankung, also durch eine natürliche Ursache, ebenfalls belastend sein. Es darf nicht unterschätzt werden, was der Umgang mit einem todkranken Menschen über lange Zeit bedeutet: jeden Tag die Qualen und Schmerzen miterleben müssen, ihn leiden zu sehen, ihn durch lange Therapien und Operationen zu begleiten und als Folge der Krankheit vielleicht mit Entstellung und geistiger Verwirrung umgehen zu müssen, kann ebenfalls extrem belastend wirken (Corr, 1997, Furman, 1977a).

²⁶ Einige Todesursachen sind schwierig einzuordnen, da sie besondere Begleitumstände und Folgen aufweisen. Ein solches Beispiel ist der Tod eines Elternteils in Folge von Alkoholismus. Dafür sei auf Brabant & Martof (1993) verwiesen. Suizid wird in Kapitel 7.3.2 gesondert betrachtet.

²⁷ Entgegen weit verbreiteter Meinungen machen unnatürliche Todesursachen nur einen geringen Anteil der Sterbefälle aus. Wie der Abbildung 1-1 auf Seite 319 zu entnehmen ist, ließen sich 2002 gerade einmal 4,1% aller Todesfälle in der Gesamtbevölkerung auf eine unnatürliche Ursache zurückführen. Die meisten Sterbefälle sind auf Erkrankungen des Kreislaufsystems (46,8%) und auf Krebserkrankungen (25,6%) zurückzuführen (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2004b).

An zweiter Stelle wird nach dem Kriterium *erwartet* oder *unerwartet* differenziert. Unerwartete Verluste geschehen durch Unfall oder durch ein akut auftretendes körperliches Leiden, zum Beispiel Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems. Ein solcher Tod geschieht plötzlich, so dass keinerlei Vorbereitung und Abschied stattgefunden hat (Nolen-Hoeksema & Larson, 1999). Die Phase des Schocks und der Fassungslosigkeit sowie des Nichtwahrhabenwollens dauert besonders lange an (Herz-Brown, 1989, Langenmayr, 2001, Meshot & Leitner, 1992/93, Sprang & McNeil, 1995). Außerdem sieht sich der Trauernde plötzlich mit der Tatsache konfrontiert, bestimmte Angelegenheiten nie geklärt zu haben. Schuldgefühle kommen auf. Plötzliche Verluste hinterlassen zudem ein Gefühl des Kontrollverlustes. Allerdings geht dem Tod keine lange stressvolle Phase voraus, die die Ressourcen der Familie schon erschöpft hat, bevor der eigentliche Trauerprozess beginnt. Bei absehbarem Verlust gibt es das Konzept der *vorweggenommenen* oder *antizipatorischen* Trauer (Fulton & Gottesman, 1980, Rando, 1997, Rosenheim & Reicher, 1986, Worden, 1999), das für Erwachsene und für Kinder beschrieben wird. Dieses Konzept geht zurück auf Lindemann und beschreibt, dass während einer tödlich verlaufenden Krankheit der Trauerprozess nahestehender Personen schon während der Erkrankung und somit vor dem eigentlichen Tod einsetzt. „It is generally agreed that an anticipated death is easier for children to cope with than sudden loss – just as it is for adults – because forewarning seems to provide an opportunity to prepare at least cognitively“ (Osterweis et al., 1984, S. 125). Der Schock und der auf den Tod folgende Trauerprozess sind nicht mehr so intensiv und überwältigend. Es ist im Lauf der Erkrankung möglich, bisher Unausgesprochenes und offene Fragen zu klären. Quälende Schuldgefühle werden vermieden. Auch eine Verabschiedung kann geschehen, was für viele Trauernde eine heilsame Wirkung hat. Das Konzept der antizipatorischen Trauer ist nicht unumstritten. Fulton (2003) weist auf die unklare empirische Befundlage hin, was die Auswirkungen der vorweggenommenen Trauer betrifft. Davies (1997) merkt an, dass zudem viele Faktoren zu berücksichtigen sind, wie die Dauer der Erkrankung und das Maß an Pflegebedürftigkeit des Sterbenden. Es kann zum Beispiel die schon angeführte lange, belastende Phase der Pflege und des Mitleidens den Effekt der vorweggenommenen Trauer überdecken. Empirische Ergebnisse weisen daraufhin, dass ein unerwarteter Tod schwerere Trauerreaktionen zur Folge hat, sowohl in der Zeit nach dem Verlust als auch in späteren Jahren (Menke, 2002, Levinson, 1972, Lundin, 1984, Reed, 1993, Sanders, 1982/83, 1988). „The impact of a sudden, unexpected death can impair the persons

ability to cope and can lead to long-term psychological disturbance“ (Watts & Hall, 1997, S. 40).

Das Kriterium der Verantwortlichkeit für den Tod eines Menschen ist ebenfalls von Bedeutung. Die reale Schuld anderer Personen, wie nach einem Verkehrsunfall, aber auch Schuldzuweisungen ohne Berechtigung, die im Affekt gegenüber Personen geäußert werden, können zermürben und den Trauerprozess intensivieren und verkomplizieren. Der Frage nach der Verantwortlichkeit kommt besonders nach einem Tod durch Suizid eine Bedeutung zu. Dies wird im Folgenden betrachtet.

7.3.2 Der Suizid eines Elternteils

Der Tod eines Elternteils durch Suizid ist ein Fall, der getrennt betrachtet werden soll. Nur ein sehr geringer Teil der Suizidforschung widmet sich den Hinterbliebenen, Längsschnittstudien zu möglichen Auswirkungen besonders auf Kinder und Jugendliche werden nur sehr selten durchgeführt. Insgesamt herrscht weitgehende Übereinstimmung darüber, dass sich der Tod eines Elternteils durch Suizid und die darauffolgende Trauer zumindest in einigen Punkten von der Trauer nach anderen Todesursachen unterscheidet (Alexander, 1991, Bailey, Kral & Dunham, 1999, Barrett & Scott, 1990, Cerel, Fristad, Weller & Weller, 2000, Jordan, 2001, Ness & Pfeffer, 1990, Pietilä, 2002, Séguin, Lesage & Klely, 1995, Van der Wal, 1989/90). Tod durch Suizid ist durch besondere Charakteristika gekennzeichnet. Die meisten Selbstmorde geschehen nach einer langen Vorgeschichte von Problemen in der Familie (Böhle, 1988, Oztelsberger, 1999, Sheperd & Barraglough, 1976, Valente & Saunders, 1993). Das Familienklima ist von Beziehungskonflikten und sozialer Isolation geprägt, finanzielle Krisen erschweren die Situation zusätzlich. In vielen Fällen leidet der suizidale Elternteil schon lange an einer psychischen oder physischen Erkrankung, Alkohol- und Drogenprobleme können hinzukommen. Nach einem Selbstmord versucht der verbliebene Elternteil oft, dem Kind die Todesursache vorzuenthalten, entweder um es zu schützen oder um selbst nicht über das Geschehene sprechen zu müssen (Cerel, Fristad, Weller & Weller, 1999, Cain & Fast, 1972). Ein Suizid ist von einschneidenden Umständen begleitet. Wird der Tote von einem Familienmitglied gefunden, kann dieser mit traumatischen Eindrücken konfrontiert werden. Selbstmord wird als gewaltsamer Tod eingestuft, polizeiliche

Ermittlungen und Gerichtsmedizin müssen ein Fremdverschulden ausschließen. In der Folgezeit können sich radikale Veränderungen in den Lebensumständen ergeben. Nach dem Suizid eines Elternteils werden überdurchschnittlich viele Kinder und Jugendliche aus ihren Familien herausgenommen und fremduntergebracht (Schleiffer, 1988). Jordan (2001) beschreibt weitere mögliche Schwierigkeiten: die Qualität familiärer Beziehungen kann beeinträchtigt werden und ein verstärktes Konfliktpotential entstehen. Rollenverschiebungen und –verzerrungen sowie eine Verschlechterung der familiären Kommunikation sind möglich.

Was die Trauer und die Folgen für die psychische und physische Gesundheit betrifft, gibt es Besonderheiten. Der zentrale Punkt bei der Trauer um einen Menschen, der sich selbst das Leben genommen hat, ist – auch bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Schuld (Alexander, 1991, Clark & Goldney, 1995, Dorpat, 1972, Otzelsberger, 1999, Sprang & McNeil, 1995, Valente & Saunders, 1993). Selbstvorwürfe, mögliche Anzeichen nicht bemerkt, dem suizidalen Familienmitglied nicht ausreichend zur Seite gestanden oder ihn sogar dazu getrieben zu haben, werden häufig berichtet. Diese Schuldgefühle können über Jahre anhalten und Auslöser für maladaptive und pathologische Entwicklungen und Trauerreaktionen sein. Besonders Kinder und Jugendliche „are especially vulnerable to feelings of guilt following a suicide“ (Osterweis et al., 1984, S. 88). Extreme Schuldgefühle führen teilweise zu Depression und Angst, autoaggressivem und selbstbestrafendem Verhalten und zu einer Flucht in Sucht, Delinquenz und Gewalt (Howe, 1992, Hummer & Samuels, 1988). Eng damit verbunden ist die Frage nach dem *Warum*, danach, was das Familienmitglied zu dieser Tat bewegt hat (Böhle, 1988, Jordan, 2001, Diodà & Gomez, 1999). Das ist eine Frage, auf die es in vielen Fällen keine Antwort gibt und die oft für immer offen bleibt. Davon abgesehen sind die Trauerreaktionen zu beobachten, die auch nach einem Verlust durch andere Todesursachen zu finden sind. Sie können aber intensiver sein und länger anhalten. Beispiele dafür sind Ärger, von dem Elternteil verlassen worden zu sein, oder Angst um das eigene Wohl oder das des überlebenden Elternteils. Pfeffer et al. (2000) stellen in ihrer Studie bei Kindern und Jugendlichen, die einen Elternteil durch Suizid verloren haben, vermehrt internalisierende und externalisierende Störungen fest. Pfeffer et al. (1997) diagnostizieren zusätzlich Symptome des posttraumatischen Stresssyndroms, wie sie auch in anderen Studien und Darstellungen berichtet werden (siehe Eth & Pynoos, 1985, Pynoos, 1992).

Eine immer wieder beschriebene Auswirkung des Suizids eines Elternteils ist Suizidalität auch bei den Hinterbliebenen. Für Jugendliche können eine gestiegene Suizidalität und gehäufte Suizidversuche in den Jahren nach dem Selbstmord eines Elternteils belegt werden (Schleiffer, 1979, Eichhorn & Zanolari, 2001, Gutierrez, 1999, Stober, Göhring & Günzler, 1984). Ebenso wird auch eine Verbindung zwischen frühkindlichem Elternverlust und suizidalem Verhalten im Erwachsenenalter in einigen Untersuchungen bestätigt (Adam, Boukoms & Streiner, 1982, Greer, 1964, 1966, Wienforth, 1985).

Zudem lässt sich eine weitere charakteristische Folge eines Suizids beobachten: die Stigmatisierung durch das soziale Umfeld (Heilborn-Maurer & Maurer, 1988, Lester & Bean, 1992, Range & Niss, 1990, Seibl, Antretter & Haring, 2001). Nach wie vor ist Selbstmord mit einem Stigma behaftet. Betroffene Familien bekommen in vielen Fällen wenig oder überhaupt keine soziale Unterstützung von Verwandten, Freunden, Arbeitskollegen oder der Nachbarschaft. Sie werden alleine gelassen oder sogar gemieden. Gerüchte und Vorwürfe einer Mitschuld treiben Familien in die soziale Isolation, aus der sie sich kaum wieder befreien können. Zudem empfinden viele Familien so viel Scham, dass sie die selbstgewählte Isolation vorziehen.

7.4 Die Persönlichkeit am Beispiel der Kontrollüberzeugungen

Auf die Bedeutung der Persönlichkeit eines Kindes, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen für die Trauer wird immer wieder hingewiesen (Hatter, 1996, Krupnick & Solomon, 1987, Oltjenbruns, 1991, Schneewind & Weiß, 1998). Die verschiedenen Merkmale, Charaktereigenschaften und Fähigkeiten können eine positive wie auch negative Wirkung haben. Im Folgenden wird der Einfluss von intrapersonalen Faktoren auf die Trauer an einem Beispiel beschrieben, nämlich durch die Kontrollüberzeugungen.

Das Konstrukt der Kontrollüberzeugungen (*locus of control*) ist Bestandteil der sozialen Lerntheorie der Persönlichkeit von Julian B. Rotter (1966). Es gründet darauf, dass Individuen in der Interaktion mit der Umwelt Erfahrungen darüber machen, ob Ereignisse die Folge eigener Handlungen und eigener Charakteristika sind oder nicht

(siehe Krampen, 1982). Es lassen sich zwei grundsätzliche Erwartungshaltungen feststellen: diese werden als *Internalität* und *Externalität* bezeichnet. Eine interne Kontrollüberzeugung liegt vor, wenn eine Person Ereignisse als contingent zum eigenen Verhalten oder zu eigenen Persönlichkeitscharakteristika ansieht. Von einer externalen Kontrollüberzeugung wird gesprochen, wenn diese Kontingenz nicht gegeben ist. Levenson (1974) führte die Trennung von Externalität in *sozial bedingt* und in *fatalistisch* ein. Sozial bedingte Externalität bedeutet die generalisierte Erwartung, dass wichtige Ereignisse im Leben von dem Einfluss anderer, „mächtiger“ Personen abhängen. Fatalistische Externalität beschreibt die generalisierte Erwartung, dass diese Ereignisse durch Schicksal, Glück und Zufall bedingt sind. Kontrollüberzeugungen sind psychologisch betrachtet Persönlichkeitseigenschaften (Albrecht, 1994, Brand, 1982). Sie gehen auf Lernprozesse zurück und werden durch Umwelteinflüsse in Interaktion mit Anlagefaktoren entwickelt. Entscheidend ist das Einwirken der unterschiedlichen Sozialisationsinstanzen wie Schule, Peers, Beruf und vor allem der Familie. Erziehung und Familienklima haben einen wesentlichen Einfluss auf die Ausgestaltung (Lefcourt, 1976, Krampen, 1982, 1992, Schneewind, 1985, Skinner & Connell, 1986). Studien zur Entwicklung der Kontrollüberzeugungen beschreiben, dass jüngere Kinder über eine externalere Kontrollüberzeugung verfügen, da sie noch von den Eltern und anderen Personen abhängig sind. Mit zunehmendem Alter wandelt sich die Kontrollüberzeugung ins interne (Adams, 1983, Furnham, 1987, Kliewer & Sandler, 1992, Krampen, 1989, Meyers & Wong, 1988, Schuch, 1980). Denn zum einen werden neue Fähigkeiten und Kompetenzen erlernt, die eine Kontrolle über die Umwelt möglich machen, zum anderen interne Ursachen in die Erklärungsmuster miteinbezogen. In der Adoleszenz stabilisieren sich die Kontrollüberzeugungen, nur noch ein geringes Maß an Plastizität bleibt erhalten. In der Mehrzahl der Untersuchungen werden keinerlei Geschlechtseffekte festgestellt (Boss & Taylor, 1989, Huebner, Ash & Laughlin, 2001, Moraganti, Nehrke, Hulicka & Cataldo, 1988). Studien, die einen Geschlechtseffekt finden, wie die von Young & Shorr (1986) und Kulas (1996), führen dies auf bestimmte Sozialisationseinflüsse zurück.

Kontrollüberzeugungen wird ein großer Stellenwert im Umgang mit kritischen Lebensereignissen eingeräumt. Was Tod und Trauer speziell angeht, so gibt es hierzu kaum empirische Studien. Es gibt aber viele Untersuchungen, die sich mit dem Zusammenhang von Kontrollüberzeugungen und kritischen Lebensereignissen sowohl

bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen befassen. „Insgesamt ist unbestritten, dass die Kontrollüberzeugung einer Person in einer jeweiligen Situation einen Einfluss auf das Ausmaß an Stress und der Art der kurz- und langfristigen Reaktionen nimmt“ (Inglehart, 1988, S. 100). Zahlreich belegt ist der Einfluss der Kontrollüberzeugungen bei Scheidung und deren Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche (Fogas, Wolchik, Braver, Freedom & Bay, 1992, Kim, Sandler & Tein, 1997, Kurdek, Blisk & Siesk, 1981, Sandler, Kim-Bae & MacKinnon, 2000). Die Ergebnisse lassen darauf schließen, dass eine interne Kontrollüberzeugung zu einer besseren Anpassung an die Situation, eine externe zu Anpassungsschwierigkeiten führt. Ebenso verhält es sich auch mit anderen stressvollen Lebensereignissen, bei denen mögliche Folgen wie Depression und Angst mit den Kontrollüberzeugungen in Verbindung stehen (Johnson & Sarason, 1978, Kliewer & Sandler, 1992, Lefcourt, 1985, Sandler & Lakey, 1982, Siddique & D'Arcy, 1984). „The common finding of these studies is that external locus of control subjects show a stronger positive relation between measures of life events and symptomatology than do internals“ (Parkes, 1984, S. 655). Personen mit internaler Kontrollüberzeugung können Stressoren länger standhalten beziehungsweise besser mit ihnen umgehen. Lefcourt (1976, 1981) und Krampen (1982) stellen als Erklärung dar, dass diese über effektivere Copingmechanismen verfügen: sie setzen verstärkt auf kognitive Kontrollmechanismen wie Selbstreflexion und Selbstmodifikation und sind in der Lage, alle möglichen Optionen schnell zu erfassen. Sie suchen sich auch eher Hilfe, wenn sie diese benötigen. Albrecht (1994) schreibt als stressresilient eingeschätzten Jugendlichen eine interne Kontrollüberzeugung zu. Speziell mit Trauer bei Kindern und Jugendlichen befasst sich nur die Studie von Haine, Ayers, Sandler, Wolchik & Weyer (2003), die allerdings einen Einfluss der Kontrollüberzeugungen auf die Trauer nicht belegen kann.

Da sich die vorliegende Arbeit ausschließlich mit dem Tod des Vaters befasst, wird noch kurz auf den Zusammenhang von Kontrollüberzeugungen und Vaterabwesenheit und -anwesenheit eingegangen. Kinder und Jugendliche aus Familien, in denen sich der Vater aktiv in die Beziehung einbringt, weisen eine internale Kontrollüberzeugung auf (Lamb & Oppenheimer, 1989, Pleck, 1997, Taris & Bok, 1997, Williams & Radin, 1999). Untersuchungen zur Vaterabwesenheit ergeben gemischte Befunde, die überwiegende Zahl kommt aber zu dem Ergebnis, dass Kinder und Jugendliche, die ohne Vater aufgewachsen, im Vergleich zu ihren Altersgenossen eine externalere

Kontrollüberzeugung haben (Fry & Scher, 1984, Lancaster & Richmond, 1983, Parish, 1981, Parish & Copeland, 1980, Parish & Nunn, 1983).

Hingewiesen sei noch auf den Zusammenhang von Kontrollüberzeugungen und Depression. Klinische Studien aus dem Bereich der Diagnostik und Therapie zeigen auf, dass Personen, die an depressiven Erkrankungen leiden, meist external orientiert sind, was in Einklang steht mit dem Störungsbild der Depression (Burger, 1984, Hell & Endrass, 2002, Ganellen & Blaney, 1984, Lefcourt, 1976, Siegel & Griffin, 1984, Weinmann, Bader, Endrass & Hell, 2001). Dies könnte auch im Trauerprozess von Bedeutung sein.

7.5 Weitere Einflussfaktoren

Es wird noch kurz auf einige weitere Einflussgrößen eingegangen. Eine Vielzahl zusätzlicher Faktoren könnte beschrieben werden, die an dieser Stelle nicht aufgeführt sind, da sie vor allem in Einzelfällen von Bedeutung sind.

Familie und soziales Umfeld

Nicht nur der verbliebene Elternteil ist eine wichtige Stütze, sondern die gesamte Familie (Baker & Sedney, 1996, Hurd, 2002, Wass, 1997). Der Tod eines Elternteils und die damit verbundene Trauer betrifft nie nur ein Familienmitglied, sondern die ganze Familie. Trauer ist immer eingebettet in das Familiensystem (siehe Gilbert, 1996). Traylor et al. (2003) beschreiben, „that grieving family members both are influenced by and, in turn, influence the grief of other members. After a death within a family system, all subsequent relationships are affected and changed in some fashion“ (S. 579). Trotz der Individualität eines jeden Trauernden oder gerade deshalb beeinflussen die eigenen Trauererfahrungen und Reaktionen die Trauer anderer Familienmitglieder.

Verwandte können zusätzlich eine hilfreiche emotionale Stütze, aber auch eine Hilfe im Alltag sein, indem sie Aufgaben bei der Kinderbetreuung oder im Haushalt übernehmen (Beiser, 1988). Das Fehlen stabiler Bindungen im Familiensystem hat sich in zahlreichen Untersuchungen als Prädiktor für einen maladaptiven Trauerprozess erwiesen (Kissane et al., 1996, Maddocks, 2003).

Im Familiengefüge und der intrafamiliären Arbeitsteilung ergeben sich durch die neue Situation Veränderungen. Der Tod eines Elternteils bedeutet, dass ein Rollenträger wegfällt, was zu einer strukturellen Lücke im Familiensystem führt (Frude, 1991, Gelcer, 1983, Vess, Moreland & Schwebel, 1985/86, Vollman, Ganzert, Picher & Williams, 1971). Je mehr Rollen der verstorbene Elternteil inne hatte und je umfangreicher diese Rollen waren, desto mehr Schwierigkeiten ergeben sich bei der Neustrukturierung. Meist versucht der verbliebene Elternteil als nun allein Verantwortlicher diese Lücke so gut wie möglich auszufüllen. Dennoch kann das Familiensystem nur dann aufrechterhalten werden, wenn auch die Kinder mehr Verantwortung übernehmen, vor allem bei der Geschwisterbetreuung und im Haushalt. Jugendlichen werden in einigen Fällen Rollen zugewiesen, für die ihnen die notwendige Reife fehlt und die sie überfordern (Gongla & Thompson, 1987, Monroe & Kraus, 1996, Rosen, 1991). Im Extremfall werden sie von dem verbliebenen Elternteil zu wichtigen Entscheidungen herangezogen oder sogar in Partnerrollen gedrängt. In Folge der Neustrukturierung des Familiensystems nach dem Tod speziell des Vaters ist oft eine Veränderung im Erziehungsverhalten der Mutter zu beobachten (Hummer & Samuels, 1988, Osterweis et al., 1984). Es gibt zwei unterschiedliche Veränderungstendenzen. Einige Mütter fallen durch einen fürsorglicheren, aber auch inkonsequenteren Erziehungsstil auf. Sie wollen dem Kind, das so viel durchmachen muss, nicht auch noch Verbote auferlegen und versuchen, möglichst allen Wünschen nachzukommen. Andere neigen zu einem verstärkt autoritären Erziehungsstil, der dadurch bedingt ist, als einziger Elternteil nun allein für alles verantwortlich zu sein und den Tag mit allen Pflichten und Aufgaben dennoch bewältigen zu müssen. Auch Veränderungen in den familiären Kommunikationsmustern wurden festgestellt (Silverman & Silverman, 1979, Silverman, Weiner & El Ad, 1995).

Der sozialen Unterstützung von außerhalb der Familie wird große Bedeutung zugemessen (Balk, Tyson-Rawson & Coletti-Wetzel, 1993, Hagman, 1996, Kissane & Bloch, 1994, Tausch-Flammer & Bickel, 1994, Wass, 1997). Vor allem für Kinder ist die Unterstützung durch Freunde, die Schule und Einrichtungen wie Vereine hilfreich. Für Jugendliche und junge Erwachsene sind besonders die Peers wichtig. Dennoch ist es nicht immer leicht, sich Unterstützung von außerhalb der Familie zu suchen oder sie anzunehmen. Gründe dafür sind der Stolz, möglichst keine Schwäche und Verletzlichkeit zu zeigen, der Wunsch nach Unabhängigkeit sowie die Angst, dass sich

die Helfenden nach einiger Zeit wieder zurückziehen. Das soziale Umfeld kann auch negativ auf den Trauernden einwirken, wenn, wie zuvor beschrieben, die Todesursache zu Stigmatisierung und Ausgrenzung führt (Jordan, Kraus & Ware, 1993, Sanders, 1988), aber auch dann, wenn der Betroffene nach einer Zeit in seiner Trauer nicht mehr akzeptiert wird, da ihm nur ein gewisser Zeitraum für seine Trauer zugestanden wird.

Veränderungen der finanziellen Situation und des Umfeldes

War der Verstorbene der einzige oder zumindest der Hauptverdiener, können finanzielle Schwierigkeiten auftreten, die als sekundäre Belastung wirken und so Einfluss auf die Trauersymptomatik nehmen. Die erschwerenden Auswirkungen einer angespannten finanziellen Situation auf den Trauerprozess und die Anpassung an die Situation sind empirisch belegt (Bonanno & Kaltman, 1999, Glick, Weiss & Parkes, 1974, Lev & McCorkle, 1998, Thompson, Kaslow et al., 1998). Neben materiellen Einschränkungen kann eine Folge sein, dass der überlebende Elternteil eine Erwerbstätigkeit beginnt und zeitlich weniger zur Verfügung steht. Kinder werden dann oft in Betreuungseinrichtungen untergebracht. Auch hier könnte unter Umständen von einem doppelten Elternverlust gesprochen werden. Veränderungen im gewohnten Tagesablauf, zum Beispiel durch die Berufstätigkeit, führen zu weiteren Verunsicherungen und zusätzlicher Belastung. Finanzielle Probleme können einen Wohnungswechsel nötig machen, der Kinder und Jugendliche aus ihrer gewohnten Umgebung herausreißt und auch einen Schulwechsel bedeuten kann.

Die Qualität der Beziehung zu dem verstorbenen Elternteil

Der Qualität der Beziehung zu dem Elternteil, bevor dieser starb, wird eine Bedeutung zugeschrieben (Hatter, 1996, Monroe & Kraus, 1996, Nestele, 1998, Rosen, 1991, Rubin, 1985). Viele der Reaktionen, Emotionen und Empfindungen, die während des Trauerprozesses auftreten, hängen mit der Beziehung zu dem verstorbenen Elternteil zusammen:

The characteristics of the relationship between the bereaved and the deceased are also important: a pathological form of grief is more likely to occur in the case of parental or marital bereavement, if the relationship was of a dependent, symbiotic or ambivalent type ... (Biondi & Picardi, 1996, S. 232)

Ambivalenz und Abhängigkeit sind auch bei Kindern und Jugendlichen von Bedeutung (Gill, 1986). Je abhängiger der Trauernde von dem Verstorbenen war, desto schwieriger

ist das Loslassen und desto intensiver die Sehnsucht. Bei einer ambivalenten Bindung an den Elternteil werden immer wieder sehr intensive, aber auch maladaptive Trauerreaktionen beobachtet. Das Risiko für eine pathologische Entwicklung ist erhöht.

Frühere Trauer- und Trennungserfahrungen

„Jeder Mensch trauert anders, denn die persönliche Trauer ist eng verknüpft mit der eigenen Lebensgeschichte und mit der Art der Verarbeitung von Erfahrungen, die jeder bis dahin in seinem Leben gemacht hat“ (Hoffmann, 1995, S. 175). Das gilt vor allem für frühere Trauer- und Trennungserfahrungen, wie besonders die Psychoanalyse betont (Volkan & Zintl, 1993). Dass der Tod eines geliebten Menschen frühere Erfahrungen wieder reaktiviert, vor allem wenn diese damals nicht oder nicht ausreichend betrauert wurden, darauf wird bei Erwachsenen immer wieder hingewiesen (Attig, 1996, Bogyi, 1997, Maddocks, 2003). Für Kinder und Jugendliche ist dieser Zusammenhang nicht so klar zu belegen, da diese in ihrem Leben meist noch nicht so viele Trennungs- und Trauererfahrungen gemacht haben. Doch auch kleine Trennungserfahrungen in der frühen Kindheit können bei einem Verlusterlebnis in den Trauerprozess eingreifen.

Kultur und Religion

Der kulturelle Hintergrund bestimmt den Umgang mit Tod und Trauer auf verschiedene Weise. Riten und Bräuche haben kulturellen Ursprung, aber auch der Ausdruck von Trauer und Gefühlen ist in die Kultur eingebettet²⁸. Das gilt auch für Religion, denn auch sie hat einen Einfluss auf den Trauerprozess. Sherkat & Reed (1991) beschreiben einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden und die Sinnsuche nach dem Tod eines nahestehenden Menschen. Religion kann eine wichtige Bewältigungshilfe sein. Zudem bieten konfessionelle Einrichtungen Unterstützung in vielen Bereichen, zum Beispiel durch Seelsorge, aber auch in alltagsrelevanten Bereichen, unter anderem bei der Kinderbetreuung oder im Haushalt.

²⁸ Trauer und Kultur ist ein eigenes Thema, für das auf Boston (2004), Shapiro (1996) und Walker (2003) verwiesen sei.

8. Fragestellung

Der Trauerprozess nach dem Tod eines Elternteils ist durch große Variabilität und Individualität gekennzeichnet, Dauer und Intensität sind bei jedem unterschiedlich. Es gibt aber empirische Befunde, die trotz dieser Individualität auf Gemeinsamkeiten im Auftreten und in der Intensität einzelner Traumerkmale hinweisen. Diese können herangezogen werden, um die Trauer von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen näher zu beschreiben. In Kapitel 6.2 wurden die häufigsten Trauerreaktionen bereits vorgestellt, in der vorliegenden Untersuchung werden die wichtigsten herausgegriffen. Bei dem dazu verwendeten Instrumentarium wird auf die für Erwachsene erstellten Selbstbeurteilungsfragebögen des *Texas Revised Inventory of Grief (TRIG)* von Faschingsbauer et al. (1987) und des *Expanded Texas Inventory of Grief* von Zisook, DeVaul & Click (1982) zurückgegriffen, die übersetzt und dem Untersuchungszweck entsprechend angepasst wurden²⁹. Das Instrumentarium besteht aus zwei Unterskalen: der *Damaligen Trauer* und der *Gegenwärtigen Trauer*. Die *Damalige Trauer* bezieht sich auf die Trauer, die unmittelbar nach dem Tod des Vaters empfunden wurde. Sie ist für die Fragestellung der vorliegenden Arbeit nicht von Bedeutung. Die *Gegenwärtige Trauer* beschreibt den aktuellen Zustand der Trauer. Sie setzt sich aus den Aspekten *Kummer*, *Verdrängung*, *Schuld*, *Fehlende Akzeptanz*, *Identifizierung*, *Idealisierung* und *Interne Repräsentanz* zusammen. Die *Gegenwärtige Trauer* ist also in einem übergeordneten Sinn zu verstehen. Sie besteht aus verschiedenen Komponenten, die einzeln betrachtet die verschiedenen Aspekte eines Trauerprozesses beschreiben. Zusätzlich werden durch weitere Skalen Traumerkmale wie Depression, Angst und somatische Symptome erfasst.

Für viele dieser Trauerreaktionen liegen empirische Belege für eine unterschiedliche Ausprägung vor, je nachdem zu welchem Zeitpunkt im Trauerprozess sie erfasst und in welcher Altergruppe sie erhoben werden. Zudem gibt es weitere wesentliche Einflussgrößen. Im Folgenden werden die Hypothesen zum Trauerprozess in Abhängigkeit von der seit dem Tod des Vaters vergangenen Zeit, dem Alter und weiteren wichtigen Einflussfaktoren dargestellt.

²⁹ Eine ausführliche Darstellung der verwendeten Messinstrumente erfolgt in Kapitel 9. Es werden an dieser Stelle schon kurz einige Inhalte der Messinstrumente angeführt, da diese für das Verständnis der Hypothesen von Bedeutung sind.

8.1 Hypothesen zu der seit dem Verlust vergangenen Zeit

Die meisten Trauerreaktionen sind abhängig von der Zeit, die seit dem Tod des Elternteils, in diesem Fall des Vaters, vergangen ist. Um der Intensität der Trauer zu verschiedenen Zeitpunkten im Trauerprozess nachzugehen, werden die teilnehmenden Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in drei Untergruppen eingeteilt³⁰:

- *Verlust < 2 Jahre*: Tod des Vaters vor weniger als 2 Jahren
- *Verlust < 4 Jahre*: Tod des Vaters vor mehr als 2, aber weniger als 4 Jahren
- *Verlust ≥ 4 Jahre*: Tod des Vaters vor mindestens 4 Jahre und länger

In Anlehnung an die Modellvorstellungen zum Trauerprozess wird immer wieder angeführt, dass die Trauer in der ersten Zeit nach dem Tod eines geliebten Menschen besonders intensiv ist und mit der Zeit nachlässt. Eine so allgemeine Betrachtung wird jedoch den einzelnen Trauerreaktionen nicht gerecht, eine differenzierte Betrachtung der einzelnen Aspekte ist erforderlich.

Kummer ist besonders im ersten Jahr nach dem Verlust, aber auch im Jahr darauf am intensivsten (Elizur & Kaffman, 1982, 1986, Harris, 1991, Kaffman & Elizur, 1984, 1996). Obwohl der stärkste Kummer nach ungefähr ein bis zwei Jahren abgeklungen ist, werden auch in den Folgejahren noch Kummergefühle empfunden (Garber, 1983). Silverman (2000) und Furman (1983) beschreiben, dass dieser über einen sehr langen Zeitraum erhalten bleiben kann. Dennoch ist mit zunehmender Zeit von einer kontinuierlichen Abnahme auszugehen.

Hypothese 1

Das Ausmaß des Kummers hängt davon ab, wie viel Zeit seit dem Tod des Vaters vergangen ist. Je länger der Verlust zurückliegt, desto weniger Kummer wird empfunden.

Einige Trauersymptome sind vor allem in der ersten Zeit nach dem Verlust ausgeprägt, besonders in den ersten ein bis zwei Jahren. Danach verlieren sie an Intensität und

³⁰ Eine detaillierte Beschreibung aller Gruppeneinteilungen folgt in Kapitel 9.1.3.

erreichen ein meist relativ geringes Niveau und verändern sich nur noch wenig. Dies gilt zum einen für Verdrängung und fehlende Akzeptanz, die dazu dienen, in der ersten Zeit nach dem Verlust von dem Schmerz nicht überwältigt zu werden (Baker & Sedney, 1996, Bürgin, 1989, Elizur & Kaffman, 1982). Zum anderen ist ein solcher Verlauf auch für Schuldgefühle beschrieben. Nach Griffith (2003) sind Schuldgefühle oft auf ein schlechtes Gewissen, dem verstorbenen Elternteil zu dessen Lebzeiten nicht immer gehorcht zu haben, zurückzuführen. Schuldgefühle werden meist nach einiger Zeit reflektiert und verschwinden von selbst.

Hypothese 2

Die Traueraspekte Verdrängung und fehlende Akzeptanz sowie Schuld sind in den ersten beiden Jahren nach dem Tod des Vaters besonders ausgeprägt. Sie verlieren danach an Intensität und bleiben dann weitgehend unverändert.

Eine Idealisierung und interne Repräsentanz des Vaters sowie sich mit ihm zu identifizieren, sind Bestandteile des Trauerprozesses. Identifizierung dient dazu, sich dem Verstorbenen über den Tod hinaus nahe zu fühlen, indem Verhaltensweisen, Eigenschaften und Wesenszüge übernommen oder an sich wiederentdeckt werden. Idealisierung bedeutet, dass Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene die positiven Eigenschaften des verstorbenen Elternteils hervorheben, während die negativen in den Hintergrund treten. Diese beiden Trauersymptome sind sowohl in der Zeit direkt nach dem Verlust als auch später im Trauerprozess zu finden (Garber, 1985, Kaffman & Elizur, 1984, 1996, Moebius, 1985, Raphael, 1983). Sie sind zu Beginn besonders ausgeprägt, da der Schmerz und somit der Wunsch nach Nähe noch groß ist. Die interne Repräsentanz des Vaters bleibt über lange Zeit erhalten und verändert sich in seiner Intensität nur geringfügig (Schepker et al., 1995, Silverman et al., 1992).

Hypothese 3

Identifizierung und Idealisierung sind Aspekte der Trauer, die von der vergangenen Zeit abhängen. Je länger der Verlust zurückliegt, desto weniger ausgeprägt sind sie. Die interne Repräsentanz hingegen bleibt über die Zeit unverändert erhalten.

Zusätzlich zu den aus dem *Texas Revised Inventory of Grief* und dem *Expanded Texas Inventory of Grief* übernommenen Trauerreaktionen werden weitere Merkmale der

Trauer erfasst, nämlich Depression, Angst und somatische Symptome. Depression ist vor allem in den ersten beiden Jahren nach dem Verlust ausgeprägt (Gray, 1987, Harris, 1991, Saldinger, Cain, Kalter & Lohnes, 1999, Worden & Silverman, 1996, Van Eerdewegh et al., 1985, Weller et al., 1991). In den Folgejahren nimmt die Intensität ab. Ebenso verhält es sich mit Angst. Kinder und Jugendliche berichten besonders in den ersten beiden Jahren nach dem Verlust eines Elternteils über Angstgefühle allgemein sowie über verschiedene Ängste (Elizur & Kaffman, 1982, Garber, 1983, LaGrand, 1981, Raveis et al., 1999). Diese nehmen ebenfalls in den Folgejahren ab. Trauer manifestiert sich auch in somatischen Symptomen, die aber meist nur in den ersten Monaten bis zu einem Jahr nach dem Tod eines Elternteils auftreten (Kalter et al., 2002/03, LaGrand, 1981, Silverman & Worden, 1993).

Hypothese 4

Depression, somatische Symptome und Angst sind vor allem in den ersten beiden Jahren nach dem Tod des Vaters zu beobachten. Danach nehmen sie ab und stehen nicht mehr in Zusammenhang mit der vergangenen Zeit.

8.2 Hypothesen zum Alter

Dem Alter wird im Trauerprozess eine Bedeutung zugemessen. Um die Auswirkungen des Alters auf die Trauer zu untersuchen, werden folgende Gruppen gebildet:

- *10 – 13 Jahre*: Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis 13 Jahren
- *14 – 18 Jahre*: Jugendliche im Alter von 14 bis 18 Jahren
- *19 – 25 Jahre*: Junge Erwachsene im Alter von 19 bis 25 Jahren

Kinder und jüngere Jugendlichen zeigen nach dem Verlust eines Elternteils besonders intensiven Kummer, da der Vater für sie eine wichtige Bindungsperson war und noch keine Ablösung stattgefunden hat (Furman, 1977a, Tonkins & Lambert, 1996). Der Tod des Vaters bedeutet für sie den Verlust einer der wenigen nahen Bezugspersonen, denn außerhalb der Familie stehen noch nicht so viele Bezugspersonen zur Verfügung. Jugendliche stellen eine besondere Gruppe dar. Wie in Kapitel 6.4 beschrieben, weisen sie ein Streben nach Konformität auf, das sich auch auf ihr Trauerverhalten auswirkt. Ihnen soll möglichst niemand ihre Trauer anmerken, so dass der Ausdruck des

Kummers nach außen hin vermieden wird (Christ, 2000, Garber, 1985, Raphael, 1983). Bei jungen Erwachsenen hat die Ablösung begonnen oder ist abgeschlossen. Neben den Eltern gibt es weitere wichtige Bezugspersonen wie Freunde sowie Partner oder Partnerin, die während der Trauer hilfreich zur Seite stehen. Für die anderen Aspekte der Trauer liegen keine Ergebnisse vor, die auf mögliche Altersunterschiede hindeuten. Ausgenommen ist die Identifizierung, die im Jugendalter als besonders stark ausgeprägt beschrieben wird (Christ, 2000, LaGrand, 1981).

Hypothese 5

Der Kummer ist in der Altersgruppe *10 – 13 Jahre* am intensivsten. Die Altersgruppe *14 – 18 Jahre* gibt die niedrigsten Kummerwerte an. Sie weist aber die höchsten Werte bei der Verdrängung auf. Die anderen Trauerreaktionen Schuld, fehlende Akzeptanz, Idealisierung und interne Repräsentanz hängen nicht mit dem Alter zusammen, ausgenommen die Identifizierung, die ebenfalls in der Altersgruppe der 14 – 18jährigen am stärksten ausgeprägt ist.

Der Betrachtung von Depression, Angst, somatischen Symptomen sowie dem Selbstwert soll zuerst einmal ein Vergleich mit Normwerten Gleichaltriger vorangehen, denn Studien belegen, dass sich trauernde Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene nach dem Tod eines Elternteils von Gleichaltrigen unterscheiden, was die Ausprägung von Depression, Angst und somatischen Beschwerden betrifft. Alle Altersgruppen weisen während des Trauerprozesses bei Depression höhere Werte als Gleichaltrige auf (Gray, 1987, O’Neil et al., 1987, Van Eerdewegh et al, 1982, 1985, Worden & Silverman, 1996), ebenso bei Angst (Felner et al., 1981, Raveis et al., 1999, Worden & Silverman, 1996) und den somatischen Symptomen (Gray, 1987, Raphael et al., 1990). Für den Selbstwert ist die Befundlage nicht so klar. Für einen niedrigeren Selbstwert bei trauernden Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen liegen nur wenige empirische Belege vor, dennoch soll auf Basis der Studien von Mack (2001) und Worden & Silverman (1996) davon ausgegangen werden.

Hypothese 6

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene aller Altersgruppen, deren Vater starb, weisen bei Depression, Angst und somatischen Beschwerden höhere Werte auf als Gleichaltrige. Es ist zudem ein niedrigerer Selbstwert festzustellen.

Darauf folgend werden mögliche altersbedingte Unterschiede ermittelt. Während der Adoleszenz kommt Selbstwert und Depression ein besonderer Stellenwert zu. Gelegentliche Traurigkeit und leichte depressive Verstimmung kann eine Begleiterscheinung sein, die mit dem Bewältigen von Entwicklungsaufgaben einhergeht (siehe Fend, 2000). Auch das Selbstkonzept bleibt nicht unberührt (siehe Hurrelmann & Bründel, 2003). Fallen diese Entwicklungsaufgaben mit dem Verlust eines Elternteils zusammen, dann kann das Auswirkungen auf die psychische Befindlichkeit der Jugendlichen haben. Es wird deshalb erwartet, dass sich besonders die Jugendlichen von den anderen Altersgruppen abheben. Basierend auf Belegen empirischer Untersuchungen werden adoleszente Jugendliche als eine Altersgruppe beschrieben, in der Depression und Angst besonders stark ausgeprägt sind (Fristad et al., 1993, Worden & Silverman, 1996).

Hypothese 7

Die Altersgruppe *13 – 18 Jahre* gibt gegenüber den beiden anderen Altersgruppen die höchsten Werte bei der Depression an. Sie weist auch den niedrigsten Selbstwert auf. Bei Jugendlichen bis 18 Jahren ist die stärkste Angst festzustellen. Bei den somatischen Symptomen wird kein Unterschied erwartet.

8.3 Hypothesen zu weiteren Einflussfaktoren auf die Trauer

Es gibt eine Vielzahl von wichtigen weiteren Einflussgrößen, die im Trauerprozess von Bedeutung sind. Da es unmöglich ist, den Auswirkungen aller möglichen Faktoren nachzugehen, werden in der vorliegenden Arbeit einige wichtige herausgegriffen. Diese sind die *Beziehung zur Mutter* als wichtigste interpersonale Einflussgröße, die *Kontrollüberzeugungen* als ein Beispiel für ein intrapersonales Merkmal, die *Todesursache* des Vaters sowie das *Geschlecht*.

Beziehung zur Mutter

Der Beziehung zur Mutter wird eine Bedeutung für den Trauerprozess von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zugeschrieben. Sie wird in der vorliegenden

Arbeit durch drei verschiedene Aspekte erfasst. Diese sind *Unsichere Bindung* an die Mutter, die geprägt ist durch ambivalente Gefühle und Angst, die Liebe der Mutter zu verlieren, *Verbundenheit* und *Angst vor Verlust*, also die Angst, nach dem Vater auch noch die Mutter zu verlieren.

Die Beziehung zur Mutter als verbliebenen Elternteil wird als wichtige Unterstützung angesehen (Baker et al., 1992, Bilfulco et al., 1987, Corr, 1997, Kaffman & Elizur, 1996). Der positive Einfluss der Mutter als helfende und tröstende Bezugsperson wurde in Kapitel 7.1 schon ausführlich beschrieben. Verbundenheit mit der Mutter schafft Solidarität und gegenseitige Unterstützung in der Zeit der Trauer (Furman, 1983, Kaffman & Elizur, 1996, Silverman & Silverman, 1979). Die Mutter vermittelt Sicherheit und gibt Rückhalt. Die Verbundenheit mit der Mutter kann somit als ein protektiver Faktor bezeichnet werden.

Hypothese 8a

Je mehr Verbundenheit mit der Mutter Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene empfinden, desto weniger Kummer, Verdrängung und fehlende Akzeptanz des Verlusts geben sie an. Alle anderen Traueraspekte bleiben davon unberührt. Die protektive Wirkung gilt auch für die Traumerkmale Depression, Angst und die somatischen Symptome, die dann ebenfalls geringer ausgeprägt sind.

Eine unsichere Bindung zur Mutter wird als großer Risikofaktor angesehen (Bowlby, 1987, Harrington & Harrison, 1999, Schwab et al., 1991). Denn während des Trauerprozesses fehlt die Sicherheit, sich auf den einzig noch verbleibenden Elternteil verlassen zu können. Ohne ein gegenseitiges Vertrauen kann auf Bedürfnisse und Nöte des Kindes nicht in angemessener Weise eingegangen werden und es steht kein geeigneter Ansprechpartner zur Verfügung. Aus diesem Grund stellt eine unsichere Bindung zur Mutter eine große zusätzliche Belastung dar.

Hypothese 8b

Je unsicherer die Bindung an die Mutter ist, desto mehr Kummer, Verdrängung und fehlende Akzeptanz werden empfunden. Die anderen Traueraspekte werden nicht beeinflusst. Depression, Angst und somatische Symptome sind jedoch intensiver.

Verlustängste in Folge des Todes eines Elternteils sind dokumentiert (Bowlby, 1987, Donders, 1993, Garber, 1989, Koocher & Gudas, 1992, Sanchez et al., 1994). Der Tod des einen Elternteils löst nicht nur Trauer aus, sondern wird auch als eine potentielle Bedrohung für weitere Verluste empfunden. Angst, auch den anderen, einzig noch verbleibenden Elternteil zu verlieren, kann die Folge sein.

Hypothese 9a

Je intensiver die Angst vor dem Verlust der Mutter ist, desto mehr Kummer und fehlende Akzeptanz werden empfunden. Die anderen Trauerauspekte sind davon unabhängig. Depression, Angst und die somatischen Symptome der Trauer sind aber umso stärker ausgeprägter.

Zusätzlich wird noch der Frage nachgegangen, ob die Beziehung zur Mutter mit dem Alter in Verbindung steht. Dafür werden noch einmal die in 8.2 beschriebenen Altersgruppen herangezogen. Besonders Kinder und jüngere Jugendliche sind auf die Mutter angewiesen, da ihnen weniger nahe Bezugspersonen von außerhalb der Familie zur Verfügung stehen. Deshalb ist bei ihnen auch verstärkt Angst vor dem Verlust der Mutter zu beobachten (Bowlby, 1987, Garber, 1989, Sanchez et al., 1994, Wintsch, 1996).

Hypothese 9b

Kinder im Alter von 10 bis 13 Jahren weisen die stärkste Angst vor dem Verlust der Mutter auf. Sie fühlen sich zudem ihrer Mutter am engsten verbunden. Für die unsichere Bindung ist kein Alterseffekt zu erwarten.

Kontrollüberzeugung

Ein Einflussfaktor, der in Zusammenhang mit kritischen Lebensereignissen häufig genannt wird, sind Kontrollüberzeugungen. Sie werden als ein Beispiel für einen intrapersonalen Faktor herangezogen. Dieses Konstrukt beschreibt, inwieweit Erfahrungen, die in der Umwelt gemacht werden, als kontingent zum eigenen Verhalten und zu eigenen Charakteristika angesehen werden. In der vorliegenden Arbeit soll zum einen die vielfach belegte Verbindung von Depression und Angst mit den

Kontrollüberzeugungen aufgezeigt werden. Zum anderen soll aber auch einem möglichen Zusammenhang mit Kummer und den anderen Traueraspekten nachgegangen werden, auch wenn die bisherige Datenlage dazu sehr gering ist.

Wie in 7.4 beschrieben, wird zwischen internaler und externaler Kontrollüberzeugung unterschieden. Eine interne Kontrollüberzeugung erweist sich als hilfreich für eine bessere und schnellere Anpassung an veränderte und belastende Situationen (Kliewer & Sandler, 1992, Lefcourt, 1976, Parkes, 1984). Internalität als Persönlichkeitsmerkmal wird deshalb als Schutzfaktor bezeichnet. Darauf basierend soll der Einfluss auf die Trauer nachgegangen werden.

Hypothese 10a

Je stärker die Internalität ausgeprägt ist, desto weniger Kummer, Verdrängung und fehlende Akzeptanz werden empfunden. Bei den anderen Traueraspekten besteht keine Verbindung. Depression, Angst und somatische Symptome sind geringer ausgeprägt.

Bei einer externalen Kontrollüberzeugung werden mehr Schwierigkeiten im Umgang mit belastenden Lebensereignissen beschrieben. Ein höheres Maß an Depression und Angst wird empfunden (Burger, 1984, Caldwell, Pearson & Chin, 1987, Ganellen & Blaney, 1984, Kurdek et al., 1981, Sandler et al., 2000, Siddique & D'Arcy, 1984). Externalität als Persönlichkeitsmerkmal kann deshalb einen Risikofaktor darstellen.

Hypothese 10b

Je stärker die Externalität ausgeprägt ist, desto mehr Kummer, fehlende Akzeptanz und Schuld werden angegeben. Auf die anderen Traueraspekte sind keine Auswirkungen festzustellen. Depression, Angst und somatische Symptome treten aber intensiver auf.

Ergänzend soll noch der Frage nachgegangen werden, ob die Kontrollüberzeugung nicht nur – wie in den vorherigen Hypothesen beschrieben – einen direkten Einfluss auf die Trauer hat, sondern auch als Mediator fungiert. Die Mediatorwirkung der Kontrollüberzeugung bei kritischen Lebensereignissen ist vielfach belegt, sowohl im Kindes- und Jugendalter (Fry & Scher, 1984, Kim et al., 1997, Kliewer & Sandler, 1992, Weigel, Wertlieb & Feldstein, 1989) als auch ab dem jungen Erwachsenenalter

(Johnson & Sarason, 1978, Lefcourt, Miller, Ware & Sherk, 1981, Sandler & Lakey, 1982). Zur Überprüfung dieser Fragestellung werden als Beispiel die Zusammenhänge zwischen der Beziehung zur Mutter und der Depression herangezogen. Folgender Hypothese soll somit nachgegangen werden:

Hypothese 10c

Die Kontrollüberzeugung wirkt als Mediator zwischen der Beziehung zur Mutter und Depression.

Todesursache

Der Todesursache wird ein Einfluss auf den Trauerprozess zugesprochen. Sie lässt sich, wie in 7.3 beschrieben, nach verschiedenen Kriterien differenzieren. Zwei dieser Kriterien werden in der vorliegenden Arbeit angewendet. An erster Stelle wird danach unterschieden, ob der Tod des Vaters *erwartet* oder *unerwartet* eintrat. Dazu werden folgende Untergruppen gebildet:

- *Erwarteter Verlust*: die Todesursachen sind länger andauernde chronische oder degenerative Erkrankungen
- *Unerwarteter Verlust*: die häufigsten Todesursachen sind Unfälle, Herzinfarkt/plötzlicher Herztod und andere plötzlich auftretende körperliche Erkrankungen, die sofort zum Tode führen

Die meisten Untersuchungen zur Todesursache kommen zu dem Ergebnis, dass der unerwartete und nicht absehbare Verlust eines Elternteils schwerere Trauerreaktionen zur Folge hat (Menke, 2002, Reed, 1993, Sanders, 1982/83, 1988, Sheskin & Wallace, 1976). Es besteht keine Möglichkeit der Vorbereitung und der Verabschiedung. Nicht nur die Phase des Schocks und der Betäubung ist besonders ausgeprägt, auch die Traumerkmale weisen eine größere Intensität auf. Bei Verlusten, denen eine lange Krankheit vorausgeht, könnte das Konzept der antizipatorischen Trauer greifen, nach dem der Trauerprozess schon während der Erkrankung des Elternteils beginnt und die einzelnen Traumerkmale nach dem Tod des Vaters nicht mehr so ausgeprägt sind (Fulton & Gottesman, 1980, Rando, 1997, Rosenheim & Reicher, 1986, Worden, 1999, Zeitlin, 2001).

Hypothese 11

Nach dem unerwarteten Tod des Vaters sind alle Aspekte der Trauer stärker ausgeprägt als nach einem Verlust, der erwartet eintrat. Dies gilt auch für die Trauermerkmale Depression, Angst und für die somatischen Symptome.

Es wird nach einem zweiten Kriterium differenziert, nämlich danach, ob dem Verlust eine *natürliche* oder eine *unnatürliche* Todesursache zu Grunde liegt. Dazu wird in folgende Untergruppen eingeteilt:

- *Natürliche Todesursache*: dies umfasst alle Erkrankungen
- *Unnatürliche Todesursache*: dazu zählen Unfälle aller Art und Suizid.

Unnatürliche Todesfälle geschehen ohne Vorwarnung und sind oft mit belastenden Umständen wie dem Einschalten von Polizei und Gerichtsmedizin und der Schuldfrage verbunden. Es liegen Studien und Darstellungen vor, die darauf hinweisen, dass Verluste durch unnatürliche Ursachen mit schweren Auswirkungen verbunden sind (Berlinsky & Biller, 1982, Cleiren, 1992, Pfeffer et al., 2000, Raphael, 1983).

Hypothese 12

Nach dem Tod des Vaters durch eine unnatürliche Todesursache sind alle Aspekte der Trauer stärker ausgeprägt. Dies gilt auch für die Trauermerkmale Depression, Angst und für die somatischen Symptome.

Geschlecht

Bei der Betrachtung des Einflusses des Geschlechts auf die Trauer muss genau differenziert werden. Unterschiede sind vor allem im Ausdruck der Trauer nach außen hin dokumentiert. Mädchen und Frauen zeigen ihre Trauer nach außen hin offener. Jungen und Männer hingegen neigen dazu, ihre Trauer eher zu verbergen und vermeiden Tränen in der Öffentlichkeit (Diodà & Gomez, 1999, Ecker, 1999, Kelley, 2001, Levang, 2002, McGoldrick, 1992, Wolf 1991). Dies wirkt sich auf den Ausdruck des Kummers aus. Mädchen und junge Frauen geben ihren Kummer nach außen hin eher zu (Meshot & Leitner, 1992/93, Lenhardt & McCourt, 2000). Das könnte sich auch

im Traueraspekt der Verdrängung widerspiegeln. Die Verdrängung beinhaltet eine kognitive und eine soziale Ebene. Die soziale Ebene bezieht sich auf den Ausdruck der Trauer nach außen hin und wird deshalb in dieser Hypothese gesondert betrachtet.

Hypothese 13

Mädchen und junge Frauen geben stärkeren Kummer an als Jungen und junge Männer. Bei der fehlenden Akzeptanz und Schuld sind keine Geschlechtsunterschiede festzustellen. Das gilt auch für die kognitive Verdrängung des Todes des Vaters. Jungen und junge Männer neigen jedoch eher zu einer sozialen Verdrängung des Verlusts.

Jungen und junge Männer identifizieren sich während der Entwicklung mit dem Vater als gleichgeschlechtlichen Elternteil (Berlinsky & Biller, 1982, Hetherington, 1972, Hetherington et al., 1979, McDougall, 1989, Radin, 1981b, Williams & Radin, 1999). Sie übernehmen Verhaltensweisen, Eigenschaften und Wesenztüge des Vaters. Nach dem Verlust bleibt ihnen nur die verstorbene Vaterfigur, mit der sie sich identifizieren und sich ihr so nahe fühlen können. Den Mädchen und jungen Frauen ist der gleichgeschlechtliche Elternteil erhalten geblieben, der somit für die Identifizierung zur Verfügung steht. Arthur & Kemme (1964) berichten in ihrer Studie, dass Mädchen und junge Frauen ihre Väter stärker idealisierten als gleichaltrige Jungen.

Hypothese 14

Jungen und junge Männer identifizieren sich stärker mit dem verstorbenen Vater. Mädchen und junge Frauen neigen eher dazu, den Vater zu idealisieren. Bei der internen Repräsentanz ist kein Geschlechtsunterschied zu erwarten.

Bei Depression, Angst und somatischen Symptomen sind Geschlechtsunterschiede durch zahlreiche Untersuchungen belegt. Internalisierende Symptome weisen einen deutlichen Geschlechtseffekt auf. Mädchen und junge Frauen sind sowohl in der Gesamtbevölkerung als auch während des Trauerprozesses häufiger und intensiver von Depression (Dowdley et al., 1999, Kranzler, 1990, Oltjenbruns, 1991, Raveis et al., 1999) und Angst (Kurtz, Bunzell & Nagler, 1993, Weissman & Merikangas, 1986) betroffen. Ähnliches gilt auch für somatische Symptome, die den Trauerprozess begleiten. Auch sie lassen sich häufiger und in intensiverer Ausprägung in der

Gesamtbevölkerung und bei von Verlust betroffenen Mädchen und jungen Frauen feststellen (Brähler et al., 2000, Raphael et al., 1990, Van Eerdewegh et al., 1985). Im Besonderen trifft das während der Adoleszenz zu, weshalb für junge Frauen in der Altersgruppe *14 – 18 Jahre* die höchsten Werte bei Angst und Depression zu erwarten sind (Kurtz et al., 1993, Worden & Silverman, 1996).

Hypothese 15

Mädchen und junge Frauen weisen mehr Depression, Angst und somatische Symptome auf als Jungen und junge Männer. Depression und Angst interagieren dabei mit dem Alter der Mädchen und jungen Frauen und sind in der Altersgruppe *14 – 18 Jahre* am stärksten ausgeprägt.

9. Methode

In der vorliegenden Arbeit wird der Trauerprozess von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach dem Tod des Vaters untersucht. Der Tod eines Elternteils stellt einen kritischen Einschnitt dar, der Folgen für die psychische und psychosoziale Entwicklung haben kann. Aus diesem Grund wurde das Thema der Trauer von dem Projekt *Familien in Entwicklung – Kinder und Jugendliche in Deutschland* an der Ludwig-Maximilians-Universität in München aufgegriffen. Dieses Projekt ist Teil eines umfassenden Forschungsprogramms zum Thema *Kindheit und Jugend in Deutschland vor und nach der Wiedervereinigung*. Im Rahmen dieses Projekts wurde im Zeitraum von November 1994 bis Dezember 1995 eine groß angelegte schriftliche Schulbefragung durchgeführt. Befragt wurden Schüler und Schülerinnen der Klassenstufen 5 bis 10 an allen Schultypen in vier Städten der neuen und alten Bundesländer. Die Fragebögen gaben unter anderem auch Aufschluss über den Familienstand der teilnehmenden Schüler. Kinder und Jugendliche, die einen Elternteil durch Tod verloren hatten, ließen sich identifizieren. Dabei konnte auch nach dem Geschlecht des verstorbenen Elternteils differenziert werden. So ließ sich eine Stichprobe zusammenstellen, durch deren Angaben ein geeignetes Instrumentarium zur Erfassung der Trauer entwickelt wurde und erste Schlüsse zum Trauerprozess gezogen werden konnten (siehe Prestel, 1996). Die Messinstrumente sind auf den Tod von Vater und Mutter gleichermaßen anwendbar, bei den Untersuchungen erfolgte aber von Anfang an eine Konzentration auf die Trauer um den verstorbenen Vater, da die Zahl der Vaterfamilien nach dem Tod der Mutter nur einen geringen Anteil der Ein-Eltern-Familien nach dem Tod eines Elternteils ausmachte.

In der vorliegenden Arbeit wird das Thema der Trauer bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen erneut aufgegriffen. Dabei wird das entwickelte Instrumentarium zur Erfassung der Trauer in leicht modifizierter Form verwendet, weitere Trauerreaktionen werden durch zusätzliche Skalen erfasst. Es werden ebenfalls nur Kinder und Jugendliche befragt, deren Vater verstorben ist. Im Folgenden werden zuerst die Stichprobe, dann der zur Erfassung der Trauer erstellte Fragebogen beschrieben. Auch die Durchführung der Untersuchung und die Auswertung werden dargestellt.

9.1 Stichprobe

Im Folgenden wird nun die für die vorliegende Untersuchung zusammengestellte Stichprobe beschrieben. Es erfolgt zunächst eine Darstellung allgemeiner Merkmale wie Geschlecht, Alter, Familienstand sowie der schulischen und beruflichen Situation. Im Anschluss wird auf die Besonderheit dieser Stichprobe eingegangen, indem die Häufigkeit bestimmter trauerspezifischer Verhaltensweisen und die Verteilung der Todesursachen des Vaters aufgezeigt werden. Die Beschreibung der Stichprobe schließt mit einer Betrachtung der schon im vorhergehenden Kapitel angeführten Untergruppen.

9.1.1 Allgemeine Beschreibung

Die Gesamtstichprobe der vorliegenden Untersuchung umfasst eine Zahl von insgesamt 90 Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Alle haben ausschließlich den Vater durch Tod verloren. Es wurden Teilnehmer aus dem gesamten deutschen Bundesgebiet miteinbezogen. Die regionale Verteilung auf die einzelnen Bundesländer ist in Tabelle 9.1.1-1 dargestellt.

Tab. 9.1.1-1 *Regionale Verteilung der teilnehmenden Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf die einzelnen deutschen Bundesländer*

	n (90)	%
Baden-Württemberg	20	22,2 %
Bayern	32	35,6 %
Berlin	2	2,2 %
Hessen	14	15,6 %
Nordrhein-Westfalen	16	17,8 %
Schleswig-Holstein	6	6,7 %

Abweichungen entstehen durch Rundungsungenauigkeiten

Die Tabelle zeigt, dass die Teilnehmer aus sechs verschiedenen Bundesländern stammen. Dies wurde nicht bewusst so gewählt, sondern ergab sich durch die Teilnahmebereitschaft von Einrichtungen, Gruppen und Einzelpersonen sowie durch das regional verschieden ausgebauten Angebot an diesen Einrichtungen und Gruppen.

Nach dem Geschlecht der Teilnehmer differenziert teilt sich die Stichprobe in 49 Mädchen und jungen Frauen und in 41 Jungen und junge Männer auf. Das entspricht einer prozentualen Verteilung von 54,4 % gegenüber 45,6 %. Die Geschlechtsverteilung ist somit relativ ausgeglichen. Es kann entgegen der Schwierigkeiten anderer Untersuchungen eine Stichprobe zusammengestellt werden, für die sich auch Jungen und junge Männer bereit erklärt haben, über ihre Befindlichkeit und ihre Trauer Auskunft zu geben.

Der Rahmen für das Alter dieser Stichprobe liegt zwischen 10 und 25 Jahren. Das bedeutet hinsichtlich des Alters eine große Heterogenität innerhalb der Gruppe. Dieser Altersrahmen wurde so gewählt, um Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene verschiedener Altersgruppen und Entwicklungsphasen miteinander vergleichen zu können. Kinder, die jünger waren als 10 Jahre, wurden von der Untersuchung ausgeschlossen, da der Fragebogen sonst einer entsprechenden Modifikation bedurft hätte, um einzelne Skalen und Fragen auch für jüngere Kinder verständlich zu machen. Die obere Altersgrenze wurde bei 25 Jahren gesetzt. Zwar wird der Altersabschnitt bis zum 30. Lebensjahr vielfach noch dem jungen Erwachsenenalter zugerechnet, dennoch wird mit der Begrenzung dem Vergleich mit jüngeren Altersgruppen Rechnung getragen. Eine genaue Beschreibung der Altersverteilung und der einzelnen Untergruppen erfolgt in Kapitel 9.1.3. Dennoch soll in der folgenden Tabelle 9.1.1-2 die Einteilung in die einzelnen Altersgruppen schon kurz vorweggenommen werden, um die im Anschluss folgenden weiteren Beschreibungen verständlich zu machen.

Tab. 9.1.1-2 Altersgruppen der teilnehmenden Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

	n (90)
10-13 Jahre	27
14-18 Jahre	33
19-25 Jahre	30

Entsprechend des breiten Altersrahmens der Stichprobe gibt es auch Variabilitäten, was Familienform und Partnerschaft betrifft. 89 (98,9 %) aller Teilnehmer geben ihren Familienstand mit ledig an, eine junge Frau war verheiratet und ist mittlerweile geschieden. Eine Teilnehmerin hat zwei eigene Kinder.

23 Teilnehmer geben an, zum Zeitpunkt der Befragung eine Partnerin oder einen Partner zu haben. Das bedeutet einen prozentualen Anteil von 25,9 %. Bei dieser Betrachtung muss das Alter beachtet werden. Immerhin ist ein Drittel der Teilnehmer, wie Tabelle 9.1.1-2 aufgezeigt hat, erst im Alter zwischen 10 und 13 Jahren. Aus diesem Grund wird in Tabelle 9.1.1-3 die Angabe zur Partnerschaft noch einmal nach Altersgruppen getrennt dargestellt.

Tab. 9.1.1-3 Partnerschaft getrennt nach Altersgruppen

	Partnerschaft			
	Partner/in		kein/e Partner/in	
	n	(%)	n	(%)
Altersgruppe	10-13 Jahre	3	(3,4 %)	23 (25,8 %)
	13-18 Jahre	9	(10,1 %)	24 (27,0 %)
	19-25 Jahre	11	(12,4 %)	19 (21,3 %)
Gesamt (89) ^a	23	(25,8 %)	66	(74,2 %)

^a Eine Teilnehmerin hat keine Angabe gemacht

Es zeigt sich, dass vor allem Jugendliche und junge Erwachsene aus den beiden älteren Altersgruppen angeben, zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine Partnerin oder einen Partner zu haben.

80 (88,9 %) Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene wohnen bei oder mit ihrer Mutter zusammen. 70 davon leben alleine oder mit Geschwistern bei der Mutter, bei 10 lebt der neue Partner der Mutter mit im Haushalt. 8 Teilnehmer wohnen alleine, eine mit dem eigenen Partner und eine mit den eigenen Kindern zusammen. Auch an dieser Stelle ist das Alter von Bedeutung, weshalb Tabelle 9.1.1-4 auf der nächsten Seite die Wohnsituation noch einmal nach dem Alter aufschlüsselt.

Es lässt sich ablesen, dass alle Kinder und Jugendlichen der beiden jüngeren Altersgruppen, also alle bis 18 Jahre, bei ihrer Mutter leben. 10 junge Erwachsene (11,1 %) in der Altersgruppe ab 19 Jahren sind von zu Hause ausgezogen und wohnen alleine, mit dem Partner oder mit eigenen Kindern zusammen.

Tab. 9.1.1-4 Wohnsituation der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen unter Berücksichtigung des Alters

		Wohnsituation			
		bei der Mutter n (%)	alleine n (%)	mit Partner n (%)	allein mit Kindern n (%)
Altersgruppe	10-13 Jahre	27 (30,0 %)	0 (0 %)	0 (0%)	0 (0 %)
	13-18 Jahre	33 (36,7 %)	0 (0 %)	0 (0%)	0 (0 %)
	19-25 Jahre	20 (22,2 %)	8 (8,9 %)	1 (1,1 %)	1 (1,1 %)
Gesamt (90)		80 (88,9 %)	8 (8,9 %)	1 (1,1 %)	1 (1,1 %)

Da so viele Kinder und Jugendliche bei ihrer Mutter wohnen, wird kurz auf die familiäre Situation in Bezug auf Berufstätigkeit und Partnerschaft der Mutter eingegangen. 21 (23,9 %) Mütter haben mittlerweile einen neuen Lebenspartner. Bei 2 Teilnehmern hat die Mutter wieder geheiratet, bei weiteren 8 wohnt der Partner im Haushalt, bei den übrigen 11 hat die Mutter einen neuen Partner, lebt aber nicht mit ihm zusammen. Was die berufliche Situation betrifft, so sind 62 (72,2 %) Mütter berufstätig: 12 (14,0 %) arbeiten Vollzeit, 46 (53,5 %) Teilzeit und 4 (4,7 %) unregelmäßig. 7 (8,1 %) der Mütter sind Hausfrauen, 10 (11,6 %) befinden sich in Umschulung oder in Fortbildung, 4 (4,7 %) sind arbeitslos und 3 (3,5 %) berentet.

Entsprechend des großen Altersrahmens ist die Variabilität bei der schulischen beziehungsweise der beruflichen Situation groß. Tabelle 9.1.1-5 gibt einen Überblick.

Tab. 9.1.1-5 Verteilung der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf Schule, Ausbildung und Erwerbstätigkeit

Schule (n = 60) (66,6 %)		nach Schulabschluss (n = 30) (33,3 %)	
Grundschule	10 (11,1 %)	Ausbildung	8 (8,9 %)
Gymnasium	38 (42,2 %)	Studium	8 (8,9 %)
Realschule	5 (5,6 %)	Wehr-/Zivildienst/FSJ	3 (3,3 %)
Hauptschule	1 (1,1 %)	Erwerbstätig	7 (7,8 %)
Gesamtschule	3 (3,3 %)	Arbeitslos	1 (1,1 %)
Alternative Schule	3 (3,3 %)	Sonstiges	3 (3,3 %)

Mit 60 Kindern und Jugendlichen (66,6 %) geht der Großteil der Teilnehmer in die Schule, vor allem diejenigen aus den jüngeren Altersgruppen. Dabei liegt mit 38 (42,2 %) ein deutliches Übergewicht bei den Gymnasiasten. Die jungen Erwachsenen aus der ältesten Altersgruppe haben meist schon einen Schulabschluss und haben eine Ausbildung oder ein Hochschulstudium begonnen oder sind bereits erwerbstätig. Die 3 Teilnehmer, die unter *Sonstiges* gelistet sind, befinden sich in längeren Praktika oder gerade in der Entscheidungsfindung über ihren weiteren Bildungsweg.

Die finanzielle Situation der Teilnehmer soll nur kurz verdeutlicht werden. 75 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (83,3 %) geben an, dass die Aussage *Wir haben genügend Geld für alles, was wir brauchen*, für sie und ihre Familie *ziemlich* oder *sehr* zutrifft. Hinsichtlich der eigenen finanziellen Möglichkeiten im Vergleich zu anderen aus der Altersgruppe ergibt sich folgendes Bild. Die Items *Andere in meinem Alter haben meistens mehr Geld für Unternehmungen als ich* und *Ich kann mir nicht soviel kaufen wie andere in meinem Alter* werden von den Teilnehmern mit 75,6 % und 73,3 % mit *stimmt nicht* oder *stimmt wenig* beantwortet. Das darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass ein Viertel im Vergleich zu den Altersgenossen über deutlich eingeschränkte finanzielle Möglichkeiten verfügt.

Bei 10 Teilnehmern (11,4 %) machte der Tod des Vaters einen Umzug erforderlich, der dann in 3 Fällen auch einen Schulwechsel bedeutete.

9.1.2 Trauerspezifische Merkmale der Stichprobe

Im zweiten Teil der Beschreibung der Stichprobe wird auf die besondere Situation der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen eingegangen. Dabei sollen auch bestimmte Verhaltensweisen, die mit dem Verlust des Vaters und der Trauer einhergehen, Berücksichtigung finden.

Das Diagramm in Abbildung 9.1.2-1 auf der nächsten Seite gibt zu Beginn einen Überblick über die Häufigkeit der Todesursachen, die zum Verlust des Vaters führten.

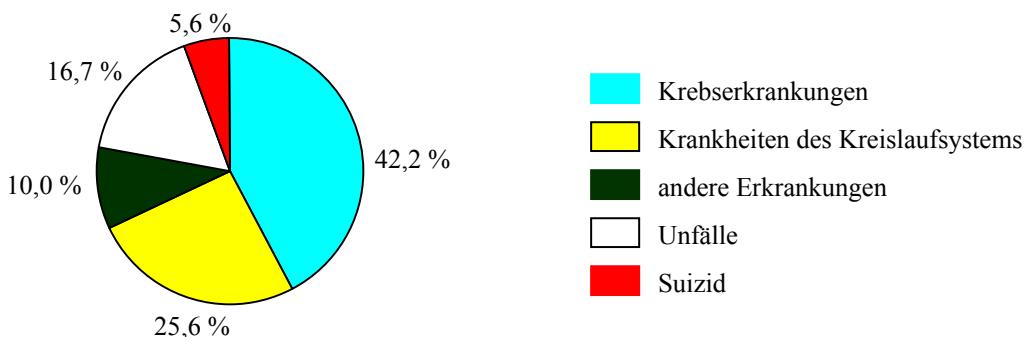


Abb. 9.1.2-1 Todesursache des Vaters

Wie das Diagramm zeigt, sind Krebserkrankungen die häufigste Todesursache (38 bzw. 42,2 %). 23 (25,6 %) der Kinder und Jugendlichen haben ihren Vater durch Krankheiten des Kreislaufsystems wie Herzinfarkt oder plötzlicher Herztod verloren. Bei 9 Vätern (10,0 %) wurden andere Erkrankungen als Todesursache angegeben, zum Beispiel Erkrankungen des Atmungssystems, Hirnblutung, Sepsis oder ein tödlich endender Krampfanfall. Die nichtnatürlichen Todesursachen machen mit insgesamt 22,3 % (20 Betroffene) ungefähr ein Fünftel der Gesamtstichprobe aus³¹. Bei 12 Kindern und Jugendlichen starb der Vater durch einen Verkehrsunfall und bei 3 durch einen Arbeitsunfall. 5 Väter begingen Suizid.

Da der Verlust des Vaters vor je nach Teilnehmer unterschiedlicher langer Zeit geschah, wurden die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen danach befragt, wie gut sie sich noch an ihren Vater erinnern können. Dabei waren die in Tabelle 9.1.2-1 auf der nächsten Seite aufgeführten Abstufungen gegeben.

Mit 74,4 % (64 Teilnehmer) können sich fast drei Viertel noch *gut* oder *sehr gut* an ihren Vater erinnern. Nur 11 Teilnehmer (12,8 %) geben ihre Erinnerungen mit *wenig* oder *gar nicht mehr* an. Dabei handelt es sich vor allem um diejenigen, deren Vater sehr früh in der Kindheit verstarb. Die Teilnehmer wurden ergänzend gefragt, ob ihr Wissen über den verstorbenen Vater überwiegend auf ihren eigenen Erinnerungen basiert oder aus den Erzählungen und Berichten anderer stammt. Mit 96,4 % gibt die große Mehrheit an, sich selbst zu erinnern. Nur 3,6 % geben an, ihr Wissen vor allem von Familienmitgliedern oder anderen Personen zu haben.

³¹ Dass der Anteil der unnatürlichen Todesursachen über dem Gesamtdurchschnitt in der deutschen Bevölkerung liegt (siehe Abbildung 1-1 auf Seite 319), ist darauf zurückzuführen, dass es sich bei den Vätern in dieser Stichprobe um eine Gruppe handelt, die vergleichsweise jung verstarb. In den jüngeren Altersgruppen sind unnatürliche Todesursachen gegenüber dem Durchschnitt überrepräsentiert (siehe Abbildung 9.1.2-2 auf Seite 336).

Tab. 9.1.2-1 Erinnerung der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen an den Vater

	n (86)^a	%
Gar nicht mehr	2	2,3
Wenig	9	10,5
Mittel	11	12,8
Gut	27	31,4
Sehr gut	37	43,0

^a 4 Teilnehmer haben keine Angabe gemacht

Tabelle 9.1.2-2 gibt einen Überblick über Verhaltensweisen und Rituale, die mit dem Verlust des Vaters in Verbindung stehen.

Tab. 9.1.2-2 Verhaltensweisen und Rituale in Verbindung mit dem Tod des Vaters

	ja
Waren Sie bei der Beerdigung (Gottesdienst, Bestattung) dabei?	96,6 %
Haben Sie Erinnerungsstücke an Ihren Vater für sich behalten (z.B. Fotos, Kleidungsstücke, persönliche Gegenstände)?	93,1 %
Haben Sie sich mit Ihrer Mutter offen über Einzelheiten zum Tod Ihres Vaters unterhalten?	80,2 %
Hat Ihre Mutter Ihre Fragen zu den Todesumständen offen beantwortet?	88,2 %
Haben Sie Ihrer Mutter gesagt oder gezeigt, dass Sie Sorgen hatten?	77,1 %
Haben Ihnen Verwandte oder Freunde der Familie Geschichten über Ihren Vater erzählt?	86,9 %
Haben Sie nach dem Tod Ihres Vaters mit anderen darüber gesprochen, dass Sie sich früher auch manchmal über Ihren Vater geärgert haben?	50,6 %
Haben Sie Ihre Mutter in den 2 Jahren nach dem Tod Ihres Vaters öfter als ein- oder zweimal weinen gesehen?	84,9 %
Gab es in den ersten Paar Jahren nach dem Tod Bilder von Ihrem Vater in Eurer Wohnung?	95,4 %

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Fortsetzung von Tabelle 9.1.2-2

	ja
Haben Sie sich in der Zeit nach dem Tod Ihres Vaters Fotoalben, Dias oder Videos angesehen, auf denen Ihr Vater zu sehen ist?	86,0 %
Haben Sie Fragen über den Tod Ihres Vaters gestellt (z.B. „Wie war er?“ „Was würde davon halten?“ „Was habt ihr beiden miteinander unternommen?“)?	76,7 %
Waren Sie nach der Beerdigung Ihres Vaters nochmals an seinem Grab?	93,0 %
Hat ein anderer Erwachsener Ihnen gegenüber teilweise die Rolle Ihres verstorbenen Vaters übernommen?	21,8 %
Wenn ja (bei n = 19), sind Sie damit einverstanden?	73,7 %

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass fast alle Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen an der Beerdigung oder Bestattung des Vaters teilgenommen und auch danach nochmals sein Grab besucht haben. Es zeigt sich auch, dass die meisten Familien eine offene Kommunikation über den Vater pflegen und dies auch auf andere Personen wie Freunde und Verwandte ausdehnen. Offene Fragen wurden beantwortet und Erinnerungen ausgetauscht. Kummer und Trauer können in den meisten Familien offen geäußert werden, nur wenige haben ihre Trauer vor der Mutter versteckt. Dies deckt sich auch mit den Angaben, die zu den wichtigsten Bezugspersonen nach dem Tod des Vaters gemacht werden. Fast ausnahmslos alle geben hier die Mutter als erste und wichtigste Bezugsperson und Ansprechpartnerin an. Des Weiteren werden vor allem Geschwister und andere nahe Verwandte wie die Großeltern genannt. Ältere Jugendliche und junge Erwachsene geben auch zunehmend enge Freunde oder den Partner an. 19 Teilnehmer (21,8 %) berichten, dass ein anderer Erwachsener die Rolle des Vaters übernommen oder teilweise übernommen hat, meist der neue Partner der Mutter. Von diesen 19 zeigen sich jedoch nur 14 damit einverstanden.

9.1.3 Beschreibung der einzelnen Untergruppen

Im Folgenden werden die einzelnen Untergruppen der Stichprobe, die schon in Kapitel 8 aufgeführt wurden, näher beschrieben. Dabei wird auf ihre Zusammenstellung und auf mögliche bedeutsame Unterschiede zwischen den Untergruppen eingegangen.

Untergruppen zur seit dem Verlust vergangenen Zeit

Die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen werden danach eingeteilt, wie viel Zeit seit dem Tod des Vaters vergangen ist. Tabelle 9.1.3-1 gibt einen Überblick über die gewählte Unterteilung und stellt zugleich einen Vergleich der einzelnen Untergruppen auf mögliche Unterschiede dar.

Tab. 9.1.3-1 Vergleich der Untergruppen zur vergangenen Zeit seit dem Verlust des Vaters³²

	n	<i>Alter (in Jahren)</i>	<i>Geschlecht</i>	<i>Todesursache</i>	
				<i>erwartet – unerwartet</i>	<i>natürlich - unnatürlich</i>
Verlust vor < 2 Jahre	27	16,87 (4,85)	11 16	16 6	22 5
Verlust vor < 4 Jahre	31	15,99 (4,67)	14 17	12 16	21 10
Verlust ≥ 4 Jahre	32	17,20 (4,99)	16 16	10 20	27 5
<i>Statistischer Vergleich</i>		df = 87 n.s.	$\chi^2 = .51$ df = 2 n.s.	$\chi^2 = 8.23$ df = 2 p = .016	$\chi^2 = 2.83$ df = 2 n.s.

Wie aus der Tabelle hervorgeht, ergeben sich beim Alter keinerlei Unterschiede zwischen den Gruppen. Die Mittelwerte sind annähernd gleich. Auch für die Geschlechtsverteilung lässt sich keine signifikante Differenz feststellen. Es zeigen sich jedoch Unterschiede, was die Verteilung der Todesursache des Vaters angeht. In der Gruppe *Verlust vor < 2 Jahre* sind Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, deren Vater *unerwartet* starb, mit einer Häufigkeit von nur 6 gegenüber den anderen beiden Gruppen mit 16 und 20 deutlich unterrepräsentiert³³.

³² Der Vergleich auf Unterschiede zwischen den Untergruppen erfolgt – je nach Gruppe – für die Einflussvariablen *Geschlecht*, *Alter*, *vergangene Zeit seit Verlust* und *Todesursache*. Dazu werden verschiedene Messverfahren herangezogen: die Variablen *Alter* und *vergangenen Zeit seit Verlust* werden varianzanalytisch oder mit dem t-Test getestet, in dieser und den folgenden Tabellen sind jeweils Mittelwert und Standardabweichung angeben. Die Variablen *Geschlecht* und *Todesursache* werden mittels Chi-Quadrat getestet, es sind jeweils die Häufigkeiten in den einzelnen Gruppen angegeben.

³³ Eine nähere Definition der Unterteilung der Todesursache erfolgt auf den Seiten 120-121.

Untergruppen zum Alter

Die Teilnehmer werden nach ihrem Alter in Gruppen unterteilt. Dabei sollen die unterschiedlichen Alters- und Entwicklungsstufen der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen berücksichtigt werden. Es wird daher eine Einteilung gewählt, die an in anderen Studien verwendete Altersabstufungen angelehnt ist. Die erste Gruppe umfasst den Altersbereich von *10 bis 13 Jahren*, einen Zeitabschnitt, der zu Beginn noch der Kindheit und dann der frühen Jugend zugerechnet wird. Die zweite Gruppe setzt sich aus Teilnehmern zusammen, die mit *14 bis 18 Jahren* das Jugendalter erreicht haben. Die dritte Gruppe besteht mit einem Altersbereich von *19 bis 25 Jahren* aus jungen Erwachsenen. Tabelle 9.1.3-2 stellt die Ergebnisse der Überprüfung auf Unterschiede zwischen den Gruppen dar.

Tab. 9.1.3-2 Vergleich der Untergruppen zum Alter der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

	n	<i>Zeit seit Verlust (in Jahren)</i>	<i>Geschlecht</i>	<i>Todesursache</i>	
				<i>erwartet – unerwartet</i>	<i>natürlich - unnatürlich</i>
10-13 Jahre	27	3,30 (2,35)	14 13	8 17	21 6
14-18 Jahre	33	3,57 (2,70)	13 20	16 13	27 6
18-25 Jahre	30	5,30 (4,44)	14 16	14 12	22 8
<i>Statistischer Vergleich</i>		df = 87 n.s.	$\chi^2 = .95$ df = 2 n.s.	$\chi^2 = 3.51$ df = 2 n.s.	$\chi^2 = .66$ df = 2 n.s.

Wie die Tabelle zeigt, ergeben sich keine Gruppenunterschiede. Zwar lässt sich ablesen, dass bei den Teilnehmern im Alter von 18 bis 25 Jahren seit dem Verlust des Vaters mit 5,30 Jahren gegenüber 3,30 und 3,57 Jahren schon fast zwei Jahre mehr vergangen sind als in den beiden anderen Gruppen, doch erreicht diese Zeitdifferenz keine statistische Signifikanz.

Gruppen zur Todesursache des Vaters

Wie schon das Diagramm auf Seite 115 dargestellt hat, sind die Todesursachen weit gefächert. Eine Unterteilung direkt nach der Todesursache würde daher viele kleine Gruppen mit geringer Zellenbesetzung bedeuten. Es werden deshalb in Anlehnung an die in Kapitel 7 beschriebenen Kriterien, die in schon bestehenden Untersuchungen zur Gruppenbildung verwendet werden, die Unterteilungen in *erwartet* und *unerwartet* sowie in *natürlich* und *unnatürlich* herangezogen.

Zu Todesursachen, nach denen ein Verlust als *erwartet* bezeichnet wird, werden vor allem die Erkrankungen gezählt, die nicht einen sofortigen Tod zur Folge haben, sondern sich über Wochen und Monate bis zu Jahren hinziehen. Die Gruppe *erwarteter Verluste* ($n = 38$) umfasst ausnahmslos Krebserkrankungen. Den *unerwarteten Verlusten* ($n = 42$) werden Unfälle (15), plötzlich auftretende Herzerkrankungen (Herzinfarkt, plötzlicher Herztod) (23) und einige anderen Erkrankungen (4) wie Hirnblutung und Lungenembolie zugeordnet. Einige Todesursachen werden von dieser Einteilung ausgeschlossen. Die 5 Teilnehmer, deren Vater Suizid beging, werden nicht miteinbezogen, da eine Vorgeschichte mit möglichen psychischen Störungen und früheren Selbstmordversuchen nicht ausgeschlossen werden kann. Weitere 5 Kinder und Jugendlichen wurden ebenfalls nicht zugeteilt, da die Todesursachen Asthma, Sepsis und Krampfanfall ebenfalls keine Rückschlüsse auf die vorhergehende Krankheitsgeschichte zulassen. Tabelle 9.1.3-3 stellt einen Vergleich der beiden Untergruppen nach möglichen Einflussfaktoren dar.

Tab. 9.1.3-3 Vergleich der Untergruppen zur Todesursache des Vaters (erwartet vs unerwartet)

	n	Zeit seit Verlust (in Jahren)	Alter (in Jahren)	Geschlecht
erwartet	38	3,87 (3,45)	17,44 (4,69)	17
				21
unerwartet	42	4,35 (3,33)	15,82 (4,95)	19 23
<i>Statistischer Vergleich</i>		t = .463 df = 78 n.s.	t = 1.491 df = 78 n.s.	$\chi^2 = .00$ df = 1 n.s.

Wie aus der Tabelle hervorgeht, sind keinerlei Unterschiede zwischen den Gruppen festzustellen. Die geringen Unterschiede in der seit dem Verlust vergangenen Zeit (3,87 gegenüber 4,35 Jahre) und im durchschnittlichen Alter (17,44 gegenüber 15,82 Jahre) erreichen keine statistische Signifikanz.

Zusätzlich zu der eben beschriebenen Unterteilung wird nach einem weiteren Kriterium unterteilt. Die Todesursachen werden nach *natürlich* und *unnatürlich* klassifiziert. Zu den natürlichen Todesursachen werden alle Erkrankungen gezählt. In dieser Stichprobe setzt sich die Gruppe hauptsächlich aus Krebs- und Herz-Kreislauferkrankungen zusammen. Unnatürliche Todesursachen sind Verkehrs- und Arbeitsunfälle sowie Suizid. Diese Gruppe ist gering besetzt, was jedoch der allgemeinen statistischen Verteilung der Todesursachen in der Bevölkerung entspricht. Tabelle 9.1.3-4 zeigt auf, dass keine Unterschiede zwischen den einzelnen Subgruppen bestehen.

Tab. 9.1.3-4 Vergleich der Untergruppen zur Todesursache des Vaters (natürlich und unnatürlich)

	n	Zeit seit Verlust (in Jahren)	Alter (in Jahren)	Geschlecht
natürlich	70	4,10 (3,11)	16,68 (4,72)	33 37
unnatürlich	20	3,97 (4,31)	16,71 (5,13)	8 12
<i>Statistischer Vergleich</i>		t = .152 df = 88 n.s.	t = -.026 df = 88 n.s.	$\chi^2 = .32$ df = 1 n.s.

Gruppen zum Geschlecht

Zuletzt soll noch nach dem Geschlecht der Teilnehmer unterschieden werden. Dies ist in Tabelle 9.1.3-5 auf der nächsten Seite dargestellt. Auch hier gibt es keinerlei Unterschiede. Alter und die seit dem Verlust vergangene Zeit differieren nur um wenige Monate.

Tab. 9.1.3-5 Vergleich der Untergruppen zum Geschlecht

	n	Zeit seit Verlust (in Jahren)	Alter (in Jahren)	Todesursache	
				erwartet – unerwartet	natürlich - unnatürlich
Jungen/junge Männer	41	4,13 (2,65)	16,51 (4,35)	17 19	33 8
Mädchen/junge Frauen	49	4,01 (3,92)	16,83 (5,17)	21 23	37 12
<i>Statistischer Vergleich</i>		t = .271 df = 88 n.s.	t = -.317 df = 88 n.s.	$\chi^2 = .32$ df = 1 n.s.	$\chi^2 = .00$ df = 1 n.s.

9.2 Messinstrumente

Die im Folgenden beschriebenen Messinstrumente erfassen die wichtigsten Trauerreaktionen sowie bedeutende Einflussfaktoren. Dazu wird ein Fragebogen verwendet, der sich in drei Teilbereiche gliedert³⁴. Es liegen zwei identische Versionen vor, in denen – dem Alter entsprechend – Kinder und jüngere Jugendliche mit *Du*, ältere Jugendliche und junge Erwachsene mit *Sie* angesprochen werden.

Der *erste Teil* des Fragebogens beginnt mit den Angaben zu Geschlecht und Alter sowie dem aktuellen Datum, an dem der Fragebogen bearbeitet wurde. Danach folgen die Skalen zur Beschreibung des Trauerprozesses zu *Selbstwert*, *Depression*, *somatische Symptome* und *Angst*. Zudem werden die Einflussfaktoren *Kontrollüberzeugungen* und *Beziehung zur Mutter* als verbliebenen Elternteil erhoben. Der *zweite Teil* erfasst die Reaktionen und Merkmale der Trauer sowie ihre Intensität. Außerdem werden die Todesumstände und mit dem Verlust verbundene Verhaltensweisen erfragt, die sich vorwiegend auf Beerdigungs- und Trauerrituale sowie auf Aktivitäten, die der Erinnerung dienen, konzentrieren. Der *dritte Teil* erhebt zusätzliche, vor allem soziodemographische Angaben wie den genauen Familienstand, die finanzielle und die schulische beziehungsweise berufliche Situation. Der Fragebogen beinhaltet noch einige Skalen, die zu weiterführenden Untersuchungen herangezogen werden könnten³⁵.

³⁴ Teile des Fragebogens sind in Anhang 2 ab Seite 338 abgebildet.

³⁵ So zum Beispiel die Skala zur Erfassung der *Selbstwirksamkeit* von Jerusalem & Schwarzer (1999).

9.2.1 Skalen zu den Traueraspekten

Da im deutschsprachigen Raum kaum Instrumente existieren, die dazu geeignet sind, den Trauerprozess von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen abzubilden, wurde im Projekt *Familien in Entwicklung – Kinder und Jugendliche in Deutschland* ein entsprechendes Instrumentarium entwickelt (siehe Prestel, 1996). Dabei wurde auf die Selbstbeurteilungsfragebögen des *Texas Revised Inventory of Grief (TRIG)* von Faschingsbauer et al. (1987) und auf das *Expanded Texas Inventory of Grief* von Zisook et al. (1982) zurückgegriffen. In Anlehnung an das *TRIG* wird Trauer dabei zum einen als akute Reaktion auf den Verlust erfasst: retrospektiv wird die Trauer in der Zeit direkt nach dem Verlust erhoben (*Damalige Trauer*). Zum anderen wird die Trauer als gegenwärtiges Gefühl, also zum Zeitpunkt der Befragung erfasst (*Gegenwärtige Trauer*). In der vorliegenden Arbeit wird die gegenwärtige Trauersituation zur Beschreibung des Trauerprozesses herangezogen. Deshalb werden im Folgenden die Konstruktion und Zusammensetzung der Skalen zur *Gegenwärtigen Trauer* beschrieben.

Um den Trauerprozess in seinen verschiedenen Aspekten und Merkmalen erheben zu können, wurden Skalen konstruiert, die die in bestehenden Darstellungen und Studien als wichtig beschriebenen Elemente der Trauer enthalten sollten (siehe Prestel, 1996). Charakteristische und pathologische Trauerverläufe bei Kindern und Jugendlichen legen es nahe, die Dimensionen *Kummer*, *Fehlende Akzeptanz*, *Verdrängung*, *Schuldgefühle*, *Identifizierung*, *Idealisierung* und *Interne Repräsentanz* zu erfassen. Um diese Aspekte erheben zu können, wurde zu Beginn eine große Skala aus unterschiedlichen Items zusammengestellt, die auf diese Trauerdimensionen abzielte. Vier Items wurden aus der Skala *Present Feelings* des *Texas Revised Inventory of Grief* übernommen, acht gingen aus dem *Expanded Texas Inventory of Grief* ein. Um die einzelnen Kategorien noch zu ergänzen, wurden weitere Items konstruiert und hinzugefügt. Eine Faktorenanalyse extrahierte sieben Faktoren, die es möglich machten, die eben angeführten Traueraspekte abbilden zu können: so entstanden die Trauerfaktoren *Kummer*, *Fehlende Akzeptanz*, *Identifizierung*, *Idealisierung* und *Interne Repräsentanz*. Zwei Faktoren wurden noch weiter aufdifferenziert. Die Dimension der *Verdrängung* wurde aufgespaltet in *Soziale* und *Kognitive Verdrängung*, je nachdem, ob die Verdrängung gegenüber der sozialen Umwelt vorgenommen wird oder ob sie auf kognitiver Ebene in

Gedanken und Erinnerungen geschieht. Die Dimension der Schuld wurde differenziert zum einen in das *Normale Schuldgefühl*, bestehend aus Items, die Schuldgefühle beschreiben, die empirischen Befunden zufolge als normaler Bestandteil des Trauerprozesses anzusehen sind. Zum anderen in *Pathologische Schuld*, die sich aus Items zusammensetzt, die, vor allem längerfristig, als eine pathologische Entwicklung betrachtet werden.

Für die vorliegende Arbeit wurden die Skalen zur Trauererfassung noch einmal überarbeitet. Weitere Items wurden ergänzt, andere umformuliert. So wurden die Traueraspekte der *Sozialen Verdrängung*, *Fehlenden Akzeptanz* sowie die *Pathologische Schuld* und das *Normale Schuldgefühl*, die bisher schwach besetzt waren, aufgestockt. Die *Interne Repräsentanz* des Vaters bleibt weiter durch ein Item vertreten. Andere Items erhielten eine leicht veränderte Formulierung. Tabelle 6.2.1-1 stellt die verwendeten Trauerskalen und jeweils ein Beispielitem dar.

Tab. 9.2.1-1 Die Aspekte der Trauer mit Beispielitems und Crohnbach's Alpha

Skala	Itemzahl	Beispielitem	Alpha
<i>Kummer</i>	5 Items	In meinem Inneren weine ich noch um meinen Vater.	.84
<i>Kognitive Verdrängung</i>	3 Items	Ich versuche, nicht an meinen Vater zu denken.	.78
<i>Soziale Verdrängung</i>	2 Items	Ich zeige meine Tränen nicht, wenn ich an meinen Vater denke.	.70
<i>Fehlende Akzeptanz</i>	3 Items	Ich fühle mich von meinem Vater im Stich gelassen.	.81
<i>Pathologische Schuld</i>	2 Items	Ich fühle mich schuldig, wenn ich an meinen Vater denke.	.88
<i>Normales Schuldgefühl</i>	2 Items	Ich habe ein schlechtes Gewissen, weil ich früher meinem Vater nicht immer gehorcht habe.	.82
<i>Identifizierung</i>	3 Items	Ich entdecke viele Seiten meines Vaters auch an mir.	.80
<i>Idealisierung</i>	7 Items	Mein Vater konnte einfach alles.	.61
<i>Interne Repräsentanz</i>	1 Item	Manchmal stelle ich mir vor, was mein Vater jetzt wohl zu mir sagen würde.	

Die Skalen der Trauer sind im Fragebogen in Teil 2 auf den Seiten 17-19 erfasst. Eine Ausnahme stellt die *Idealisierung* dar, die in einer gesonderten Skala erhoben wird, die ebenfalls in Teil 2 auf Seite 13 zu finden ist. In die Auswertung der *Idealisierung* können nur 87 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene einbezogen werden, da die Skala von zwei Teilnehmern nicht bearbeitet wurde. Alle Items zu den Trauersymptomen sind durch fünfstufige Ratings von *1 = trifft überhaupt nicht zu* bis *5 = trifft ganz genau zu* zu beantworten.

9.2.2 Skalen zu weiteren Merkmalen der Trauer

Depression

Zur Erfassung der Depression wird die deutsche Adaption des *CES-D* (Radloff, 1991) in der Kurzversion mit 15 Items (Allgemeine Depressionsskala ADS) von Hautzinger & Bailer (1993) verwendet. Es ist eine Unterteilung in mehrere Subdimensionen möglich, nämlich in *Depressed Affect* (4 Items), *Somatic and Retardation* (5 Items), *Happiness* (2 Items) und *Interpersonal* (1 Item). Diese Unterteilung wird in der vorliegenden Arbeit nicht vorgenommen, alle Items werden zu einer Skala zusammengefügt.

Die Reliabilität der Skala liegt bei Cronbach's Alpha = .87. Die Antwortmöglichkeiten der vierstufigen Ratings (*0 = selten oder überhaupt nicht* bis *3 = meistens*) bedeuten *0 = weniger als 1 Tag*, *1 = 1 bis 2 Tage*, *2 = 3 bis 4 Tage* und *3 = 5 bis 7 Tage* lang. Alle diese Angaben beziehen sich auf den Zeitraum der letzten Woche.

Somatische Symptome

Die somatischen Symptome wurden dem Giessener Beschwerdebogen von Brähler (1992) entnommen. Aus den dort gelisteten 40 Symptomen und Erkrankungen wurden 13 ausgewählt. Diese sind in Tabelle 6.2.2-1 auf der nächsten Seite aufgeführt.

Tab. 9.2.2-1 Skala zu den somatischen Symptomen der Trauer

Somatische Symptome
Bauchweh
Schwindelgefühl
Rückenschmerzen
Übelkeit
Kopfschmerzen
schnell müde werden
nachts häufig aufwachen
keinen Appetit
Atemnot
Allergien
Probleme mit dem Einschlafen
Alpträume
Schmerzen in der Brust

Die Items werden zu einer Skala zusammengefügt. Die Reliabilität liegt bei Cronbach's Alpha = .70. Die vierstufigen Ratings reichen von *1 = nie* bis *4 = fast immer*. Gefragt wird nach der Häufigkeit in den letzten zwei Monaten.

Angst

Zur Erhebung der Angst wurde das *State-Trait-Angstinventar (STAI)* von Laux, Glanzmann, Schaffner & Spielberger (1981) gewählt. Es gliedert sich in zwei Bereiche, die *State-Angst* und die *Trait-Angst*, die jeweils 20 Items umfassen.

Unter *Trait-Angst* wird *Angst als Eigenschaft* verstanden. Der Teilnehmer soll beschreiben, wie er sich *im Allgemeinen* fühlt. 13 Items beziehen sich auf Angst, die übrigen 7 Items umfassen Angstfreiheit. Die vierstufigen Ratings sind Häufigkeitsangaben, *1* bedeutet *fast nie*, *2 manchmal*, *3 oft* und *4 fast immer*. Die Reliabilität beträgt Cronbach's Alpha = .94. Die Skala ist im Fragebogen in den ersten Teil bei den anderen Merkmalen der Trauer (Depression, somatische Symptome) eingliedert.

State-Angst beschreibt die *Zustandsangst*, die sich auf den augenblicklichen Zeitpunkt bezieht. Der Teilnehmer soll angeben, wie er sich *jetzt, in diesem Moment* fühlt. Diese Skala ist zwar auch in den Fragebogen eingegliedert, sie wird aber für Auswertung nicht verwendet. Denn von Bedeutung für den Trauerprozess ist vor allem die Angst als Eigenschaft, die über einen längeren Zeitraum zu finden ist.

Zur Erfassung der Angst werden Jugendliche und junge Erwachsene ab einem Alter von 14 Jahren herangezogen. Denn die bestehenden Messinstrumente zur Angst machen es schwierig, einen so großen Altersrahmen, wie er in der vorliegenden Arbeit verwendet wird, durch ein einziges Messinstrument abzudecken, um Vergleichbarkeit zwischen allen Alterstufen garantieren zu können.

Selbstwert

Zur Erfassung des Selbstwerts wird die Skala von Rosenberg (1965) verwendet. In dieser Skala werden die beiden Dimensionen Selbstwert und Selbstabwertung unterschieden. Die 10 Items von Rosenberg wurden für die Fragebögen des Projekts *Familien in Entwicklung – Kinder und Jugendlichen in Deutschland* neu übersetzt, da die vorliegende deutsche Adaption für Kinder und Jugendliche ungeeignet schien. Item 3 und 5 wurden dabei verändert, um sie speziell auf die Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen zuzuschneiden. Beispiele für Items aus der Skala Selbstwert sind *Ich bin genauso viel wert wie andere Menschen* und *Manchmal denke ich, dass ich wertlos bin*. Die Reliabilität beträgt Cronbach's Alpha = .86.

Die Beantwortung erfolgt durch vierstufige Ratings von *1 = stimmt nicht* bis *4 = stimmt genau*. Die Skala zum Selbstwert ist eingegliedert in eine Zusammenstellung vieler Items, aus denen neben dem Selbstwert noch andere Skalen gebildet werden, zum Beispiel Aggressivität oder eine Skala zum schulischen Selbst³⁶. Die Skala schließt in Teil 1 des Fragebogens an die Angaben zur teilnehmenden Person an.

³⁶ Diese Skalen sind für die vorliegende Arbeit nicht von Bedeutung, für eine nähere Beschreibung siehe Schwarz, Walper, Gödde & Jurasic (1997).

9.2.3 Skalen zu den Einflussfaktoren

Beziehung zur Mutter

Die Erhebung erfolgt durch die Beschreibung der Individuation von Kindern und Jugendlichen. Das Instrument der Individuation geht zurück auf den Münchener Individuationstest (MIT), der von Jurasic & Walper (1995) entworfen und von Walper, Schwarz & Jurasic (1996) weiterentwickelt wurde.

Nach dem Tod eines Elternteils sind Verlustängste, also die Angst, auch den anderen Elternteil noch zu verlieren, dokumentiert. Deshalb wird zusätzlich die Skala *Angst vor Verlust*, in diesem Fall des verbliebenen Elternteils, der Mutter, miteinbezogen, die ebenfalls von Walper et al. (1996) entwickelt und beschrieben wurde. Sie umfasst Items, die alle einen möglichen Verlust auch des anderen Elternteils zum Inhalt haben. Die Items zur Individuation lassen sich zu sieben einzelnen Skalen sowie zusätzlich der Angst vor Verlust zusammensetzen. Diese sind einschließlich Beispielitem in Tabelle 6.2.3-1 abgebildet.

Tab. 9.2.3-1 Skalen der Individuation mit Beispielitem

Skala	Itemzahl	Beispielitem
Gelungene Individuation	4 Items	Auch wenn ich mit ihr streite, mögen wir uns gegenseitig.
Angst vor Liebesverlust	5 Items	Ich habe oft Angst, etwas falsch zu machen und sie zu enttäuschen.
Anlehnungsbedürfnis	5 Items	Ich möchte später am liebsten in der gleichen Stadt leben wie sie, so dass wir viel Zeit miteinander verbringen können.
Ambivalenz	4 Items	Ich möchte mehr Zeit mit ihr verbringen, habe aber öfters Angst, lästig zu sein.
Angst vor Vereinnahmung	6 Items	Oft wünsche ich mir, sie wäre weniger fürsorglich und anhänglich.
Kontrolle	3 Items	Ich fühle mich andauernd von ihr kontrolliert.
Geleugnetes Bindungsbedürfnis	4 Items	Ich komme auch gut ohne ihre Zuneigung zurecht.
Angst vor Verlust	5 Items	Ich habe oft Angst, dass meine Mutter schwer krank werden oder sterben könnte.

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, der Fragestellung nachzugehen, inwieweit sich eine stützende Beziehung zur Mutter hilfreich auswirken kann und ob sich Unsicherheiten als Risiko im Trauerprozess erweisen. Deshalb ist eine so genaue Differenzierung nicht erforderlich. Daher werden die eben angeführten Skalen weiter zusammengefasst. *Gelungene Individuation*, *Geleugnetes Bindungsbedürfnis* und *Anlehnungsbedürfnis* ergeben die Skala *Verbundenheit*, *Ambivalenz* und *Angst vor Liebesverlust* werden zur *Unsicheren Bindung* zusammengezogen. Die anderen Skalen gehen nicht mehr in die weitere Auswertung ein. Die *Angst vor Verlust* wird unverändert beibehalten. Die zusammengefassten Skalen sind in Tabelle 6.2.3-2 noch einmal im Überblick dargestellt.

Tab. 9.2.3-2 Skalen der Individuation nach der Zusammenfassung

Ursprüngliche Skalen	Skala	Itemzahl	Alpha
Gelungene Individuation Geleugnetes Bindungsbedürfnis Anlehnungsbedürfnis	} <i>Verbundenheit</i>	13 Items	.80
Ambivalenz Angst vor Liebesverlust	} <i>Unsichere Bindung</i>	9 Items	.77
Angst vor Verlust		5 Items	.74

Alle Items sind durch vierstufige Ratings (*1 = stimmt nicht* bis *4 = stimmt genau*) zu beantworten. Sie befinden sich im Fragebogen in Teil 1 auf Seite 10-12. In die Auswertung können 4 Teilnehmer nicht mit einbezogen werden, da diese die Skalen entweder gar nicht oder nur unvollständig bearbeitet haben.

Kontrollüberzeugung

Zur Erfassung der Kontrollüberzeugung wird der *Fragebogen zur Kontroll- und Kompetenziüberzeugung (FKK)* von Krampen (1981) verwendet. Dieses Messinstrument erlaubt eine besonders differenzierte Betrachtung. Es kann nicht nur in eine exterale und eine interne Kontrollüberzeugung unterschieden werden, sondern eine weitere Differenzierung ist möglich. Eine Trennung von Externalität in *sozial bedingt* und in *fatalistisch* bedeutet eine Unterscheidung danach, ob die fehlende Kontingenz zwischen

dem eigenen Verhalten und eigenen Persönlichkeitscharakteristika mit Ereignissen in der Umwelt auf den Einfluss anderer („mächtiger“) Personen oder auf Schicksal, Glück oder Zufall zurückgeführt wird. Zusätzlich zur Erfassung von Internalität beinhaltet der Fragebogen eine acht Items umfassende Skala zur Kompetenzüberzeugung, die als *Selbstkonzept eigener Fähigkeiten* bezeichnet wird und vor allem die wahrgenommenen Handlungsmöglichkeiten und das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen erhebt. Diese vier beschriebenen Skalen werden als Primärskalen bezeichnet. Sie sind noch einmal im Überblick in Tabelle 6.2.3-3 dargestellt.

Tab. 9.2.3-3 Primärskalen der Kontrollüberzeugung (Darstellung nach Krampen, 1981, S. 21)

Skala	Itemzahl	Alpha
<i>Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (SK)</i> (generalisiertes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten)	8 Items	.79
<i>Internalität (I)</i> (Internalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen)	8 Items	.64
<i>Soziale Externalität (P)</i> (sozial bedingte Externalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen; „powerful others control“)	8 Items	.72
<i>Fatalistische Externalität (C)</i> (fatalistisch bedingte Externalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen; „chance control“)	8 Items	.77

Es ist zudem die Bildung zweier Sekundärskalen und einer Tertiärskala möglich. Die eine Sekundärskala setzt sich aus dem *Selbstkonzept eigener Fähigkeiten* und der *Internalität* zusammen und wird als *Selbstwirksamkeit (SKI)* betitelt. Sie wird durch die einfache Addition der beiden Primärskalen gebildet. Die zweite Sekundärskala beinhaltet die *sozial bedingte* und die *fatalistische Externalität* und wird als *Externalität (PC)* bezeichnet. Auch sie entsteht durch Addition der beiden Primärskalen. Die Tertiärskala fasst alle 36 Items zu einer einzigen großen Skala zusammen (*SKI-PC*). Sie wird durch die Differenz von Selbstwirksamkeit und Externalität gebildet (*SKI minus PC*). Die Reliabilität der Tertiärskala beträgt Crohnbach's Alpha = .60. In

der vorliegenden Arbeit geht eine Betrachtung durch die Tertiärskala einer detaillierten Beschreibung mittels der Differenzierung in die beschriebenen vier Primärskalen voran. Krampen (1981) weist auf einige Bedenken in der Verwendung mit der Tertiärskala hin, weshalb diese nur als Überblick einer genaueren Betrachtung mittels der Primärskalen vorangestellt sein soll.

Für die Betrachtung der Kontrollüberzeugung werden Jugendliche und junge Erwachsene ab dem 14. Lebensjahr mit einbezogen, denn die Beantwortung der Items eignet sich erst für Jugendliche ab diesem Alter (Krampen, 1981).

9.3 Durchführung

Der Trauerprozess wird in der vorliegenden Untersuchung durch einen Fragebogen erfasst. Dafür wird eine nichtklinische Stichprobe aus Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zusammengestellt. Auf eine Kontaktaufnahme mit Kindern und Jugendlichen, die sich in psychotherapeutischer Behandlung befinden oder in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen vorgestellt oder behandelt werden, wurde verzichtet. Die Kontaktaufnahme erfolgte meist über Trauergruppen für Kinder und Jugendliche oder für deren verwitwete Mütter, in einigen wenigen Fällen mit den Betroffenen selbst. Trauergruppen stellen die einzige Möglichkeit dar, mit trauernden Kindern und Jugendlichen in Kontakt zu kommen. Es ist noch einmal anzumerken, dass es sich nicht um klinische Gruppen handelt, die sich auf die therapeutische Behandlung spezialisiert haben, sondern um Gruppen, die es Betroffenen ermöglichen wollen, sich zu begegnen und auszutauschen. Einige begleiten diesen Austausch durch ein Angebot an verschiedenen Aktivitäten und Unternehmungen. Der Zeitraum, in dem Teilnehmer angeworben wurden, umfasst Juli 2004 bis März 2005.

Die Kontaktaufnahme geschah bei allen Gruppen für Kinder und Jugendliche auf telefonischem Weg. Ein erstes Telefongespräch diente zum einen dazu, eine Auswahl an geeigneten Trauergruppen zu treffen. Einige Gruppen wurden so von Anfang ausgeschlossen, zum Beispiel weil die Kinder unter der unteren Altersgrenze von zehn Jahren lagen oder weil es sich um meist kleine Gruppen mit therapeutischen Zielen handelte. Zum anderen wurden Zweck und Durchführung der Untersuchung kurz

vorgestellt. Alle kontaktierten Gruppen, die die Kriterien erfüllten, erklärten sich zu einer Teilnahme bereit. Eine zog jedoch ihre Teilnahmebereitschaft nach mehreren Wochen wieder zurück.

Im Folgenden wurden dann weitere Details der Durchführung und Formalitäten geklärt, vorrangig im Umgang mit dem Fragebogen und der Zusammenstellung der Stichprobe. Auf Wunsch wurden die Inhalte der Untersuchung näher beschrieben und die Bestandteile des Fragebogens vorgestellt. Es wurde noch einmal darauf hingewiesen, dass die Fragebögen anonym zu beantworten sind und alle Daten vertraulich behandelt werden. Die meisten Gruppen übernahmen es selbst, die teilnehmenden Kinder und Jugendlichen über die Befragung zu informieren. Die Fragebögen wurden per Post an die jeweilige Gruppenleitung geschickt. Diese sorgte dann sowohl für eine Verteilung und Bearbeitung der Fragebögen als auch für die anschließende Rücksendung. Eine Gruppe informierte ihre Teilnehmer nur über die Befragung und bat die Kinder und Jugendlichen um Kontaktaufnahme ihrerseits, die dann in fast allen Fällen per E-Mail erfolgte. Auf diesem Weg wurden diesen Teilnehmern auch die Fragebögen zugestellt.

Neben den Trauergruppen wurden einige Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene direkt angeworben, die an keiner Gruppe teilnehmen oder teilgenommen haben. Hier erfolgte die Kontaktaufnahme entweder per E-Mail oder telefonisch. Auf diesem Weg wurden auch hier Inhalte und Durchführung der Befragung erklärt und auf die Vertraulichkeit aller Angaben hingewiesen.

Eine große Zahl von Kindern und Jugendlichen wurde über Gruppen für verwitwete Mütter kontaktiert. Diese Gruppen, die unter einem Dachverband zusammengeschlossen sind, wurden per E-Mail angeschrieben. Die Gruppenleiter wurden darin gebeten, die Mitglieder ihrer Gruppe zu informieren und bei deren Kindern für eine Teilnahme zu werben. Hatten sich eine Gruppe beziehungsweise einzelne Mitglieder zu einer Teilnahme bereit erklärt, wurden Ablauf und Formalitäten sowie das Zusenden des Fragebogens meist ebenfalls per E-Mail geregelt. In anderen Fällen folgte ein zusätzliches Telefongespräch.

Für Rückfragen und Anmerkungen der Teilnehmer und der teilnehmenden Gruppen wurde auf die Möglichkeit der Kontaktaufnahme per Post, Telefon und E-Mail

hingewiesen. Rückfragen an einzelne Kinder und Jugendliche wurden meist per E-Mail beantwortet, bei Gruppenleitern vor allem telefonisch.

Die Kosten für das Zurücksenden der Fragebögen wurden übernommen. Zusätzlich gab es für jeden zurückgesandten Fragebogen für den Zeitaufwand eine finanzielle Entschädigung von 15 €. Bei einzelnen Teilnehmern wurde die Entschädigung direkt oder per Post gesandt. Bei Gruppen wurde die Summe für alle Fragebögen an die Gruppe direkt überwiesen, um es der Gruppe freizustellen, die 15 € an die Kinder und Jugendlichen auszuzahlen oder für die Gruppe, zum Beispiel für eine gemeinsame Unternehmung, zu verwenden.

9.4 Auswertung

Zu Beginn wird zuerst einmal ein Überblick über die einzelnen Skalen der Trauer, ihre Ausprägung und ihre Verbindung untereinander gegeben. Alle Skalen werden aus den Durchschnittswerten der einzelnen Items gebildet, einzig die *Interne Repräsentanz* ist durch ein Einzelitem repräsentiert. Die Betrachtung möglicher Zusammenhänge der einzelnen Trauerskalen erfolgt durch Korrelationsrechnung nach Pearson mit 2-seitiger Testung. Es werden anschließend auch Depression, somatische Symptome und Angst mit einbezogen.

Die *Hypothesen 1 bis 4* gehen der Fragestellung nach, ob und inwieweit die Trauer abhängig ist von der Zeit, die seit dem Tod des Vaters vergangen ist. Betrachtet werden alle Aspekte der Trauer sowie Depression, somatische Symptome und Angst. Die Auswertung der Unterschiedshypothesen erfolgt varianzanalytisch. Als Faktor fungiert die in Kapitel 8.1 und 9.1.3 beschriebene dreistufige Gruppenunterteilung zur seit dem Verlust vergangenen Zeit. Post-hoc-Tests geben Aufschluss über mögliche Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen und somit einer Abhängigkeit von der vergangenen Zeit.

In den *Hypothesen 5 bis 7* wird überprüft, ob die Trauer abhängig ist vom Alter der teilnehmenden Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Dies erfolgt zunächst für die Aspekte der Trauer mittels Varianzanalyse. Als Faktor werden die in 8.2 und 9.1.3

aufgeführten Altersgruppen herangezogen. Die Trauermerkmale Depression, Angst, die somatischen Symptome und zusätzlich der Selbstwert werden zuerst durch t-Test mit Normwerten Gleichaltriger verglichen. Dann wird speziell die Trauerstichprobe varianzanalytisch auf mögliche Altersunterschiede untersucht. Um die Betrachtung der Alterseffekte noch zu erweitern, wird im Anschluss die seit dem Verlust vergangene Zeit als zweiter dreistufiger Faktor in eine multivariate Varianzanalyse miteinbezogen, um mögliche Interaktionseffekte feststellen zu können.

Die *Hypothesen 8* und *9* befassen sich mit dem Einflussfaktor der Beziehung zur Mutter als verbliebenen Elternteil, zu deren Beschreibung drei Skalen verwendet werden: *Verbundenheit*, *Unsichere Bindung* und *Angst vor Verlust*. Zur Überprüfung von Hypothese 8 und 9a wird der Einfluss der Beziehung zur Mutter auf alle Trauerreaktionen mittels linearer Regression ermittelt. Hypothese 9b befasst sich ergänzend noch damit, ob die Beziehung zur Mutter abhängig ist vom Alter der Teilnehmer. Der Vergleich der drei Altersgruppen geschieht mittels Varianzanalyse. Als Faktor dienen die schon zuvor verwendeten Altersgruppen.

Hypothese 10 befasst sich mit den Kontrollüberzeugungen. Diese werden durch verschiedene Skalen beschrieben. Bei der Tertiärskala handelt es sich um eine einzige Skala, die sich aus allen verwendeten Items zusammensetzt und grobe Schlüsse auf eine eher interne oder externe Kontrollüberzeugung einer Person zulässt. Zusätzlich wird durch die beschriebenen Primärskalen eine detailliertere Unterteilung herangezogen. Sowohl die Tertiärskala als auch die Primärskalen werden in Hypothese 10a und 10b mittels linearer Regression auf ihre Bedeutung für die Trauer überprüft. Da den Kontrollüberzeugungen auch eine Mediatorfunktion zugesprochen wird, befasst sich die Hypothese 10c ergänzend damit, ob Kontrollüberzeugungen als Mediator zwischen der Beziehung zur Mutter als verbliebenen Elternteil und der Trauer wirken. Dazu werden exemplarisch die *Unsichere Bindung* und *Angst vor Verlust* als Aspekte der Beziehung zur Mutter und die Trauerreaktion *Depression* herangezogen. Diese Variablen gehen zur Überprüfung in die multiple Regression ein.

In *Hypothese 11* und *12* wird dem Einflussfaktor Todesursache des Vaters nachgegangen. Dazu erfolgt in Hypothese 11 eine Unterteilung der Todesursachen in *erwartet* und *unerwartet*, in 12 in *natürlich* und *unnatürlich*. Die Überprüfung der

Auswirkung auf die Aspekte der Trauer und auf Depression, somatische Symptome und Angst geschieht mittels t-Test, wobei die eben beschriebene Unterteilung der Todesursachen auch die Untergruppen für die Prüfung dieser Unterschiedshypothese bilden.

Die *Hypothesen 13 bis 15* untersuchen Geschlechtseffekte im Trauerprozess. Für die Aspekte der Trauer sowie für Depression, somatische Symptome und Angst werden ebenfalls durch den t-Test mögliche Unterschiede zwischen Mädchen/jungen Frauen und Jungen/jungen Männern ermittelt. Im Anschluss daran wird überprüft, ob mögliche Geschlechtseffekte zeitüberdauernd und unabhängig vom Alter der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind. Mögliche Interaktionseffekte werden durch eine multivariate Varianzanalyse berechnet, wobei jeweils das Geschlecht und zuerst die seit dem Verlust vergangene Zeit, dann das Alter als weitere Faktoren hinzugenommen werden.

Die statistische Auswertung erfolgt mit SPSS 12.0. Für die Bearbeitung und Darstellung einiger Diagramme und Abbildungen wird zusätzlich Word Graph 2000-Diagramm verwendet.

10. Ergebnisse

Für einen ersten Überblick über den Trauerprozess werden zu Beginn die einzelnen Aspekte der Trauer in ihrer Ausprägung dargestellt. Verbindungen und Zusammenhänge der Trauerreaktionen untereinander werden aufgezeigt. Im Folgenden wird der Trauerprozess der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Abhängigkeit von der seit dem Verlust vergangenen Zeit, dem Alter sowie von den Einflussfaktoren der Beziehung zur Mutter als verbliebenen Elternteil, den Kontrollüberzeugungen, der Todesursache des Vaters und des Geschlechts beschrieben.

10.1 Ausprägung und Zusammenhang der Trauerreaktionen

Zu Beginn wird die Ausprägung der Traueraspekte *Kummer*, *Kognitive Verdrängung*, *Soziale Verdrängung*, *Fehlende Akzeptanz*, *Pathologische Schuld*, *Normales Schuldgefühl*, *Identifizierung*, *Idealisierung* und *Interne Repräsentanz* dargestellt. Es gehen die Angaben aller Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (n = 90) in die Darstellung ein, nur bei der *Idealisierung* liegt die Fallzahl bei n = 88. Es handelt sich um einen Überblick über die Traueraspekte, bei der weder Einflussfaktoren Beachtung finden, noch lässt sich die Darstellung auf einen Zeitpunkt im Trauerprozess oder eine Altersgruppe beziehen. Aussagen über den Verlauf des Trauerprozesses folgen an späterer Stelle. Tabelle 10.1-1 fasst einige deskriptive Werte zusammen.

Tab. 10.1-1 Deskriptive Werte zu den Aspekten der Trauer für die Gesamtstichprobe

	n	M	SD	Min	Max
Kummer	90	3,38	,85	1,40	5,00
Kognitive Verdrängung	90	1,79	,83	1,00	4,67
Soziale Verdrängung	90	2,54	1,29	1,00	5,00
Fehlende Akzeptanz	90	2,24	1,13	1,00	5,00
Pathologische Schuld	90	1,59	,79	1,00	4,50
Normales Schuldgefühl	90	1,87	,89	1,00	5,00
Identifizierung	90	3,13	,96	1,00	5,00
Idealisierung	88	3,46	,55	1,86	5,00
Interne Repräsentanz	90	3,69	1,03	1,00	5,00

Abbildung 10.1-1 bereitet die Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Aspekte der Trauer noch einmal grafisch auf.

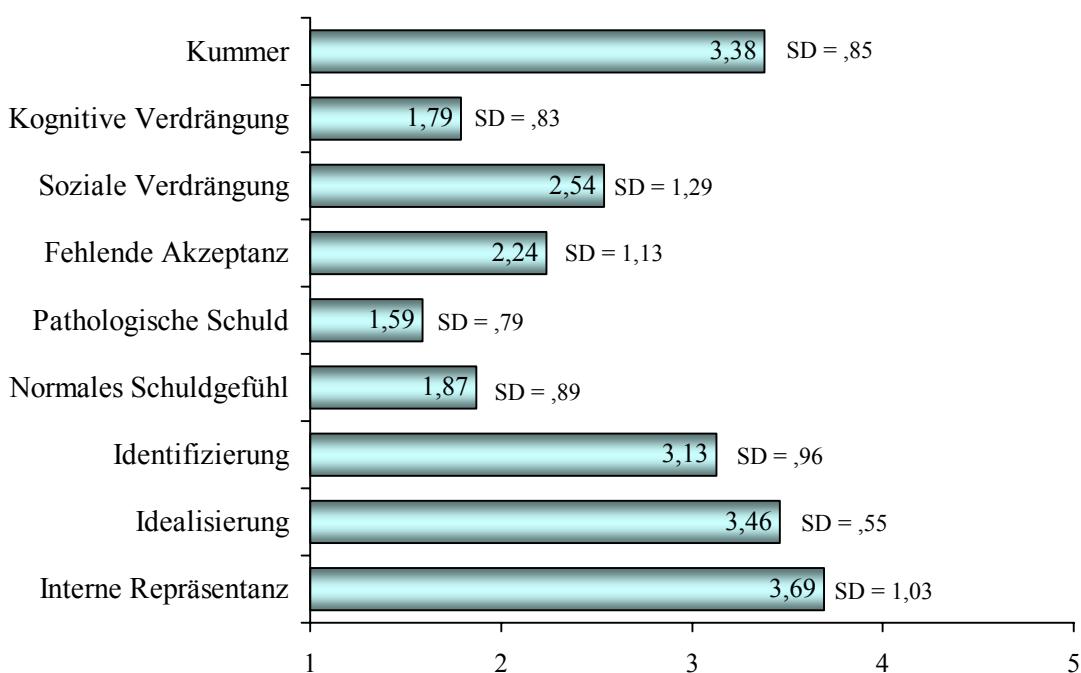


Abb. 10.1-1 Mittelwerte und Standardabweichungen der Aspekte der Trauer für die Gesamtstichprobe

Mit einem Mittelwert von 3,38 und einer Standardabweichung von ,85 liegt der *Kummer* im Mittelbereich der fünfstufigen Ratings. Weitere Aussagen sind erst später möglich, wenn Einflussfaktoren wie die seit dem Verlust vergangene Zeit in die Auswertung einfließen. Denn nur 26,7 % der Werte – das entspricht 24 Teilnehmern – liegen im mittleren Bereich (2,67 bis 3,43), fast drei Viertel machen niedrigere oder höheren Angaben, die Intensität des Kummers ist somit sehr unterschiedlich. Die *Fehlende Akzeptanz* weist einen Mittelwert von 2,24 auf. Mit einer Standardabweichung von 1,13 ist die Kurve relativ flach, die Skala wurde somit sehr unterschiedlich beantwortet, so dass auch hier die Berücksichtigung von Einflussfaktoren abzuwarten bleibt. Die Skalen der *Identifizierung*, *Idealisierung* und *Internen Repräsentanz* finden mit Mittelwerten zwischen 3 und 4 große Zustimmung. Die hohen Standardabweichungen von ,96 bei der *Identifizierung* und 1,03 bei der *Internen Repräsentanz* weisen auf eine flache Verteilungskurve hin.

Bei der Verdrängung ergibt sich ein differenziertes Bild. Die *Kognitive Verdrängung* zielt darauf ab, nicht an den Vater denken und nicht an ihn erinnert werden zu wollen.

Sie ist mit einem Mittelwert von 1,79 ($SD = ,83$) gering ausgeprägt. 80 % (72 Teilnehmer) geben an, dass das Verdrängen des Vaters auf kognitiver Ebene für sie *überhaupt nicht* oder *wenig* zutrifft. Die *Soziale Verdrängung* beschreibt das Verbergen der Trauer gegenüber der sozialen Umwelt. Mit $M = 2,54$ ist sie deutlich stärker ausgeprägt. Die Standardabweichung ist mit 1,29 besonders hoch. Im Mittelbereich liegen hier nur 13 Teilnehmer (14,4 %) mit ihren Angaben. Die beiden Skalen der Schuld weisen eine geringe Intensität auf. Die *Pathologische Schuld* zielt mit Items wie *Ich fühle mich mitverantwortlich für den Tod meines Vaters* auf Schuldgefühle ab, denen ein pathologischer Charakter zugesprochen wird. Sie ist mit einem Mittelwert von 1,59 ($SD = ,79$) die Skala mit dem niedrigsten Wert. 90% - das entspricht 81 Teilnehmern – beschreiben, dass diese Art der Schuldgefühle bei ihnen *überhaupt nicht* oder *wenig* auftreten. Nur 2 (2,2 %) geben an, dass diese auf sie *ziemlich* oder *ganz genau* zutreffen. Auch das *Normale Schuldgefühl* ist mit $M = 1,88$ ($SD = ,89$) gering ausgeprägt. Auch hier beantworten über 80 % der Teilnehmer Items wie *Ich habe ein schlechtes Gewissen, weil ich meinem Vater früher nicht immer gehorcht habe* mit *trifft überhaupt nicht zu* oder *trifft wenig zu*. Nur 2 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (2,2 %) betrachten dies als für sie ziemlich zutreffend.

Im Folgenden wird aufgezeigt, ob und inwieweit die einzelnen Trauerskalen miteinander in Zusammenhang stehen. Dies erfolgt mittels Korrelationsrechnung, da es sich nur um eine Beschreibung möglicher Verbindungen handelt, der keinerlei Hypothesen zu Grunde liegen. Ergebnisse zu möglichen Prädiktoren liefern die Regressionsberechnungen, die an späterer Stelle folgen. Tabelle 10.1-2 auf der nächsten Seite stellt die Korrelationen der Trauerskalen dar.

Kummer steht in Zusammenhang mit den Traueraspekten der *Fehlenden Akzeptanz* ($r = .601, p = .000$), der *Pathologischen Schuld* ($r = .302, p = .004$) und dem *Normalen Schuldgefühl* ($r = .534, p = .000$). Offenbar besteht eine Verbindung von Kummer mit Schuldgefühlen und Schwierigkeiten, den Verlust des Vaters anzunehmen. Mit $r = .601$ ist der Zusammenhang zwischen *Kummer* und *Fehlender Akzeptanz* besonders stark. *Kummer* korreliert ebenfalls positiv mit *Identifizierung* ($r = .373, p = .000$), *Idealisierung* ($r = .242, p = .023$) und *Interner Repräsentanz* ($r = .520, p = .000$). Diese Aspekte beschreiben die Inkorporierung des Verstorbenen und ein inneres Aufrechterhalten des Vaterbildes, das mit Kummer in Verbindung zu stehen scheint.

Tab. 10.1-2 Korrelationen (nach Pearson) der einzelnen Trauerskalen

	Kognitive Verdrängung	Soziale Verdrängung	Fehlende Akzeptanz	Pathologische Schuld	Normales Schuldgefühl	Identifizierung	Idealisierung	Interne Repräsentanz
Kummer	.097	.127	.601 ***	.302 **	.534 ***	.373 ***	.242 *	.520 ***
Kognitive Verdrängung	1	.633 ***	.231 *	.203	.162	-.037	.026	-.035
Soziale Verdrängung		1	.199	.137	.189	.024	.219 *	.061
Fehlende Akzeptanz			1	.390 ***	.475 ***	.258 *	.110	.323 **
Pathologische Schuld				1	.666 ***	.207	.204	.248 *
Normales Schuldgefühl					1	.312 **	.180	.366 ***
Identifizierung						1	.254 *	.361 ***
Idealisierung							1	.314 **
Interne Repräsentanz								1

Signifikanzniveaus: * = p < .05 ** = p < .01 *** p = < .001

Die beiden Skalen der Verdrängung, sowohl die *Kognitive Verdrängung* als auch die *Soziale Verdrängung*, weisen nur wenige Zusammenhänge mit anderen Traueraspekten auf. Sie stehen aber miteinander in Verbindung ($r = .633$, $p = .000$), wonach Betroffene, die den Verlust auf kognitiver Ebene verdrängen, dies auch gegenüber ihrer sozialen Umwelt tun. Die *Kognitive Verdrängung* korreliert positiv mit der *Fehlenden Akzeptanz*, wobei dieser Zusammenhang mit $r = .231$ ($p = .028$) eher schwach ist. Auch die Verbindung zwischen der *Sozialen Verdrängung* und der *Idealisierung* ist mit $r = .219$ ($p = .041$) nicht besonders stark. Die *Fehlende Akzeptanz* korreliert mit beiden Skalen der Schuld ($r = .390$, $p = .000$ und $r = .475$, $p = .000$), ähnlich wie dies bei *Kummer* zu beobachten ist, ebenso mit der *Identifizierung* ($r = .258$, $p = .014$) und der *Internen Repräsentanz* des Vaters ($r = .323$, $p = .002$).

Die beiden Skalen zur Schuld, die *Pathologische Schuld* und das *Normale Schuldgefühl*, weisen mit $r = .666$ ($p = .000$) eine starke Verbindung auf, die die enge Verzahnung von als normal und als pathologisch betrachteten Schuldgefühle aufzeigt. Die Zusammenhänge mit *Kummer* und *Fehlender Akzeptanz* wurden schon beschrieben. Es zeigt sich zudem, dass Schuldgefühle positiv mit Skalen zur Inkorporierung des verstorbenen Vaters korrelieren. Besonders das *Normale Schuldgefühl* hat einen Bezug zur *Identifizierung* mit dem Vater ($r = .312$, $p = .003$) und zur *Internen Repräsentanz* ($r = .366$, $p = .000$). Die Trauerskalen *Identifizierung*, *Idealisierung* und *Interne Repräsentanz* stehen untereinander in Verbindung. Alle Korrelationskoeffizienten sind positiv, das heißt, eine Aufrechterhaltung der Bindung an den Vater zeigt sich in allen drei Skalen. Besonders hervorzuheben ist der starke Zusammenhang von *Identifizierung* und *Interner Repräsentanz* ($r = .361$, $p = .000$) sowie der *Idealisierung* und der *Internen Repräsentanz* ($r = .314$, $p = .003$). Auf die übrigen Verbindungen mit den anderen Traueraspekten wurde schon eingegangen.

Im Folgenden werden weitere Trauerreaktionen, Depression, somatische Symptome und Angst, näher beschrieben. Bei Depression und den somatischen Symptomen werden alle 90 Teilnehmer mit einbezogen, bei der Angst 61 Jugendliche und junge Erwachsene ab einem Alter von 14 Jahren. Zur Vollständigkeit wird auch der Selbstwert mit in die Darstellung aufgenommen ($n = 90$), da dieser später bei der Hypothesenprüfung Beachtung findet. Tabelle 10.1-3 auf der nächsten Seite gibt einen Überblick über einige deskriptive Werte.

Tab. 10.1-3 Deskriptive Werte zu Depression, somatischen Symptomen, Angst sowie Selbstwert für die Gesamtstichprobe

	n	M	SD	Min	Max
Depression	90	,60	,45	,00	2,53
Somatische Symptome	90	1,51	,30	1,00	2,62
Angst	61	55,51	10,88	34,00	79,00
Selbstwert	90	3,36	,46	1,40	4,00

Bei der Depression liegt der mögliche Werterahmen zwischen 0 und 3, denn die Ratings waren mit *0 = selten* bis *3 = meistens* zu beantworten. Der Mittelwert liegt bei ,60, die Standardabweichung beträgt ,45. Bei 59 Teilnehmern (65,6 %) liegt der durchschnittliche Depressionswert unter 1,00, das heißt, die Items werden mit *selten* bis *manchmal* beantwortet. Nur 3 Betroffene weisen Werte über 2,00 (= *ofters*) auf.

Für die somatischen Symptome der Trauer liegt der mögliche Wertebereich zwischen 1 und 4. Um die Intensität des Symptoms zu beschreiben, waren Ratings zwischen *1 = nie* und *4 = fast immer* gegeben. Der Mittelwert beträgt 1,51, die Standardabweichung von ,30 deutet auf eine steile Kurve hin. Tatsächlich befinden sich 88,9 % der Mittelwerte – das entspricht 80 Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – im Wertebereich zwischen 1,00 und 2,00, also zwischen *nie* und *manchmal*, was die somatischen Symptome der Trauer betrifft. Das Maximum liegt, wie in Tabelle 10.1-3 zu sehen ist, bei 2,62. Um der Vielfalt der erfragten somatischen Symptome gerecht zu werden, ist in Abbildung 10.1-2 im Anhang 1 auf Seite 337 ein Überblick über die Ausprägung der einzelnen somatischen Symptome zu finden.

Der Wertebereich der Angst liegt zwischen 20 und 80, wobei die Ratingantworten (*1 = fast nie* bis *4 = fast immer*) zu einer Summe addiert werden und dieser Rohwert dann mittels einer Normentabelle in den T-Wert umgewandelt wird. Der Mittelwert liegt bei 55,51, die Standardabweichung bei 10,88.

Der Mittelwert für den Selbstwert beträgt 3,36, die Standardabweichung ,46. Die meisten Werte liegen im Bereich zwischen 3,00 und 4,00. 59 Kinder und Jugendliche (65,6 %) weisen einen Wert in diesem Bereich auf.

Tabelle 10.1-4 zeigt auf, welche Zusammenhänge zwischen den Traumerkmalen Depression, somatische Symptome und Angst bestehen. Auch der Selbstwert wird wieder miteinbezogen.

Tab. 10.1-4 Korrelationen (nach Pearson) von Depression, somatischen Symptomen, Angst und Selbstwert

	Somatische Symptome	Angst	Selbstwert
Depression	.647 ***	.660 ***	-.619 ***
Somatische Symptome	1	.674 ***	-.479 ***
Angst		1	-.793 ***
Selbstwert			1

Signifikanzniveaus: * = $p < .05$ ** = $p < .01$ *** = $p < .001$

Es bestehen zwischen allen angeführten Merkmalen hochsignifikante Zusammenhänge auf dem Niveau von $p < .001$. Das bedeutet, dass die Ausprägung von Depression, somatischen Symptomen und Angst in enger Verbindung steht. Alle Korrelationskoeffizienten haben einen positiven Wert. Besonders stark ist die Korrelation zwischen der Depression und der Angst mit $r = .660$ sowie zwischen der Angst und den somatischen Symptomen mit $r = .674$. Auch der Selbstwert steht in Zusammenhang mit der Depression, den somatischen Symptomen und der Angst. Alle Korrelationen sind hier negativ. Zu beachten ist die Verbindung zwischen dem Selbstwert und der Angst, die mit $r = -.793$ sehr stark ist. Ähnliches gilt für Depression mit $r = -.619$.

Außerdem wird dem nachgegangen, inwieweit die eben beschriebenen Traumerkmale Depression, somatische Symptome und Angst mit den zu Beginn dargestellten Traueraspekten in Verbindung stehen. Tabelle 10.1-5 auf der nächsten Seite gibt die Zusammenhänge wider.

Wie die Tabelle zeigt, ergibt sich für Depression, somatische Symptome und Angst ein ähnliches Bild, was den Zusammenhang mit den Traueraspekten betrifft. Depression weist eine Verbindung mit *Kummer* auf ($r = .345$, $p = .000$). Sie korreliert zudem positiv auf hochsignifikanten Niveau mit beiden Skalen der Schuld ($r = .438$ und $r = .490$) und

der *Fehlenden Akzeptanz* ($r = .316$, $p = .002$). Vermehrte Depression geht somit einher mit einem hohen Maß an Kummer, Schuld und *Fehlender Akzeptanz*. Zudem weist Depression eine Verbindung mit der *Kognitiven Verdrängung* auf ($r = .253$, $p = .016$).

Tab. 10.1-5 Korrelationen (nach Pearson) von Depression, somatischen Symptomen, Angst und Selbstwert mit den Aspekten der Trauer

	Depression	Somatische Symptome	Angst	Selbstwert
Kummer	.345 ***	.435 ***	.449 ***	-.215 *
Kognitive Verdrängung	.253 *	.171	.132	-.172
Soziale Verdrängung	.114	.103	.055	-.004
Fehlende Akzeptanz	.316 **	.404 ***	.377 **	-.211 *
Pathologische Schuld	.438 ***	.393 ***	.371 **	-.360 ***
Normales Schuldgefühl	.490 ***	.474 ***	.473 ***	-.362 ***
Identifizierung	-.012	.103	-.103	.082
Idealisierung	-.078	.034	-.087	.053
Interne Repräsentanz	.203	.237 *	.252	-.109

Signifikanzniveaus: * = $p < .05$ ** = $p < .01$ *** = $p < .001$

Für die somatischen Symptome sieht es ähnlich aus, auch sie korrelieren positiv mit dem *Kummer* ($r = .435$), der *Fehlenden Akzeptanz* ($r = .404$) sowie der *Pathologischen Schuld* ($r = .404$) und dem *Normalen Schuldgefühl* ($r = .474$), jeweils auf dem Niveau von $p < .001$. Dies gilt auch für die Angst, die genauen Werte können der Tabelle entnommen werden. Bei der Betrachtung des Selbstwerts fällt auf, dass dieser vor allem mit den beiden Skalen der Schuld in Verbindung steht: beide Korrelationskoeffizienten sind negativ ($r = -.360$ bzw. $r = -.362$; $p = .000$). Zudem sind schwache Zusammenhänge mit *Kummer* ($r = -.215$, $p = .042$) und mit *Fehlender Akzeptanz* ($r = -.211$, $p = .046$) zu erkennen.

Es fällt auf, dass die Skalen *Identifizierung*, *Idealisierung* und *Interne Repräsentanz* mit einer Ausnahme mit keinem der Trauermerkmale Depression, somatische Symptome und Angst sowie dem Selbstwert in Verbindung stehen. Die einzige Ausnahme bildet die positive Korrelation zwischen den somatischen Symptomen der Trauer und der *Internen Repräsentanz* des Vaters ($r = .237$, $p = .025$).

Durch die Korrelationsrechnungen zu den Trauerskalen und zu Depression, somatischen Symptome und Angst wurden einige bedeutungsvolle Zusammenhänge dargestellt. Die Berechnungen mittels Korrelation geben aber nur Aufschluss darüber, ob eine Verbindung zwischen zwei Trauermerkmalen besteht. Es lässt sich aber keine Aussage über mögliche Prädiktoren treffen. Im Folgenden wird für einige Zusammenhänge, die mittels der Korrelationsberechnungen entdeckt wurden, überprüft, welche Trauermerkmale als Prädiktoren fungieren.

Wie in Tabelle 10.1-2 beschrieben, korreliert *Kummer* positiv mit *Fehlender Akzeptanz* und den beiden Skalen der Schuld. Die Ergebnisse der Regressionsberechnung zeigen auf, dass die Skalen der *Fehlenden Akzeptanz* ($\text{Beta} = .601$, $T = 7.053$, $df = 89$, $p = .001$), der *Pathologischen Schuld* ($\text{Beta} = .302$, $T = 2.970$, $df = 89$, $p = .004$) und des *Normalen Schuldgefühls* ($\text{Beta} = .534$, $T = 5.929$, $df = 89$, $p = .000$) Prädiktoren für die Intensität des Kummers sind. Schwierigkeiten, den Verlust zu akzeptieren und vermehrte Schuldgefühle führen demnach zu stärkerem Kummer. Es erweist sich aber auch *Kummer* als Prädiktor für *Fehlende Akzeptanz* ($\text{Beta} = .601$, $T = 7.053$, $df = 89$, $p = .000$). Offensichtlich erschwert es starker Kummer, den Verlust zu akzeptieren. Auch Schuldgefühle, sowohl pathologische als auch die als normal betrachteten, stellen Prädiktoren für die *Fehlende Akzeptanz* dar ($\text{Beta} = .390$, $T = 3.975$, $df = 89$, $p = .000$ und $\text{Beta} = .475$, $T = 5.067$, $df = 89$, $p = .000$).

Durch Korrelationsberechnung hat sich ein Zusammenhang zwischen *Kummer* und den Traueraspekten *Identifizierung*, *Idealisierung* und *Interne Repräsentanz* gezeigt. *Kummer* fungiert als Prädiktor für *Identifizierung* ($\text{Beta} = .373$, $T = 3.773$, $df = 89$, $p = .000$), *Idealisierung* ($\text{Beta} = .242$, $T = 2.315$, $df = 87$, $p = .023$) und *Interne Repräsentanz* ($\text{Beta} = .520$, $T = 5.708$, $df = 89$, $p = .000$). Starke Kummergefühle schlagen sich darin nieder, dass die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen versuchen, sich verstärkt ein inneres Bild des Vaters zu bewahren und sich ihm so nahe

zu fühlen. Je ausgeprägter die *Fehlende Akzeptanz* des Verlusts ist, desto stärker ist die *Identifizierung* mit dem Vater ($\text{Beta} = .258$, $T = 2.508$, $df = 89$, $p = .014$) und die *Interne Repräsentanz* ($\text{Beta} = .323$, $T = 3.201$, $df = 89$, $p = .002$). Für die *Idealisierung* kann dies nicht belegt werden. Das *Normale Schuldgefühl* ist zudem Prädiktor für *Identifizierung* ($\text{Beta} = .312$, $T = 3.081$, $df = 89$, $p = .003$) und *Interne Repräsentanz* ($\text{Beta} = .366$, $T = 3.685$, $df = 89$, $p = .000$), die *Pathologische Schuld* ($\text{Beta} = .248$, $p = .013$) für *Interne Repräsentanz* ($\text{Beta} = .248$, $T = 3.081$, $df = 89$, $p = .019$).

Tabelle 10.1-6 stellt die Prädiktoren für die Trauermerkmale Depression, somatische Symptome und Angst dar.

Tab. 10.1-6 Prädiktoren für Depression, somatische Symptome und Angst

Prädiktor		Beta	df	T	p
Kummer	Depression	.345	89	3.444	.001
	Somatische Symptome	.435	89	4.529	.000
	Angst	.449	59	3,831	.000
Fehlende Akzeptanz	Depression	.316	89	3.122	.002
	Somatische Symptome	.404	89	4.138	.000
	Angst	.377	59	3.096	.003
Pathologische Schuld	Depression	.438	89	4.576	.000
	Somatische Symptome	.393	89	4.010	.000
	Angst	.377	59	3.045	.004
Normales Schuldgefühl	Depression	.490	89	5.272	.000
	Somatische Symptome	.474	89	5.056	.000
	Angst	.473	53	4.092	.000

Die Traueraspekte *Kummer*, *Fehlende Akzeptanz*, *Pathologische Schuld* und *Normales Schuldgefühl* sind Prädiktoren für die Trauermerkmale Depression, somatische Symptome und Angst. Starke Kummerempfindungen manifestieren sich in Depression ($\text{Beta} = .345$, $p = .001$) und in Angst ($\text{Beta} = .449$, $p = .000$) und schlagen sich in somatischen Beschwerden nieder ($\text{Beta} = .435$, $p = .001$). Ein ähnliches Bild ergibt sich für die *Fehlende Akzeptanz* und für beide Arten von Schuldgefühlen. Die genauen Werte können der Tabelle entnommen werden.

10.2 Der zeitliche Verlauf des Trauerprozesses

Im Folgenden wird dem zeitlichen Verlauf der Trauer nachgegangen. Es sei noch einmal darauf hingewiesen, dass die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen dazu in drei Gruppen eingeteilt werden: eine Gruppe aktuell Betroffener, deren Vater vor weniger als 2 Jahren starb (*Verlust < 2 Jahre*) (n = 27), eine Gruppe, die ihren Vater vor mindestens 2, aber weniger als 4 Jahren verloren hat (*Verlust < 4 Jahre*) (n = 31) und eine Gruppe, in der der Verlust schon mindestens als 4 Jahre oder länger zurückliegt (*Verlust ≥ 4 Jahre*) (n = 32). Es wird vermutet, dass sich einige Aspekte und Merkmale der Trauer mit der Zeit in ihrer Intensität verändern. Die Aspekte der Trauer werden dabei entsprechend der Hypothesen einzeln betrachtet.

In **Hypothese 1** wird vermutet, dass das Ausmaß des Kummers davon abhängt, wie lange der Verlust des Vaters zurückliegt. Je mehr Zeit seit dem Verlust vergangen ist, desto weniger Kummer wird erwartet. Tabelle 10.2-1 zeigt zuerst einmal einige deskriptive Werte des Kummers für die drei beschriebenen Gruppen auf.

Tab. 10.2-1 Deskriptive Werte der drei Zeitgruppen für Kummer

	n	M	SD	Min	Max
Verlust < 2 Jahre	27	3,90	,68	2,60	5,00
Verlust < 4 Jahre	31	3,23	,88	1,60	4,80
Verlust ≥ 4 Jahre	32	3,08	,78	1,40	4,40

Wie aus der Tabelle hervorgeht, unterscheiden sich die drei Gruppen sowohl im Mittelwert als auch bei Minimum und Maximum. Bei den aktuell betroffenen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen liegt das Maximum bei 5,00. Das bedeutet, dass es in dieser Gruppe mindestens eine Person gibt, die alle Kummeritems mit *trifft ganz genau zu* beantwortet hat, also Kummer in der maximal möglichen Intensität empfindet. In den anderen beiden Gruppen liegt das Maximum mit 4,80 und 4,40 darunter, das heißt, niemand gibt mehr so intensiven Kummer an. Ähnlich verhält es sich mit dem Minimum, das mit 2,60 in der aktuell betroffenen Gruppe deutlich höher ist als in den beiden anderen Gruppen (1,60 und 1,40).

Die varianzanalytische Überprüfung zeigt, dass ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen besteht, was die Intensität des Kummers betrifft ($df = 89$, $F = 8.653$, $p = .000$). Die Post-hoc-Tests geben näheren Aufschluss darüber. Sie sind in Tabelle 10.2-2 dargestellt.

Tab. 10.2-2 Ergebnisse der Post-hoc-Tests zum Vergleich der drei Zeitgruppen für Kummer

(I) Gruppe Zeit seit Verlust	(J) Gruppe Zeit seit Verlust	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	p
Verlust < 2 Jahre	Verlust < 4 Jahre	,67	,21	.005
Verlust < 2 Jahre	Verlust \geq 4 Jahre	,82	,21	.001
Verlust < 4 Jahre	Verlust \geq 4 Jahre	,14	,20	n.s.

Zwei der drei Gruppenvergleiche sind signifikant. Die aktuell Betroffenen, deren Vater vor weniger als 2 Jahren starb, unterscheiden sich in ihrem Kummer signifikant von denjenigen, die ihren Vater vor mehr als 2, aber weniger als 4 Jahren verloren haben ($M = 3,90$ vs $M = 3,23$, $p = .005$) sowie von der Gruppe, deren Vater vor mindestens 4 Jahren starb ($M = 3,90$ vs $M = 3,08$, $p = .001$). Die Gruppen *Verlust < 4 Jahre* und *Verlust \geq 4 Jahre* differieren nicht ($M = 3,23$ vs $M = 3,08$, n.s.). Abbildung 10.2.1-1 zeigt den genauen Verlauf noch einmal grafisch auf.

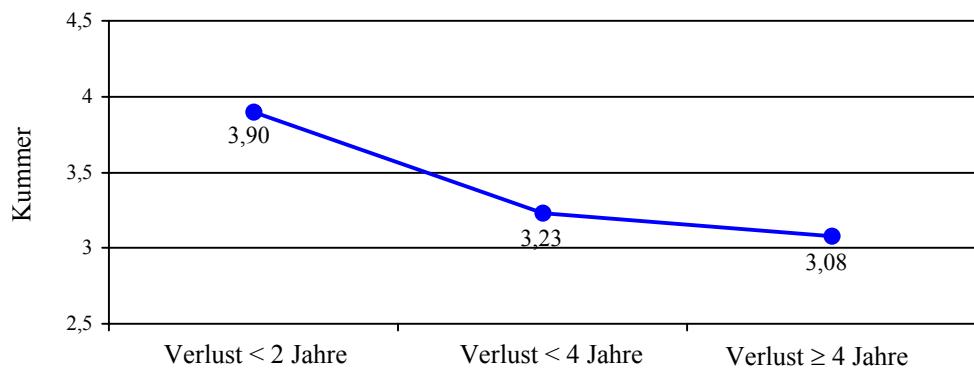


Abb. 10.2-1 Verlauf des Kummers in Abhängigkeit von der vergangenen Zeit

Das bedeutet, dass der Kummer mit der Zeit zwar kontinuierlich abnimmt, dass Hypothese 1 aber nur teilweise bestätigt werden kann. Die Kummerempfindungen sind vor allem in den ersten beiden Jahren nach dem Tod des Vaters besonders intensiv und

verringern im Vergleich dazu in den beiden folgenden Jahren. Danach ist zwar eine weitere Abnahme zu beobachten, die aber keine Signifikanz mehr erreicht.

In **Hypothese 2** wird die Annahme aufgestellt, dass die Traueraspekte der Verdrängung, der *Fehlenden Akzeptanz* und der Schuld in den ersten beiden Jahren nach dem Tod des Vaters besonders ausgeprägt sind. Tabelle 10.2-3 fasst die deskriptiven Werte zusammen.

Tab. 10.2-3 Deskriptive Werte der drei Zeitgruppen für die Traueraspekte Kognitive Verdrängung, Soziale Verdrängung, Fehlende Akzeptanz sowie die Schuldgefühle

	Gruppe Zeit seit Verlust	n	M	SD	Min	Max
Kognitive Verdrängung	Verlust < 2 Jahre	27	2,00	,91	1,00	4,33
	Verlust < 4 Jahre	31	1,66	,79	1,00	4,67
	Verlust ≥ 4 Jahre	32	1,73	,81	1,00	4,00
Soziale Verdrängung	Verlust < 2 Jahre	27	2,70	1,24	1,00	5,00
	Verlust < 4 Jahre	31	2,11	1,17	1,00	5,00
	Verlust ≥ 4 Jahre	32	2,83	1,36	1,00	5,00
Fehlende Akzeptanz	Verlust < 2 Jahre	27	2,68	1,25	1,00	5,00
	Verlust < 4 Jahre	31	2,30	1,16	1,00	5,00
	Verlust ≥ 4 Jahre	32	1,81	,84	1,00	4,00
Pathologische Schuld	Verlust < 2 Jahre	27	1,89	,93	1,00	4,50
	Verlust < 4 Jahre	31	1,58	,74	1,00	3,50
	Verlust ≥ 4 Jahre	32	1,34	,61	1,00	3,00
Normales Schuldgefühl	Verlust < 2 Jahre	27	2,26	1,03	1,00	5,00
	Verlust < 4 Jahre	31	1,82	,82	1,00	4,00
	Verlust ≥ 4 Jahre	32	1,59	,71	1,00	3,00

Eine nähere Betrachtung der Mittelwerte soll an späterer Stelle zusammen mit den Ergebnissen der Post-Hoc-Tests geschehen. Besonders hingewiesen sei auf die Maxima bei den beiden Skalen der Schuld. Während die Minima bei 1,00 liegen, sinken die Maxima mit zunehmender Zeit ab. Während es bei der *Pathologischen Schuld* in der Gruppe *Verlust < 2 Jahre* noch bei 4,50 liegt, weisen die Gruppen *Verlust < 4 Jahre*

und *Verlust ≥ 4 Jahre* nur noch Maxima von 3,50 und 3,00 auf. Die Werte bei dem *Normalen Schuldgefühl* sind ähnlich, sie können der Tabelle entnommen werden.

Die varianzanalytischen Berechnungen zeigen für *Fehlende Akzeptanz* ($df = 89$, $F = 4.781$, $p = .011$), die *Pathologische Schuld* ($df = 89$, $F = 3.719$, $p = .028$) und das *Normale Schuldgefühl* ($df = 89$, $F = 4.510$, $p = .014$) signifikante Effekte auf. Für die *Soziale Verdrängung* ist eine tendenzielle Signifikanz festzustellen ($df = 89$, $F = 2.831$, $p = .064$). Bei der *Kognitiven Verdrängung* ergibt sich kein signifikanter Effekt ($df = 89$, $F = 1.352$, n.s.). Die Betrachtung der Mittelwerte zeigt auf, dass die *Kognitive Verdrängung* zwar, wie vermutet, bei der Gruppe *Verlust < 4 Jahre* im Vergleich zur Gruppe *Verlust < 2 Jahre* abgenommen hat ($M = 2,00$ vs $M = 1,66$), dass jedoch bei der Gruppe *Verlust ≥ 4 Jahre* wieder eine Zunahme zu verzeichnen ist ($M = 1,73$). Dies erreicht aber keine statistische Signifikanz.

Die Post-hoc-Tests in Tabelle 10.2-4 geben Aufschluss über die Gruppenunterschiede in Bezug auf die seit dem Verlust vergangene Zeit.

Tab. 10.2-4 Ergebnisse der Post-Hoc-Tests der drei Zeitgruppen

	(I) Gruppe Zeit seit Verlust	(J) Gruppe Zeit seit Verlust	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	p
Soziale Verdrängung	Verlust < 2 Jahre	Verlust < 4 Jahre	,59	,33	n.s.
	Verlust < 2 Jahre	Verlust ≥ 4 Jahre	-,12	,33	n.s.
	Verlust < 4 Jahre	Verlust ≥ 4 Jahre	-,72	,32	.069
Fehlende Akzeptanz	Verlust < 2 Jahre	Verlust < 4 Jahre	,38	,29	n.s.
	Verlust < 2 Jahre	Verlust ≥ 4 Jahre	,87	,28	.008
	Verlust < 4 Jahre	Verlust ≥ 4 Jahre	,49	,27	n.s.
Pathologische Schuld	Verlust < 2 Jahre	Verlust < 4 Jahre	,31	,20	n.s.
	Verlust < 2 Jahre	Verlust ≥ 4 Jahre	,55	,20	.021
	Verlust < 4 Jahre	Verlust ≥ 4 Jahre	,24	,19	n.s.
Normales Schuldgefühl	Verlust < 2 Jahre	Verlust < 4 Jahre	,44	,23	n.s.
	Verlust < 2 Jahre	Verlust ≥ 4 Jahre	,67	,22	.010
	Verlust < 4 Jahre	Verlust ≥ 4 Jahre	,23	,22	n.s.

Für die *Soziale Verdrängung* ergibt sich ein differenziertes Bild. Der Mittelwert verringert sich im Vergleich der ersten beiden Jahre zu den darauffolgenden ($M = 2,70$

vs $M = 2,11$), nimmt aber dann wieder zu. Dieser Anstieg ist so stark, dass in der Gruppe *Verlust ≥ 4 Jahre* mit $M = 2,83$ der höchste Wert erreicht wird und sich im Vergleich zur Gruppe *Verlust < 4 Jahre* ein tendenziell signifikanter Effekt ergibt ($p = .069$). Auch die *Fehlende Akzeptanz* erweist sich als abhängig von der vergangenen Zeit. Die Mittelwerte verringern sich kontinuierlich. Es ist kein signifikanter Unterschied zwischen den ersten beiden Zeitgruppen zu beobachten, aber die Gruppe *Verlust < 2 Jahre* differiert von der Gruppe *Verlust ≥ 4 Jahre* ($M = 2,68$ vs $M = 1,81$, $p = .008$). Das bedeutet, dass es mindestens 4 Jahre oder länger dauert, bis eine Abnahme der Schwierigkeiten, den Tod des Vaters zu akzeptieren, im Vergleich zu den aktuell Betroffenen das Signifikanzniveau erreicht.

Mit den Schuldgefühlen verhält es sich ähnlich. Die Mittelwerte verringern sich kontinuierlich mit der vergangenen Zeit. Auch hier wird ein Gruppenunterschied erst zwischen der Gruppe *Verlust < 2 Jahre* und der Gruppe *Verlust ≥ 4 Jahre* signifikant ($M = 1,89$ vs $1,34$, $p = .021$ für die *Pathologische Schuld*, $M = 2,26$ vs $M = 1,59$, $p = .010$ für das *Normale Schuldgefühl*). Abbildung 10.2-2 zeigt den zeitlichen Verlauf der drei Trauerskalen *Fehlende Akzeptanz*, *Pathologische Schuld* und *Normales Schuldgefühl* noch einmal auf und verdeutlicht, dass es entgegen der Annahme nicht nur zwei Jahre, sondern mindestens vier Jahre dauert, bis ein statistisch signifikante Abnahme der beschriebenen Traueraspekte festzustellen ist.

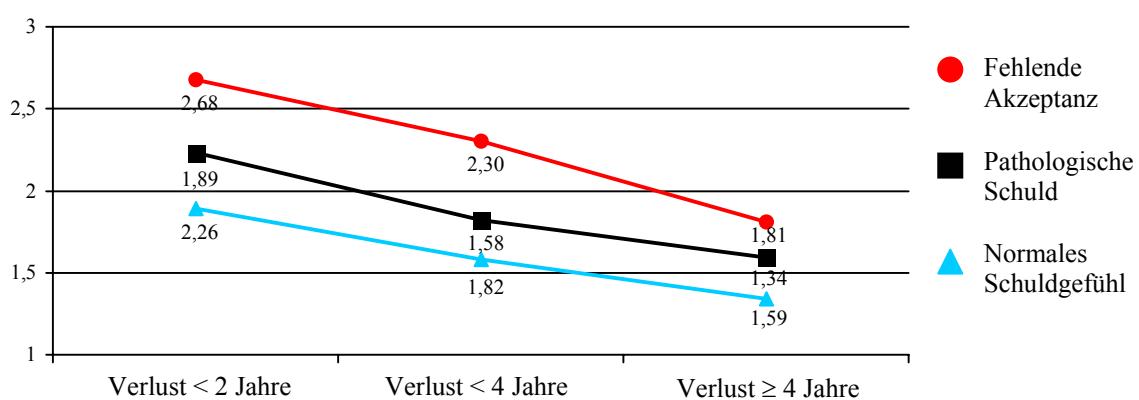


Abb. 10.2-2 Verlauf von Fehlender Akzeptanz, Pathologischer Schuld und Normalem Schuldgefühl in Abhängigkeit von der vergangenen Zeit

In **Hypothese 3** wird angenommen, dass *Identifizierung* und *Idealisierung* mit der Zeit kontinuierlich abnehmen. Die *Interne Repräsentanz* bleibt unverändert erhalten. Tabelle 10.2-5 gibt auf der nächsten Seite einen Überblick über einige deskriptive Werte.

Tab. 10.2-5 Deskriptive Werte der drei Zeitgruppen für Identifizierung, Idealisierung und Interne Repräsentanz

	Gruppe Zeit seit Verlust	n	M	SD	Min	Max
Identifizierung	Verlust < 2 Jahre	27	3,29	,92	1,00	5,00
	Verlust < 4 Jahre	31	3,04	,95	1,00	4,33
	Verlust ≥ 4 Jahre	32	3,08	1,00	1,00	5,00
Idealisierung	Verlust < 2 Jahre	26	3,49	,61	2,00	4,57
	Verlust < 4 Jahre	31	3,36	,56	1,86	4,57
	Verlust ≥ 4 Jahre	31	3,53	,48	2,29	5,00
Interne Repräsentanz	Verlust < 2 Jahre	27	3,78	,97	2,00	5,00
	Verlust < 4 Jahre	31	3,71	,97	1,00	5,00
	Verlust ≥ 4 Jahre	32	3,59	1,16	1,00	5,00

Die varianzanalytische Überprüfung ergibt weder bei der *Identifizierung* ($df = 89$, $F = .549$, n.s.), der *Idealisierung* ($df = 87$, $F = .781$, n.s.) noch bei der *Internen Repräsentanz* ($df = 89$, $F = .237$, n.s.) eine Abhängigkeit von der vergangenen Zeit. Dies lässt sich auch durch die Betrachtung der Mittelwerte ablesen, denn diese sind bei allen drei Traueraspekten jeweils annähernd gleich. Auf eine Darstellung der Ergebnisse der Post-Hoc-Tests kann verzichtet werden, da die varianzanalytische Berechnungen Gruppenunterschiede ausgeschlossen haben. Die Ausprägung von *Identifizierung*, *Idealisierung* und *Interner Repräsentanz* ist somit zeitüberdauernd.

Für Depression, somatische Symptome der Trauer und Angst wird in **Hypothese 4** angenommen, dass diese vor allem in den ersten beiden Jahren nach dem Tod des Vaters besonders intensiv auftreten. Tabelle 10.2-6 auf der nächsten Seite fasst einige deskriptive Werte der drei Zeitgruppen zusammen. Eine Betrachtung der Mittelwerte erfolgt an späterer Stelle.

Bei den somatischen Symptomen der Trauer und bei der Angst lassen sich keine nennenswerten Unterschiede oder Besonderheiten erkennen. Bei der Depression zeigt sich, dass mit 2,53 das Maximum in der Gruppe der aktuell Betroffenen mit Abstand am höchsten ist. In der Gruppe *Verlust ≥ 4 Jahre* hat das Maximum mit 1,47 den niedrigsten Wert.

Tab. 10.2-6 Deskriptive Werte der drei Zeitgruppen für Depression, somatische Symptome und Angst

	Gruppe Zeit seit Verlust	n	M	SD	Min	Max
Depression	Verlust < 2 Jahre	27	,88	,66	,07	2,53
	Verlust < 4 Jahre	31	,55	,41	,00	1,60
	Verlust ≥ 4 Jahre	32	,59	,39	,00	1,47
Somatische Symptome	Verlust < 2 Jahre	27	1,68	,37	1,15	2,62
	Verlust < 4 Jahre	31	1,49	,26	1,00	2,08
	Verlust ≥ 4 Jahre	32	1,54	,38	1,00	2,54
Angst	Verlust < 2 Jahre	19	58,58	10,00	34,00	75,00
	Verlust < 4 Jahre	20	54,65	11,27	34,00	79,00
	Verlust ≥ 4 Jahre	21	53,57	11,18	34,00	73,00

Bei den somatischen Symptomen ($df = 89$, $F = 2.341$, n.s.) und der Angst ($df = 60$, $F = 1.157$, n.s.) bestehen keine Unterschiede. Die Mittelwerte sind in den ersten beiden Jahren nach dem Verlust am höchsten ($M = 1,68$ vs $M = 1,49$ vs $M = 1,54$ bei den somatischen Symptomen; ($M = 58,58$ vs $M = 54,65$ vs $M = 53,57$ bei der Angst), danach ist eine Abnahme zu verzeichnen, die jedoch keine Signifikanz erreicht. Nur bei der Depression sind Gruppenunterschiede festzustellen ($df = 89$, $F = 3.732$, $p = .028$). Die Post-Hoc-Tests in Tabelle 10.2-7 geben darüber Aufschluss.

Tab. 10.2-7 Ergebnisse der Post-Hoc-Tests zu drei Verlustgruppen für Depression

(I) Gruppe Zeit seit Verlust	(J) Gruppe Zeit seit Verlust	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	p
Verlust < 2 Jahre	Verlust < 4 Jahre	,33	,13	.033
Verlust < 2 Jahre	Verlust ≥ 4 Jahre	,28	,13	.076
Verlust < 4 Jahre	Verlust ≥ 4 Jahre	-,05	,12	n.s.

Wie die Tabelle zeigt, unterscheidet sich die Gruppe der aktuell betroffenen Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen von der Gruppe *Verlust < 4 Jahre* ($M = ,88$ vs $M = ,55$, $p = .033$). Der Vergleich zwischen den aktuell Betroffenen und der Gruppe *Verlust ≥ 4 Jahre* weist einen tendenziell signifikanten Effekt auf ($M = ,88$ vs $M = ,59$, $p = .076$). Die beiden Gruppen *Verlust < 4 Jahre* und *Verlust ≥ 4 Jahre* differieren nicht, die beiden Mittelwerte sind annähernd gleich ($M = ,59$ vs $M = ,55$).

Das bedeutet, dass die Depression mit der Zeit zwar abnimmt, aber nicht kontinuierlich, wie angenommen, sondern nur nach den ersten beiden Jahren, denn später ist keine nennenswerte Veränderung mehr festzustellen. Der Verlauf wird abschließend noch einmal mittels eines Diagramms in Abbildung 10.2-3 dargestellt.

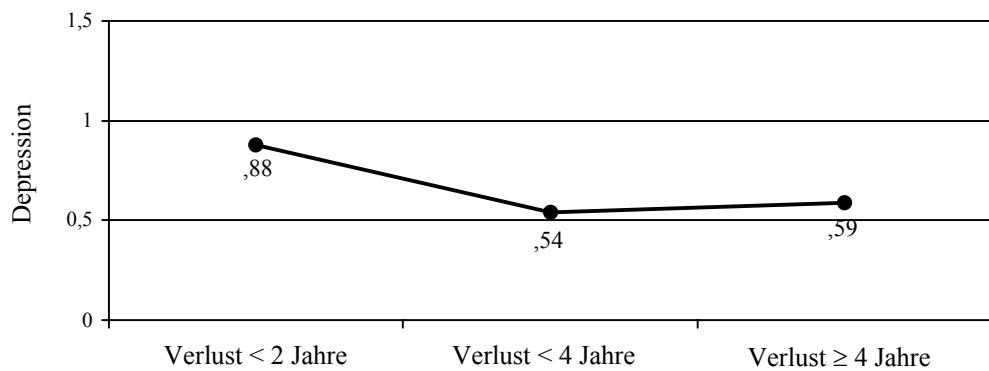


Abb. 10.2-3 Verlauf der Depression in Abhängigkeit von der seit dem Verlust vergangenen Zeit

10.3 Die Bedeutung des Alters für den Trauerprozess

Im Folgenden wird betrachtet, welche Rolle das Alter im Trauerprozess spielt. Die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen werden dazu, wie schon beschrieben, in drei Altersgruppen eingeteilt: *10-13 Jahre* ($n = 27$), *14-18 Jahre* ($n = 33$) und *19-25 Jahre* ($n = 30$). Es wird angenommen, dass dem Alter eine Bedeutung für den Trauerprozess zukommt und sich die einzelnen Altersgruppen in der Ausprägung einiger Trauerreaktionen unterscheiden.

10.3.1 Auswirkungen des Alters auf den Trauerprozess

In **Hypothese 5** wird vermutet, dass der Kummer bei der jüngsten Altersgruppe (10-13 Jahre) als am stärksten und bei der mittleren Altersgruppe (14-18 Jahre) als am schwächsten angegeben ist. Für die Verdrängung wird angenommen, dass diese im Vergleich zu den beiden anderen Altersgruppen bei den Betroffenen im Alter von 14-18 Jahren am intensivsten ist. Tabelle 10.3.1-1 auf der nächsten Seite gibt einen Überblick über einige deskriptive Daten.

Tab. 10.3.1-1 Deskriptive Werte der Traueraspekte Kummer, Kognitive und Soziale Verdrängung in den drei Altersgruppen

	Gruppe Alter	n	M	SD	Min	Max
Kummer	10 – 13 Jahre	27	3,49	,75	2,00	4,80
	14 – 18 Jahre	33	3,46	,90	1,60	5,00
	19 – 25 Jahre	30	3,18	,89	1,40	4,60
Kognitive Verdrängung	10 – 13 Jahre	27	1,74	,75	1,00	4,00
	14 – 18 Jahre	33	1,74	,84	1,00	4,67
	19 – 25 Jahre	30	1,88	,91	1,00	4,33
Soziale Verdrängung	10 – 13 Jahre	27	2,50	1,08	1,00	5,00
	14 – 18 Jahre	33	2,55	1,25	1,00	5,00
	19 – 25 Jahre	30	2,58	1,53	1,00	5,00

Bei allen drei genannten Traueraspekten zeigt sich, dass die Mittelwerte nur geringfügig differieren. Bei den beiden Skalen der Verdrängung sind die Mittelwerte jeweils fast gleich. Bei *Kummer* weist die älteste Gruppe der 19-25jährigen einen etwas niedrigeren Wert auf. In der varianzanalytischen Überprüfung kann weder für *Kummer* ($df = 89$, $F = 1,191$, n.s.) noch für die *Kognitive* ($df = 89$, $F = .273$, n.s.) und die *Soziale Verdrängung* ($df = 89$, $F = .029$, n.s.) ein signifikanter Unterschied zwischen den Altersgruppen ermittelt werden. Die Hypothese ist somit widerlegt, denn die beschriebenen Traueraspekte hängen nicht mit dem Alter der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zusammen.

Hypothese 5 beschreibt zudem für die anderen Aspekte der Trauer keinen Zusammenhang mit dem Alter. Eine Ausnahme stellt die Identifizierung dar, die als in der Altersgruppe der Jugendlichen von 14 bis 18 Jahren als am intensivsten erwartet wird. Tabelle 10.3.1-2 auf der nächsten Seite zeigt einige deskriptive Daten dazu auf. Auf die Inhalte der Tabelle soll zusammen mit den Ergebnissen der Varianzanalyse, die in Tabelle 10.3.1-3 ebenfalls auf der nächsten Seite dargestellt sind, näher eingegangen werden.

Für die *Fehlende Akzeptanz* zeigen sich in den drei Altersgruppen ähnliche Mittelwerte, lediglich bei den ältesten Teilnehmern im Alter von 19 bis 25 Jahren ist eine etwas geringere Ausprägung festzustellen ($M = 2,50$ vs $M = 2,20$ vs $M = 2,04$). Diese Differenz erweist sich nicht als signifikant ($F = 1,181$, $df = 89$, n.s.).

Tab. 10.3.1-2 Deskriptive Werte zu den Aspekten der Trauer in den drei Altersgruppen

	Gruppe Alter	n	M	SD	Min	Max
Fehlende Akzeptanz	10 – 13 Jahre	27	2,50	1,11	1,33	5,00
	14 – 18 Jahre	33	2,20	1,22	1,00	5,00
	19 – 25 Jahre	30	2,04	1,04	1,00	4,00
Pathologische Schuld	10 – 13 Jahre	27	1,44	,75	1,00	3,50
	14 – 18 Jahre	33	1,82	,93	1,00	4,50
	19 – 25 Jahre	30	1,47	,60	1,00	2,50
Normales Schuldgefühl	10 – 13 Jahre	27	1,67	,64	1,00	3,00
	14 – 18 Jahre	33	2,15	1,00	1,00	5,00
	19 – 25 Jahre	30	1,75	,90	1,00	4,00
Identifizierung	10 – 13 Jahre	27	3,23	,92	1,00	5,00
	14 – 18 Jahre	33	3,18	,95	1,00	4,33
	19 – 25 Jahre	30	2,99	1,00	1,00	5,00
Idealisierung	10 – 13 Jahre	26	3,56	,54	2,57	5,00
	14 – 18 Jahre	33	3,43	,64	1,86	4,57
	19 – 25 Jahre	30	3,40	,46	2,43	4,57
Interne Repräsentanz	10 – 13 Jahre	27	3,63	1,21	1,00	5,00
	14 – 18 Jahre	33	3,79	1,05	1,00	5,00
	19 – 25 Jahre	30	3,63	,85	2,00	5,00

Die Aspekte *Identifizierung*, *Idealisierung* und *Interne Repräsentanz* stehen nicht mit dem Alter der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Verbindung. Es lassen sich ähnliche Mittelwerte für die Altersgruppen ablesen und die varianzanalytischen Berechnungen bestätigen diesen Befund (Werte siehe Tabelle). Offensichtlich spielt das Alter bei der Aufrechterhaltung des inneren Vaterbildes keine Rolle.

Tab. 10.3.1-3 Die Bedeutung des Alters für die Aspekte der Trauer

	F	df	p
Fehlende Akzeptanz	1.181	89	n.s.
Pathologische Schuld	2.274	89	n.s.
Normales Schuldgefühl	2.739	89	.070
Identifizierung	.504	89	n.s.
Idealisierung	.643	87	n.s.
Interne Repräsentanz	.234	89	n.s.

Für die beiden Skalen der Schuld ergibt sich ebenfalls kein Effekt, der das Signifikanz-Niveau von $p < .05$ erreicht. Für das *Normale Schuldgefühl* ist aber eine tendenzielle Signifikanz festzustellen ($df = 89$, $F = 2.739$, $p = .070$). Bei diesem Aspekt der Trauer differieren die Altersgruppen voneinander. Die Ergebnisse der Post-Hoc-Tests ergeben, dass sich die jüngste Gruppe im Alter zwischen 10 und 13 Jahren mit einem Mittelwert von 1,67 ($SD = ,64$) auf tendenziell signifikantem Niveau ($p = .087$) von der mittleren Altergruppe zwischen 14 und 18 Jahren unterscheidet ($M = 2,15$, $SD = 1,00$). Die jüngsten Teilnehmer weisen also die wenigsten als normal eingestufte Schuldgefühle auf. Die beiden Altersgruppen *14-18 Jahre* und *19-25 Jahre* weichen nicht signifikant voneinander ab. Die Betrachtung der *Pathologischen Schuld* zeigt keinen Befund im signifikanten oder zumindest tendenziell signifikanten Bereich auf. An den Mittelwerten lässt sich aber ablesen, dass auch hier die Altersgruppe 14-18jährigen mit einem Mittelwert von 1,82 ($SD = ,93$) die meisten als pathologisch angesehenen Schuldgefühle angibt (gegenüber $M = 1,44$, $SD = ,93$ und $M = 1,47$, $SD = ,60$). Die Befunde zu den Schuldgefühlen sind noch einmal zusammengefasst in der Abbildung 10.3.1-1 zu sehen.

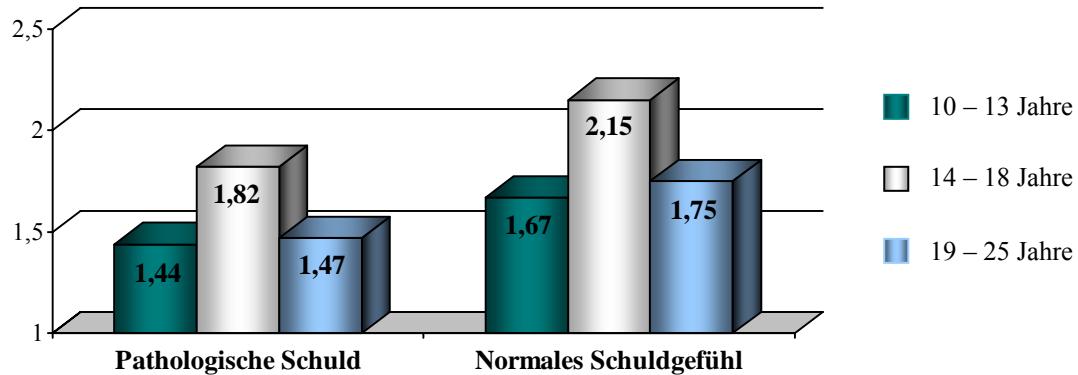


Abb. 10.3.1-1 Die Ausprägung der beiden Skalen der Schuld in den drei Altersgruppen

Depression und Angst sind Merkmale im Trauerprozess, sie sind aber auch bei Personen zu finden, die nicht trauern. Dies gilt natürlich auch für die somatischen Symptome, denn gesundheitliche Beschwerden treten auch außerhalb des Trauerprozesses auf. Deshalb soll der Darstellung der Bedeutung des Alters für diese Merkmale erst einmal ein Vergleich mit Normwerten vorangehen. Dabei wird zusätzlich der Selbstwert berücksichtigt, da dieser im Folgenden ebenfalls in die Berechnungen miteinbezogen wird. In **Hypothese 6** wird angenommen, dass die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen aller Altersgruppen, deren Vater starb, zum einen bei Depression, Angst

und somatischen Symptomen Werte angeben, die höher als die Normwerte sind, zum anderen einen im Vergleich zu Gleichaltrigen verringerten Selbstwert aufweisen.

Tabelle 10.3.1-4 zeigt einen Vergleich zwischen den Normwerten von Depression, somatischen Symptomen und Selbstwert und den Werten der trauernden Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen für die drei Altersgruppen auf³⁷. Die Tabelle dient lediglich dem Vergleich zwischen Trauergruppe und den Normwerten, Unterschiede innerhalb der Trauerstichprobe an spätere Stelle geprüft.

Tab. 10.3.1-4 Vergleich von Depression, somatischen Symptomen und Selbstwert mit den Normwerten gleichaltriger Altersgruppen (Mittelwerte und Standardabweichungen)

	10 – 13 Jahre		14 – 18 Jahre		19 – 25 Jahre	
	Verlustgr.	Normwert	Verlustgr.	Normwert	Verlustgr.	Normwert
Depression	,46 (,38)	,49 (,36)	,78 (,56)	,56 (,44)	,71 (,50)	,83 (,35)
Somatische Symptome	1,51 (,30)	1,51 (,31)	1,62 (,36)	1,63 (,37)	1,55 (,37)	1,61 (,34)
Selbstwert	3,51 (,40)	3,33 (,40)	3,20 (,53)	3,38 (,39)	3,29 (,65)	3,48 (,44)

Bei der Depression zeigt sich, dass sowohl bei den von Verlust betroffenen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen als auch bei den Normwerten Gleichaltriger ein Anstieg mit dem Alter zu beobachten ist. Die jüngste Altersgruppe weist übereinstimmend die niedrigsten Depressionswerte auf, wobei mit $M = ,46$ und $M = ,49$ kein Unterschied zwischen den Trauernden und dem Normwert zu erkennen ist. Ähnliches gilt auch für die älteste Altersgruppe, bei der die Mittelwerte mit $M = ,71$ und $M = ,83$ ebenfalls nur in sehr geringem Maß differieren. Bei der mittleren Altersgruppe, den Teilnehmern zwischen 14 und 18 Jahren, geben diejenigen, deren Vater starb, mit einem Mittelwert von ,78 höhere Depressionswerte an als die Gleichaltrigen aus der

³⁷ Die Normwerte für die Skalen Depression, somatische Symptome und Selbstwert stammen aus dem Projekt *Familien in Entwicklung – Kinder und Jugendliche in Deutschland*. Die Normwerte für die beiden jüngeren Altersgruppen kommen aus der 1. Welle dieser Erhebung und beinhalten die Angaben von 729 Kindern und Jugendlichen in den beschriebenen Altersbereichen. Für die älteste Altersgruppe wird auf die 4. Erhebungswelle zurückgegriffen, die auf den Angaben von 196 Jugendlichen und jungen Erwachsenen basiert.

Normstichprobe ($M = ,56$). Dieser Unterschied erweist sich in der statistischen Überprüfung als hochsignifikant ($T = -2.916$, $df = 396$, $p = .004$).

Bei den somatischen Symptomen der Trauer beziehungsweise den gesundheitlichen Beschwerden ist kaum ein Unterschied zwischen den trauernden Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen und den Normwerten zu erkennen. Die Werte sind in allen Altersgruppen annähernd gleich, sie können der Tabelle entnommen werden.

Bei der Betrachtung des Selbstwerts zeigt sich in der Altersgruppen der 10-13jährigen ein Unterschied ($M = 3,51$ vs $M = 3,33$), der statistische Signifikanz erreicht ($T = -2.181$, $df = 384$, $p = .030$). Entgegen der Erwartung sind es aber die trauernden Kinder und Jugendlichen, deren Selbstwert stärker ausgeprägt zu sein scheint. Bei der Altersgruppe der 14-18jährigen ist genau das Gegenteil festzustellen, denn hier zeigen die Jugendlichen aus der Trauerstichprobe den geringeren Selbstwert ($M = 3,20$ vs $M = 3,38$, $T = 2.273$, $df = 34,25$, $p = .029$). In der ältesten Altersgruppe ist keine signifikante Differenz zu beobachten, diejenigen, die ihren Vater verloren haben, weisen aber einen geringfügig niedrigeren Selbstwert auf ($M = 3,29$ vs $M = 3,48$). Den Vergleich mit den Normwerten bei Depression und Selbstwert verdeutlicht noch einmal Abbildung 10.3.1-2.

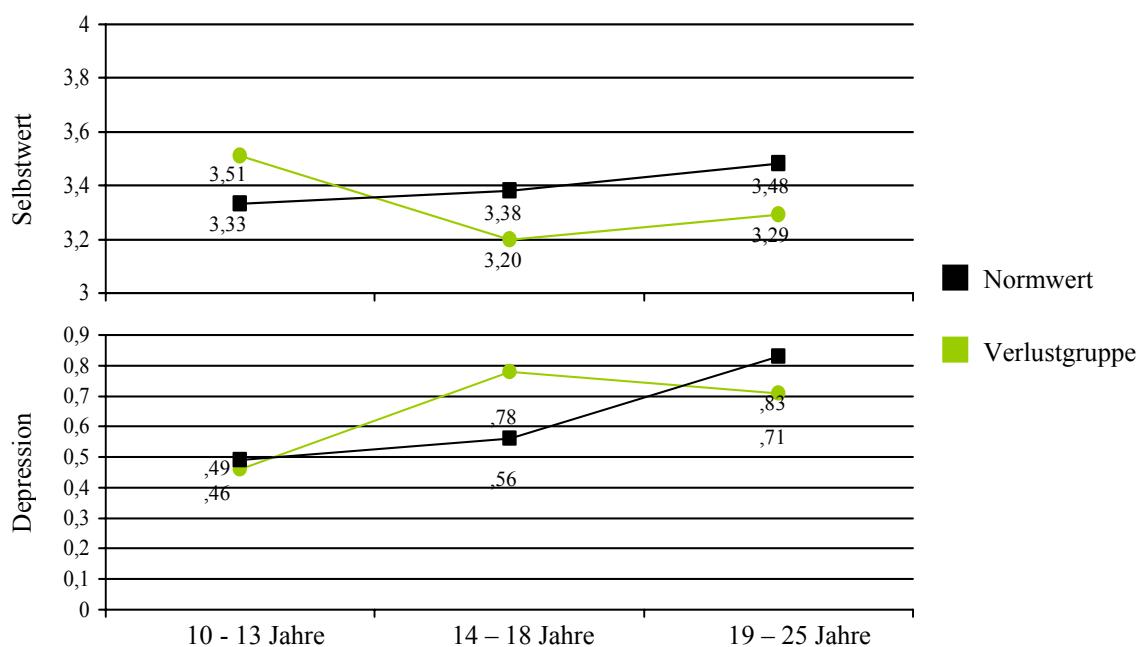


Abb. 10.3.1-2 Vergleich der Verlustgruppe mit den Normwerten bei Selbstwert und Depression

Für Angst liegt in der Normstichprobe nur ein einziger Vergleichswert vor, der alle jüngeren Teilnehmer bis zum 29. Lebensjahr mit einschließt, denn weitere Altersunterschiede innerhalb dieser Gruppe sind nicht zu erwarten. Die Normwerte sind nach dem Geschlecht differenziert dargestellt³⁸. Für die jungen Männer beträgt der Normwert $M = 34,49$ ($SD = 8,26$), für die jungen Frauen $M = 35,65$ ($SD = 9,83$). Es zeigt sich, dass die Werte in der Trauerstichprobe sehr viel höher sind: bei den männlichen Teilnehmern liegt er bei $M = 52,56$ ($SD = 10,90$), bei den weiblichen bei $M = 57,53$ ($SD = 10,53$). Der Vergleich belegt somit, dass die trauernden Jugendlichen und jungen Erwachsenen deutlich mehr Angst angeben.

Nach dem Vergleich mit den Normwerten wird nun der Frage nachgegangen, ob zwischen den einzelnen Altersgruppen der Trauerstichprobe Unterschiede bestehen, was Depression, Angst und die somatischen Symptome der Trauer betrifft. In **Hypothese 7** wird vermutet, dass trauernde Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 13 bis 18 Jahren im Vergleich zu den anderen Altersgruppen die höchsten Werte bei der Depression und die niedrigsten bei der Ausprägung des Selbstwerts angeben. Für jüngere Teilnehmer werden stärkere Angstgefühle erwartet. Für die somatischen Symptome wird kein Alterseffekt angenommen. Auf eine erneute tabellarische Auflistung der deskriptiven Werte der einzelnen Altersgruppen kann verzichtet werden, da diese zuvor schon im Vergleich mit den Normwerten dargestellt wurden (siehe dazu Tabelle 10.3.1-4). Tabelle 10.3.1-5 gibt die Ergebnisse der varianzanalytischen Überprüfung möglicher Gruppenunterschiede wider.

Tab. 10.3.1-5 Bedeutung des Alters für Depression, Angst, somatische Symptome und den Selbstwert

	F	df	p
Depression	3.504	89	.034
Somatische Symptome	.867	89	n.s.
Angst	.142	62	n.s.
Selbstwert	2.521	89	.086

Die somatischen Symptome stehen, wie angenommen, nicht mit dem Alter in

³⁸ Der Vergleich mit den Normwerten aus dem *State-Trait-Angstinventar* von Laux et al. (1981) erfolgt nur beschreibend, nicht durch statistische Berechnung.

Verbindung. Das gilt widererwartend auch für die Angst, die sich ebenfalls als unabhängig vom Alter erweist. Bei der Depression ist ein signifikanter Effekt zu beobachten ($F = 3.504$, $df = 89$, $p = .034$), beim Selbstwert ergibt sich ein tendenziell signifikanter Effekt ($F = 2.521$, $df = 89$, $p = .086$). Aufschluss über die Gruppenunterschiede geben die Post-Hoc-Tests, die in Tabelle 10.3.1-6 zu finden sind.

Tab. 10.3.1-6 Post-Hoc-Tests der Altersgruppen für Depression, Angst und somatische Symptome

	(I) Gruppe Alter	(J) Gruppe Alter	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	p
Depression	10 – 13 Jahre	14 – 18 Jahre	-,33	,13	.032
	10 – 13 Jahre	19 – 25 Jahre	-,26	,13	n.s.
	14 – 18 Jahre	19 – 25 Jahre	,07	,12	n.s.
Selbstwert	10 – 13 Jahre	14 – 18 Jahre	,31	,14	.075
	10 – 13 Jahre	19 – 25 Jahre	,22	,14	n.s.
	14 – 18 Jahre	19 – 25 Jahre	-,09	,14	n.s.

Die Tabelle zeigt, dass der signifikante Effekt bei der Depression zurückzuführen ist auf den Vergleich zwischen der Gruppe der jüngsten Teilnehmer und der Gruppe der 14-18jährigen ($M = ,46$ vs $M = ,78$, $p = .032$). In der Gruppe der 10 - 13jährigen Kinder und Jugendlichen ist die Depression am geringsten ausgeprägt. Die älteste Altersgruppe gibt mehr Depression als die Trauernden im Alter zwischen 10 und 13 Jahren an, allerdings wird keine statistische Signifikanz erreicht ($M = ,46$ vs $M = ,71$, n.s.). Die beiden älteren Altersgruppen unterscheiden sich kaum ($M = ,78$ vs $M = ,71$, n.s.). Beim Selbstwert liegt ein tendenziell signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen *10 – 13 Jahre* und *14 – 18 Jahre* vor ($M = 3,51$ vs $M = 3,20$, $p = .075$) vor.

10.3.2 Interaktion des Alters mit der vergangenen Zeit

Um die Betrachtung der Bedeutung des Alters für den Trauerprozess zu erweitern, wird zusätzlich die seit dem Verlust vergangene Zeit als zweiter Faktor hinzugenommen. Es wird überprüft, ob Alterseffekte auftreten, die nur in bestimmten Zeitphasen des Trauerprozesses zu finden sind. Die Ergebnisse der varianzanalytischen Überprüfung sind in Tabelle 10.3.2-1 auf der nächsten Seite zusammengefasst.

Tab. 10.3.2-1 F-Werte der Interaktionseffekte zum Einfluss von Alter und vergangener Zeit auf den Trauerprozess

	F	df	p
Kummer	1.436	4	n.s.
Kognitive Verdrängung	2.795	4	.032
Soziale Verdrängung	2.265	4	.069
Fehlende Akzeptanz	2.720	4	.035
Pathologische Schuld	1.227	4	n.s.
Normales Schuldgefühl	1.311	4	n.s.
Identifizierung	1.724	4	n.s.
Idealisierung	1.397	4	n.s.
Interne Repräsentanz	.864	4	n.s.

Es gibt Interaktionseffekte zwischen dem Alter und der seit dem Verlust vergangenen Zeit, nämlich bei der *Kognitiven Verdrängung* ($F = 2.795$, $df = 4$, $p = .032$) und der *Fehlenden Akzeptanz* ($F = 2.720$, $df = 4$, $p = .035$). Bei der *Sozialen Verdrängung* ($F = 2.265$, $df = 4$, $p = .069$) liegt eine tendenzielle Signifikanz vor. In Tabelle 10.3.2-2 werden zunächst die Mittelwerte der einzelnen Subgruppen der *Fehlenden Akzeptanz* näher betrachtet.

Tab. 10.3.2-2 Mittelwerte (und Standardabweichungen) der Subgruppen bei der Fehlenden Akzeptanz für Alter und vergangene Zeit

	Gesamt	10-13 Jahre	14-18 Jahre	19-25 Jahre
Gesamtgruppe	2,26 (1,14) (n = 88)	2,54 (1,11) (n = 26)	2,22 (1,23) (n = 32)	2,04 (1,04) (n = 30)
Verlust < 2 Jahre	2,72 (1,25) (n = 26)	2,29 (1,04) (n = 7)	3,21 (1,36) (n = 11)	2,42 (1,16) (n = 8)
Verlust < 4 Jahre	2,30 (1,16) (n = 31)	2,97 (1,24) (n = 11)	1,97 (1,04) (n = 10)	1,90 (.93) (n = 10)
Verlust ≥ 4 Jahre	1,82 (.85) (n = 31)	2,19 (.87) (n = 8)	1,45 (.34) (n = 11)	1,92 (1,07) (n = 12)

Der zeitliche Verlauf der *Fehlenden Akzeptanz* in den einzelnen Altersgruppen ist unterschiedlich, so dass Abbildung 10.3.2-1 auf der nächsten Seite zu einer Verdeutlichung herangezogen wird.

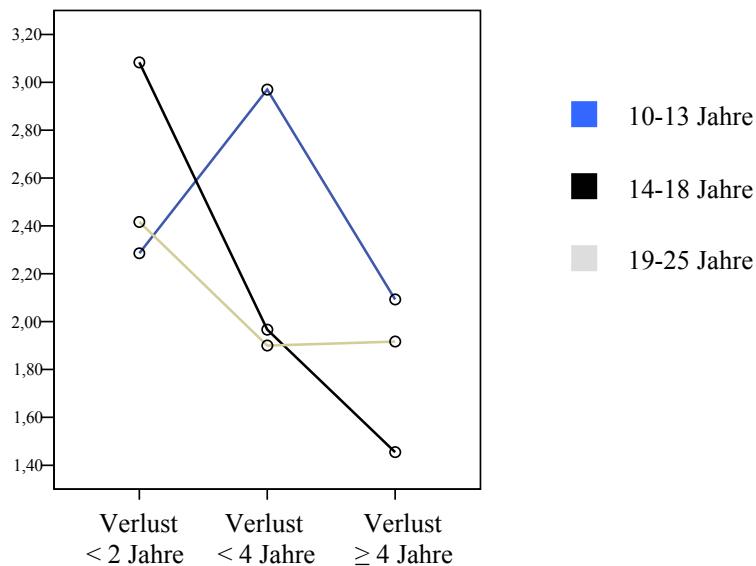


Abb. 10.3.2-1 Interaktion von Zeit und Alter bei der Fehlenden Akzeptanz

In der Gruppe der 19-25jährigen ist 2 Jahre nach dem Tod des Vaters gegenüber der Zeit direkt nach dem Verlust ein Nachlassen zu beobachten ($M = 2,42$ vs $M = 1,90$ vs $M = 1,92$). Dagegen steigt die *Fehlende Akzeptanz* in der Gruppe der jüngsten Teilnehmer (10-13 Jahre) erst einmal an, bevor sie dann wieder abnimmt ($M = 2,29$ vs $M = 2,97$ vs $M = 2,19$). Statistische Signifikanz erreicht aber nur der Verlauf in der Altersgruppe *14-18 Jahre* ($F = 8.856$, $df = 31$, $p = .001$). In dieser Altersgruppe nimmt die *Fehlende Akzeptanz* kontinuierlich ab. Der Mittelwert in der Gruppe der aktuell Betroffenen von $M = 3,21$ ($SD = 1,36$) unterscheidet sich von *Verlust < 2 Jahre* ($M = 1,97$, $p = .070$) tendenziell und *Verlust ≥ 4 Jahre* ($M = 1,45$, $p = .004$) signifikant.

Bei der Verdrängung haben sich Interaktionseffekte ergeben, die durch Betrachtung der Mittelwerte in Tabelle 10.3.2-3 auf der nächsten Seite näher ausgeführt werden. Die *Soziale Verdrängung* wird miteinbezogen, obwohl der Interaktionseffekt nur tendenziell signifikant ist, denn es ergibt sich bei beiden Skalen der Verdrängung ein gemeinsames altersspezifisches Muster, was den Verlauf der Verdrängung im Trauerprozess betrifft. In der Altersgruppe der 10-13jährigen ist festzustellen, dass sowohl die *Kognitive* als auch die *Soziale Verdrängung* mit der vergangenen Zeit zunimmt ($M = 1,52$ vs $M = 1,73$ vs $M = 2,00$ bei der *Kognitiven Verdrängung*). Bei der *Sozialen Verdrängung* erreicht dieser Anstieg das Signifikanzniveau ($M = 2,07$ vs $M = 2,14$ vs $M = 3,44$, $F = 5.483$, $df = 25$, $p = .011$). Mit einem Mittelwert von 3,44 ist die *Soziale Verdrängung* in der Gruppe *Verlust ≥ 4 Jahre* stärker ausgeprägt als zu früheren

Zeitpunkten. In der Altersgruppe *14-18 Jahre* sind keine signifikanten Unterschiede zu beobachten, Werte und Verlauf können der Tabelle entnommen werden.

Tab. 10.3.2-3 Mittelwerte der Subgruppen bei der Kognitiven Verdrängung und der Sozialen Verdrängung für Alter und vergangene Zeit

		Gesamt	10-13 Jahre	14-18 Jahre	19-25 Jahre
Kognitive Verdrängung	Gesamtgruppe	1,79 (.84) (n = 88)	1,76 (.76) (n = 26)	1,73 (.86) (n = 32)	1,88 (.91) (n = 30)
	Verlust < 2 Jahre	2,00 (.92) (n = 26)	1,52 (.60) (n = 7)	1,76 (.73) (n = 11)	2,75 (1,00) (n = 8)
	Verlust < 4 Jahre	1,66 (.79) (n = 31)	1,73 (.57) (n = 11)	1,67 (1,13) (n = 10)	1,57 (.63) (n = 10)
	Verlust ≥ 4 Jahre	1,74 (.82) (n = 31)	2,00 (1,07) (n = 8)	1,76 (.76) (n = 11)	1,56 (.69) (n = 12)
Soziale Verdrängung	Gesamtgruppe	2,57 (1,29) (n = 88)	2,52 (1,10) (n = 26)	2,59 (1,23) (n = 32)	2,58 (1,53) (n = 30)
	Verlust < 2 Jahre	2,77 (1,22) (n = 26)	2,07 (.79) (n = 7)	2,64 (1,05) (n = 11)	3,56 (1,40) (n = 8)
	Verlust < 4 Jahre	2,11 (1,17) (n = 31)	2,14 (.87) (n = 11)	2,20 (1,21) (n = 10)	2,00 (1,51) (n = 10)
	Verlust ≥ 4 Jahre	2,85 (1,37) (n = 31)	3,44 (1,15) (n = 8)	2,91 (1,43) (n = 11)	2,41 (1,41) (n = 12)

Bei der Betrachtung der Altersgruppe der 19-25jährigen zeigt sich, dass hier übereinstimmend in beiden Skalen der Verdrängung bei den aktuell Betroffenen so hohe Werte wie bei keiner anderen Subgruppe zu finden sind. Bei der *Kognitiven Verdrängung* weicht der Mittelwert von 2,75 signifikant ($F = 7.088$, $df = 29$, $p = .003$) von den Gruppen *Verlust < 4 Jahre* ($M = 2,75$ vs $M = 1,57$, $p = .008$) und *Verlust ≥ 4 Jahre* ($M = 2,75$ vs $M = 1,56$, $p = .006$) ab. Ähnliches gilt auch für die *Soziale Verdrängung*, hier liegt eine tendenzielle Signifikanz vor ($F = 2.734$, $df = 29$, $p = .082$), die sich aus dem Vergleich der Subgruppen *Verlust < 2 Jahre* und *Verlust ≥ 4 Jahre* ergibt ($M = 3,56$ vs $M = 2,00$, $p = .075$).

Für die Trauermerkmale Depression, Angst und die somatischen Symptome der Trauer ist keine Interaktion zwischen Alter und vergangener Zeit zu erkennen. Alle F-Werte der varianzanalytischen Überprüfung liegen im Bereich < 1.

Durch Hinzunehmen der seit dem Verlust vergangenen Zeit kann die Rolle des Alters, die sich zuvor als nicht so bedeutungsvoll erwiesen hat, differenzierter herausgearbeitet werden. Es zeigt sich, dass die Bedeutung des Alters bei einigen Traueraspekten dann zum Tragen kommt, wenn der zeitliche Verlauf des Trauerprozesses mit berücksichtigt wird.

10.4 Die Bedeutung der Beziehung zur Mutter

Als ein wichtiger Einflussfaktor auf den Trauerprozess gilt die Beziehung zu dem verbliebenen Elternteil. In der vorliegenden Arbeit ist das ausschließlich die Mutter. Es wird untersucht, inwieweit die Qualität dieser Beziehung mit der Trauer in Verbindung steht. Die Beziehung zur Mutter wird erfasst durch die drei Aspekte *Verbundenheit*, *Unsichere Bindung* und *Angst vor Verlust*. Vor Prüfung der Hypothesen wird kurz die Ausprägung der drei Aspekte der Beziehung zur Mutter dargestellt. Dies geschieht in Tabelle 10.4-1, Abbildung 10.4-1 verdeutlicht die Mittelwerte noch einmal durch ein Diagramm.

Tab. 10.4-1 Die drei Aspekte der Beziehung zur Mutter

	M	SD	Min	Max
Verbundenheit	2,82	,41	1,58	3,92
Unsichere Bindung	1,89	,50	1,00	3,00
Angst vor Verlust	2,55	,62	1,00	4,00

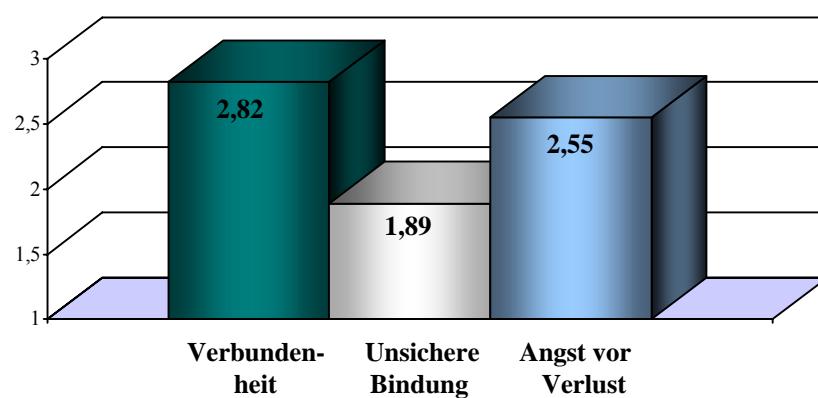


Abb. 10.4-1 Mittelwerte der drei Aspekte der Beziehung zur Mutter

Es sei auch noch einmal erwähnt, dass die Items durch Ratingskalen von *1 = stimmt nicht* bis *4 = stimmt genau* zu beantworten waren. Bei der *Verbundenheit* bedeutet ein höherer Wert ein Gefühl größerer Verbundenheit mit der Mutter. Mit $M = 2,85$ ist der Mittelwert im Mittelbereich angesiedelt, die Standardabweichung weist mit ,41 eine steile Verteilungskurve hin. Tatsächlich zeigt sich bei näherer Betrachtung, dass 72,2 % der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen Angaben in Wertebereich zwischen 2 und 3 gemacht haben. Bei der *Unsichereren Bindung* nimmt die Unsicherheit zu, je höher der Wert ist. Mit $M = 1,89$ ($SD = ,50$) ist die Unsicherheit also eher gering ausgeprägt. Fast die Hälfte (48,1 %) der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen haben Werte unter 2,00 angeben, nur 5 (2,7 %) über 3,00. Die *Angst vor Verlust* der Mutter liegt mit $M = 2,55$ ($SD = ,62$) ebenfalls im Mittelbereich. Mit steigendem Wert steigt auch die Angst vor Verlust. Für ungefähr die Hälfte trifft die Angst, nach dem Vater auch noch die Mutter zu verlieren, *nicht* oder *wenig* zu, für die andere Hälfte jedoch *ziemlich* oder sogar *sehr*.

Verbundenheit mit der Mutter

Zuerst wird die Verbundenheit mit der Mutter betrachtet. Dazu wird in **Hypothese 8a** angenommen, dass der Verbundenheit ein protektiver Einfluss auf den Trauerprozess zukommt und ein stärkeres Gefühl des Verbundenseins zu weniger Trauergefühlen, also zu einer geringeren Ausprägung aller Trauerauspekte führt. Die Ergebnisse der Überprüfung sind in Tabelle 10.4-2 zusammengefasst.

Tab. 10.4-2 Der Einfluss der Verbundenheit mit der Mutter auf die Aspekte der Trauer

	Beta	df	T	p
Kummer	.189	84	1.754	.083
Kognitive Verdrängung	-.176	84	-1.629	n.s.
Soziale Verdrängung	.012	84	.109	n.s.
Fehlende Akzeptanz	.163	84	1.501	n.s.
Pathologische Schuld	-.129	84	-1.186	n.s.
Normales Schuldgefühl	.007	84	.067	n.s.
Identifizierung	.236	84	2.213	.030
Idealisierung	.001	83	.010	n.s.
Interne Repräsentanz	.278	84	2.641	.010

Es zeigt sich, dass die Verbundenheit nur mit wenigen Aspekten der Trauer in Zusammenhang steht. Das Gefühl der Verbundenheit scheint sich in geringem Maß auf den Kummer auszuwirken. Zum einen ist dieser Zusammenhang mit $p = .083$ nur tendenziell signifikant, zum anderen bedeutet das positive Vorzeichen, dass stärkere Gefühle der Verbundenheit nicht, wie angenommen, mit weniger Kummer in Verbindung stehen, sondern das Gegenteil zu finden ist. Ist die Verbundenheit intensiver ausgeprägt, wird auch mehr Kummer empfunden.

Auffällig ist zudem, dass die Verbundenheit weder mit den Skalen der Verdrängung, der Schuld oder der *Fehlenden Akzeptanz* in Verbindung steht. Es ist aber ein Zusammenhang mit zwei der drei Aspekte, die eine Inkorporierung des Vaters beschreiben, ersichtlich, nämlich mit der *Identifizierung* ($\text{Beta} = .236$, $p = .030$) und der *Internen Repräsentanz* ($\text{Beta} = .278$, $p = .010$). Die Regressionskoeffizienten haben ein positives Vorzeichen. Das bedeutet, dass Gefühle stärkerer Verbundenheit mit der Mutter anscheinend eine vermehrte Aufrechterhaltung des inneren Vaterbildes bewirken, also Gefühle der Verbundenheit mit dem Vater fördern.

In Hypothese 8a wird zudem angenommen, dass Depression, Angst und die somatischen Symptome der Trauer mit der Verbundenheit in Zusammenhang stehen. Auch hier wird erwartet, dass mit steigender Verbundenheit Depression, Angst und somatische Symptome in geringerer Ausprägung zu finden sind. Tabelle 10.4-3 gibt einen Überblick über die Ergebnisse der Überprüfung.

Tab. 10.4-3 Der Einfluss der Verbundenheit mit der Mutter auf Depression, Angst und somatische Symptome

	Beta	df	T	p
Depression	-.089	184	-1.204	n.s.
Somatische Symptome	-.084	184	-1.135	n.s.
Angst	-.201	57	-1.534	n.s.

Es ist kein Zusammenhang mit der Verbundenheit zur Mutter erkennbar, das heißt, die Verbundenheit hat keinen Einfluss auf die Intensität von Depression, Angst und somatischen Symptomen. Der protektive Effekt kann nicht bestätigt werden.

Unsichere Bindung zur Mutter

In **Hypothese 8b** wird vermutet, dass eine unsichere Bindung zur Mutter einen Risikofaktor für den Trauerprozess darstellt. Empfinden Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene ihre Bindung an die Mutter als unsicher, so wird angenommen, sind alle Aspekte der Trauer stärker ausgeprägt. Tabelle 10.4-4 zeigt die Zusammenhänge einer unsicheren Bindung an die Mutter und den Trauerspekten auf.

Tab. 10.4-4 Der Einfluss der unsicheren Bindung auf die Aspekte der Trauer

	Beta	df	T	p
Kummer	.244	84	2.292	.024
Kognitive Verdrängung	.173	84	1.597	n.s.
Soziale Verdrängung	.087	84	.796	n.s.
Fehlende Akzeptanz	.303	84	2.892	.005
Pathologische Schuld	.458	84	4.696	.000
Normales Schuldgefühl	.489	84	5.114	.000
Identifizierung	.034	84	.311	n.s.
Idealisierung	.041	83	.374	n.s.
Interne Repräsentanz	.209	84	1.947	.055

Im Vergleich zur Verbundenheit lässt sich für eine unsichere Bindung zur Mutter ein deutlicherer Einfluss auf den Trauerprozess ablesen. Der Regressionskoeffizient von .244 ($p = .024$) lässt einen signifikanten Zusammenhang mit dem *Kummer* erkennen. Das Vorzeichen ist positiv, es tritt der erwartete Fall ein, nämlich dass sich Unsicherheit in der Beziehung zur Mutter in Kummer niederschlägt.

Ähnliches gilt auch für die *Fehlende Akzeptanz* und die Schuldgefühle. Besonders stark ist die Verbindung zwischen den beiden Skalen der Schuld und der unsicheren Bindung. Der Regressionskoeffizient bei der *Pathologischen Schuld* beträgt .458, bei dem *Normalen Schuldgefühl* .489 (bei beiden $p = .001$). Eine unsichere Bindung zur Mutter beeinflusst den Trauerprozess dahingehend, dass von den betroffenen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen vermehrt Schuldgefühle angegeben werden, und zwar sowohl die Schuldgefühle, die in Folge eines Verlusts als normal betrachtet werden, als auch die, die als pathologisch zu bezeichnen sind. Auch *Fehlende Akzeptanz*

steht mit der unsicheren Bindung in Zusammenhang ($\text{Beta} = .303$, $p = .005$), ebenfalls auf hochsignifikantem Niveau und mit positivem Vorzeichen.

Zuletzt soll noch auf die zwar nur tendenziell signifikante, aber unerwartete Verbindung zwischen der unsicheren Bindung zur Mutter und der *Internen Repräsentanz* des Vaters hingewiesen werden. Der Regressionskoeffizient beträgt $.209$ ($p = .055$). Da das Vorzeichen positiv ist, deutet dies darauf hin, dass größere Unsicherheit, was die Beziehung zur Mutter betrifft, zu einer stärkeren *Internen Repräsentanz* des Vaters führt. Offensichtlich wird die innere Bindung an den Vater dann vermehrt aufrechterhalten, wenn in der Bindung an die Mutter Unsicherheiten bestehen. Für die beiden Skalen der Verdrängung sowie für die Traueraspekte der Identifizierung und der Idealisierung ist keine Verbindung zu erkennen.

In Hypothese 8b wird zudem die Annahme aufgestellt, dass eine unsichere Bindung Auswirkungen auf die Traumerkmale Depression, Angst und die somatischen Symptome hat. Auch hier wird vermutet, dass Gefühle der Unsicherheit in der Beziehung zur Mutter die Traumerkmale verstärken. Tabelle 10.4-5 zeigt die Ergebnisse der Überprüfung auf.

Tab. 10.4-5 Der Einfluss der unsicheren Bindung an die Mutter auf Depression, Angst und somatische Symptome

	Beta	df	T	p
Depression	.190	184	2.625	.009
Somatische Symptome	.139	184	1.902	.059
Angst	.547	57	4.896	.000

Unsicherheit in der Beziehung zur Mutter kommt eine Bedeutung zu. Sie nimmt einen Einfluss auf die Ausprägung der Depression ($\text{Beta} = .190$, $p = .009$). Je unsicherer die Bindung zur Mutter ist, desto mehr Depression wird von den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen angegeben. Das gilt auch für die Angst. Mit einem Regressionskoeffizienten von $.547$ ist der Zusammenhang ziemlich stark, das positive Vorzeichen bestätigt die Annahme aus der Hypothese. Dies wird durch $p = .000$ noch unterstrichen. Für die Auswirkung der Unsicherheit in der Beziehung zur Mutter auf den Trauerprozess, was die somatischen Symptome betrifft, ergibt sich nur eine

tendenzielle Signifikanz ($p = .059$). Abbildung 10.4-2 stellt ein Streudiagramm dar, für das die Angst als Beispiel ausgewählt wurde, um die Bedeutung der unsicheren Bindung noch einmal darzustellen.

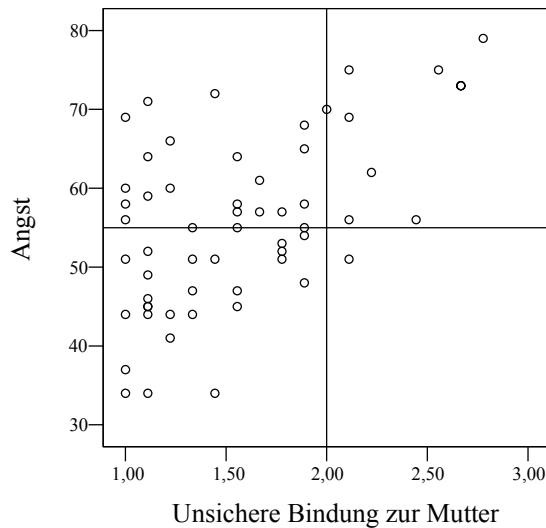


Abb. 10.4-2 Zusammenhang von unsicherer Bindung zur Mutter und dem Trauerprozess am Beispiel Angst

In der Darstellung geht es vor allem darum, diejenigen aufzuzeigen, die den Ergebnissen nach als potentielle Risikogruppe zu bezeichnen sind. Es lässt sich zunächst einmal ablesen, dass die meisten Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen über eine Bindung zur Mutter verfügen, die von wenig Unsicherheit geprägt ist, denn die meisten Teilnehmer liegen mit ihren Angaben in beiden linken Quadranten, die die Bereiche geringerer Unsicherheit umfassen. Es zeigt sich zudem deutlich, dass bei denjenigen, die höhere Werte bei der Unsicherheit aufweisen, fast ausnahmslos auch bei der Angst höhere Werte zu beobachten sind. Der rechte obere Quadrant erfasst diejenigen, die sich als eine Risikogruppe beschreiben lassen. Denn diese sind während des Trauerprozesses mit dem Risikofaktor einer instabilen Beziehung zur Mutter konfrontiert, was sich in starken Angstgefühlen manifestiert.

Angst vor dem Verlust der Mutter

In **Hypothese 8c** wird beschrieben, dass der Angst vor dem Verlust der Mutter, also nach dem Vater auch noch den anderen Elternteil zu verlieren, eine Bedeutung für den

Trauerprozess zukommt. Es wird angenommen, dass sich mit zunehmender Angst vor Verlust die Trauer intensiviert. Tabelle 10.4-6 stellt die Ergebnisse hierzu dar.

Tab. 10.4-6 Der Einfluss der Angst vor Verlust der Mutter auf die Aspekte der Trauer

	Beta	df	T	p
Kummer	.362	84	3.541	.001
Kognitive Verdrängung	.036	84	.325	n.s.
Soziale Verdrängung	.104	84	.955	n.s.
Fehlende Akzeptanz	.436	84	4.411	.000
Pathologische Schuld	.145	84	1.334	n.s.
Normales Schuldgefühl	.334	84	3.226	.002
Identifizierung	.085	84	.779	n.s.
Idealisierung	-.134	83	-1.226	n.s.
Interne Repräsentanz	.306	84	2.930	.004

Es zeigt sich, dass sich die Angst, nach dem Vater auch noch die Mutter zu verlieren, auf die Intensität des Kummers auswirkt. Der Regressionskoeffizient beträgt .362 ($p = .001$), das Vorzeichen ist positiv, was die Annahme bestätigt, dass die Angst vor dem Verlust der Mutter zu stärkeren Kummergefühlen führt. Bei der Betrachtung der Auswirkungen auf die Schuldgefühle lässt sich feststellen, dass nach der Art der Schuldgefühle differenziert werden muss. Denn es lässt sich aus der Tabelle ablesen, dass die Angst vor Verlust der Mutter nur auf die als normal betrachteten Schuldgefühle einen Einfluss hat ($\text{Beta} = .334$, $p = .002$). Je stärker die Angst ist, desto mehr als im Trauerprozess als normal eingestufte Schuldgefühle sind zu beobachten. Dies gilt nicht für die als pathologisch angesehene Schuldgefühle. Die beiden Skalen der Verdrängung stehen in keinem Zusammenhang mit der Angst, die Mutter zu verlieren. Das gilt ebenso auch für die *Identifizierung* und die *Idealisierung*. Eine Ausnahme bildet die *Interne Repräsentanz*. Diese weist eine Verbindung zur Angst vor Verlust auf ($\text{Beta} = .306$, $p = .004$): je mehr Angst, auch noch die Mutter als nun einzig verbliebenen Elternteil zu verlieren, empfunden wird, desto stärker ist die *Interne Repräsentanz*.

Auch auf die *Fehlende Akzeptanz* hat die Angst vor dem Verlust der Mutter einen Einfluss. Je intensiver diese Angst ausgeprägt ist, desto schwerer fällt es den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, den Tod des Vaters zu akzeptieren. Der

Regressionskoeffizient beträgt von .436 ($p = .001$). Dieser Zusammenhang soll noch einmal durch das Diagramm in Abbildung 10.4-3 verdeutlicht werden.

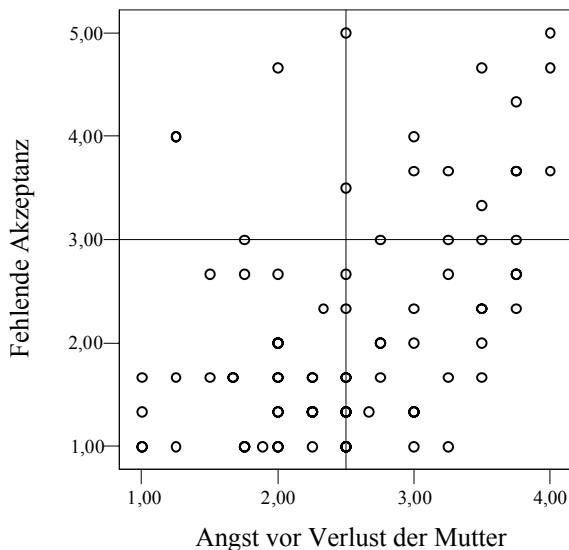


Abb. 10.4-3 Zusammenhang von Angst vor dem Verlust der Mutter und der Trauer am Beispiel Fehlende Akzeptanz

Dieses Diagramm dient weniger dazu, einen Zusammenhang offensichtlich zu machen, als dazu, eine Risikogruppe herauszuarbeiten. Der Einfluss der Angst vor Verlust der Mutter auf die *Fehlende Akzeptanz* konnte zuvor durch rechnerische Überprüfung belegt werden, er lässt sich im Streudiagramm aber nicht so deutlich machen. Es kann aber grafisch aufzeigt werden, dass die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die wenig Angst, die Mutter zu verlieren, angeben (in den beiden linken Quadranten) bis auf wenigen Ausnahmen bei der *Fehlenden Akzeptanz* Werte in Bereich unter 3,00 aufweisen. Bei den Teilnehmern, bei denen stärkere Ängste zu finden sind, ist die Streuung breiter, was die Werte der *Fehlenden Akzeptanz* betrifft. Dabei kann der rechte obere Quadrant auch hier als der Bereich bezeichnet werden, in dem sich diejenigen befinden, die im Trauerprozess mit einem erhöhten Risiko behaftet sind. Denn diese haben vermehrt Ängste, nach dem Vater auch den anderen noch verbliebenen Elternteil zu verlieren, was es ihnen erschwert, den Verlust des Vaters zu akzeptieren.

Hypothese 8c beschreibt zudem die Annahme, dass sich die Angst vor dem Verlust auch auf Depression, Angst und somatische Symptome auswirkt. Es wird vermutet, dass stärkere Angst vor dem Verlust zu höheren Werten bei den Trauermerkmalen führt. Tabelle 10.4-7 auf der nächsten Seite zeigt die Ergebnisse der Überprüfung auf.

Tab. 10.4-7 Der Einfluss der Angst vor Verlust der Mutter auf Depression, Angst und somatische Symptome

	Beta	df	T	p
Depression	.172	184	2.367	.019
Somatische Symptome	.164	184	2.253	.025
Angst	.498	57	4.293	.000

Wie aus der Tabelle hervorgeht, hat die Angst vor Verlust der Mutter Auswirkungen. Der Regressionskoeffizient bei der Depression beträgt .172, die Signifikanz liegt bei $p = .019$. Ähnliches gilt für die somatischen Symptome der Trauer. Auch hier ist der Zusammenhang mit Beta = .164 nicht besonders stark, die Signifikanz beträgt $p = .025$. Es lässt sich also ein Einfluss der Angst vor dem Verlust der Mutter auf die Depression und die somatischen Symptome der Trauer bestätigen. Diese Trauermerkmale treten dann vermehrt auf, wenn die Angst vor dem Verlust erhöht ist. Bei der Angst als Trauermerkmal liegt der Fall ähnlich. Mit einem Regressionskoeffizienten von .498 ($p = .000$) besteht ein starker Zusammenhang zwischen dem Trauermerkmal Angst und der Angst vor Verlust der Mutter.

Ausprägung der Beziehung zur Mutter in den drei Altersgruppen

Zusätzlich wird im Folgenden noch kurz der Frage nachgegangen, ob sich das Alter der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Ausprägung der drei Aspekte der Beziehung zur Mutter widerspiegelt. Dazu werden die drei Altersgruppen von vorher herangezogen. In **Hypothese 9b** wird angenommen, dass sowohl die Angst vor dem Verlust als auch die Verbundenheit in der jüngsten Altersgruppe von 10 bis 13 Jahren am intensivsten ist. Für die unsichere Bindung wird kein Unterschied erwartet. Tabelle 10.4-8 auf der nächsten Seite gibt einen Überblick über die Ausprägung der Aspekte der Beziehung zur Mutter in den einzelnen Altersgruppen. Bei der unsicheren Bindung zeigen sich, wie auch angenommen worden war, in allen Altersgruppen ähnliche Mittelwerte ($M = 1,54$ vs $M = 1,60$ vs $M = 1,54$). Ein signifikanter Unterschied ist nicht festzustellen ($F = .119$, $df = 84$, n.s.). Widererwartend lässt sich ähnliches auch für die Angst vor dem Verlust der Mutter beobachten. Der Mittelwert ist zwar bei der jüngsten Altersgruppe mit $M = 2,63$ gegenüber $M = 2,42$ und $M = 2,55$ etwas höher, die

Differenz ist aber gering und dementsprechend auch nicht signifikant ($F = .523$, $df = 84$, n.s.).

Tab. 10.4-8 Ausprägung der Skalen der Beziehung zur Mutter in den drei Altersgruppen

	Gruppe Alter	n	M	SD	Min	Max
Verbundenheit	10 – 13 Jahre	26	3,29	,41	2,42	3,92
	14 – 18 Jahre	30	3,02	,40	2,09	3,67
	19 – 25 Jahre	29	2,96	,43	1,58	3,58
Unsichere Bindung	10 – 13 Jahre	26	1,54	,40	1,00	2,78
	14 – 18 Jahre	30	1,60	,47	1,00	2,67
	19 – 25 Jahre	29	1,54	,52	1,00	2,78
Angst vor Verlust	10 – 13 Jahre	26	2,63	,86	1,00	4,00
	14 – 18 Jahre	30	2,42	,77	1,00	4,00
	19 – 25 Jahre	29	2,55	,81	1,00	3,75

Die varianzanalytische Auswertung ergibt einen signifikanten Effekt für die Verbundenheit ($F = 4.819$, $df = 84$, $p = .010$). Die Betrachtung der Post-Hoc-Tests zeigt, dass sich die Gruppe der jüngsten Teilnehmer (10-13 Jahre) signifikant von den beiden älteren Altergruppen unterscheidet (14-18 Jahre: $p = .044$, 19-25 Jahre: $p = .012$), wie auch die Abbildung 10.4-4 aufzeigt.

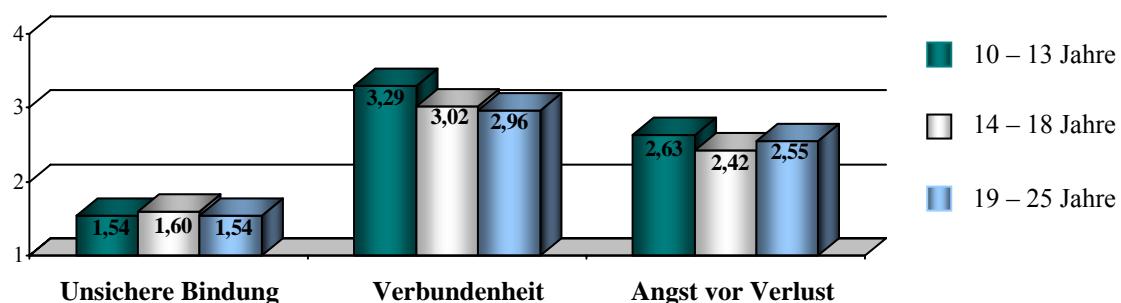


Abb. 10.4-4 Ausprägung der Aspekte der Beziehung zur Mutter in den drei Altersgruppen

Wie bereits beschrieben, sind die unsichere Bindung und die Angst vor Verlust der Mutter in allen Altersgruppen ähnlich ausgeprägt. Einzig die Verbundenheit differiert. Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis 13 Jahren fühlen sich mit ihrer Mutter am stärksten verbunden und heben sich damit von den anderen Altersgruppen ab.

10.5 Die Bedeutung der Kontrollüberzeugungen

Als ein weiterer Einflussfaktor werden Kontrollüberzeugungen betrachtet. Sie stellen ein Beispiel für einen internalen Einflussfaktor dar. Auf das Konzept der Kontrollüberzeugungen wurde in Kapitel 7 und 9 schon ausführlich eingegangen. Es soll noch einmal kurz erwähnt werden, dass die Kontrollüberzeugungen zum einem durch vier Primärskalen erfasst werden, nämlich *sozial bedingte Externalität*, *fatalistische Externalität*, *Internalität* und das *Selbstkonzept eigener Fähigkeiten* als eine ergänzende Skala der Kompetenzüberzeugung. Zum anderen wird die Tertiärskala, zusammengesetzt aus den vier aufgeführten Primärskalen, verwendet. Vor Beginn der Hypothesenprüfung wird in Abbildung 10.5-1 zunächst betrachtet, ob sich die Ausprägung der Kontrollüberzeugungen der Trauerstichprobe von der Gleichaltriger in der Allgemeinbevölkerung unterscheidet.

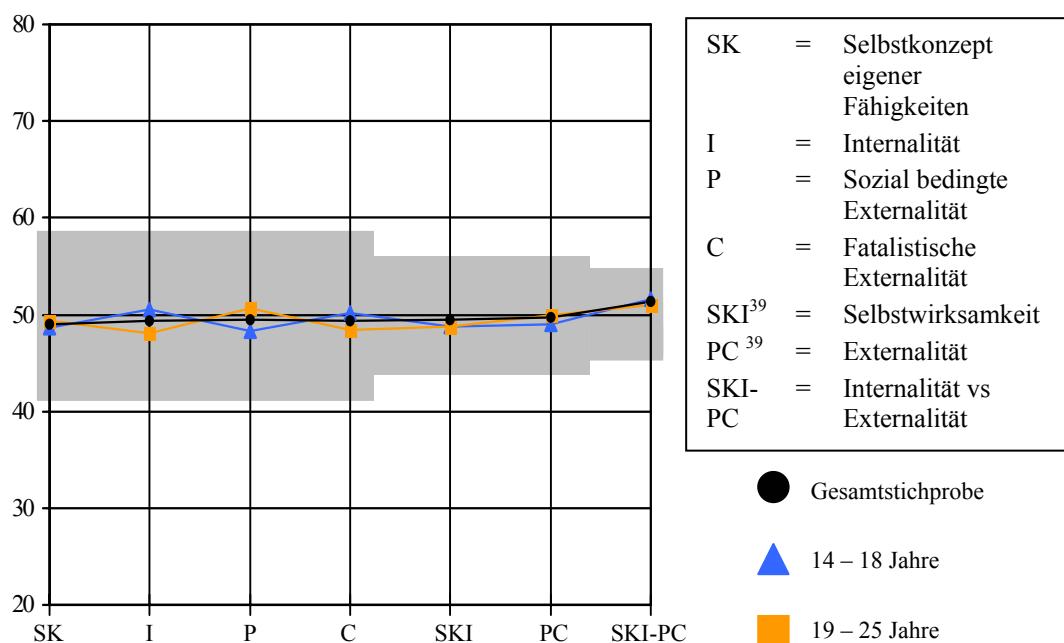


Abb. 10.5-1 Ausprägung der Skalen der Kontrollüberzeugung in der Gesamtstichprobe und in den einzelnen Altersgruppen

Der in der Abbildung grau hinterlegte Bereich stellt den Normalbereich der einzelnen Skalen der Kontrollüberzeugungen dar. Wie zu sehen ist, fällt die Stichprobe der trauernden Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in diesen Bereich und

³⁹ Die Sekundärskalen Selbstwirksamkeit (SKI) und Externalität (PC) finden in der Auswertung keine Anwendung, wurden aber aus Gründen der Vollständigkeit in das Diagramm mitaufgenommen. bewegt sich um dem mittleren Wert von 50. Es zeigt sich zudem, dass sich bei einer Differenzierung in die beiden Altersgruppen 14-18 Jahre und 19-25 Jahre diese nur

minimal unterscheiden und ein Alterseffekt ausgeschlossen werden kann. Tabelle 10.5-1 gibt noch einmal die Mittelwerte für die Gesamtstichprobe wider.

Tab. 10.5-1 Ausprägung der Tertiärskala und der Primärskalen der Kontrollüberzeugungen in der Gesamtstichprobe

	n	M	SD	Min	Max
Tertiärskala	60	51,30	8,28	32,00	71,00
Selbstkonzept	60	48,97	9,08	29,00	68,00
Internalität	60	49,35	7,23	31,00	64,00
Sozial bedingte Externalität	60	49,43	8,60	31,00	70,00
Fatalistische Externalität	60	49,30	8,83	32,00	75,00

10.5.1 Der Einfluss auf den Trauerprozess

Zuerst einmal wird mittels der Betrachtung der Tertiärskala ein Überblick darüber gegeben, ob eine Verbindung zwischen Trauer und Kontrollüberzeugung besteht. Wie bereits angeführt, werden für eine genauere Betrachtung später die Primärskalen herangezogen, denn die Tertiärskala soll nur einen Überblick vermitteln. Die Überprüfung der Hypothesen erfolgt bei der Einzelbetrachtung durch die Primärskalen.

Tabelle 10.5.1-1 auf der nächsten Seite zeigt den Einfluss auf die Aspekte der Trauer auf. Es sei angemerkt, dass mit steigender Höhe des Wertes der Tertiärskala die Internalität zunimmt. Aus der Tabelle lässt sich eine Bedeutung für den Trauerprozess ablesen. Für den *Kummer* beträgt der Regressionskoeffizient -.357. Je externaler die Kontrollüberzeugung ist, desto mehr Kummer wird empfunden. Dies ist mit $p = .005$ hochsignifikant. Für die beiden Skalen der Verdrängung ist kein Zusammenhang festzustellen, jedoch für die *Fehlende Akzeptanz* ($\text{Beta} = -.383$, $p = .003$). Auch hier führt eine externalere Kontrollüberzeugung zu größeren Schwierigkeiten, den Verlust zu akzeptieren. Genauso verhält es sich mit den beiden Skalen der Schuld, der *Pathologischen Schuld* ($\text{Beta} = -.375$, $p = .003$) und dem *Normalen Schuldgefühl* ($\text{Beta} = -.381$, $p = .003$). Schuldgefühle, sowohl die als normal angesehenen als auch die als pathologisch betrachteten, verstärken sich mit zunehmender Externalität.

Tab. 10.5.1-1 Einfluss der Kontrollüberzeugung (Tertiärskala) auf die Traueraspekte

	Beta	df	T	p
Kummer	-.357	59	-2.914	.005
Kognitive Verdrängung	-.181	59	-1.398	n.s.
Soziale Verdrängung	-.054	59	-.410	n.s.
Fehlende Akzeptanz	-.383	59	-3.154	.003
Pathologische Schuld	-.375	59	-3.080	.003
Normales Schuldgefühl	-.381	59	-3.134	.003
Identifizierung	.212	59	1.652	n.s.
Idealisierung	.049	58	.374	n.s.
Interne Repräsentanz	-.111	59	-.850	n.s.

Die Skalen der *Identifizierung*, *Idealisierung* und *Internen Repräsentanz*, die eine Inkorporierung des Vaters bedeuten, werden durch die Kontrollüberzeugung nicht beeinflusst.

Die Bedeutung wird auch für die Trauermerkmale Depression, Angst und die somatischen Symptome untersucht. Die Ergebnisse sind in Tabelle 10.5.1-2 aufgeführt.

Tab. 10.5.1-2 Einfluss der Kontrollüberzeugung (Tertiärskala) auf Depression, Angst und somatische Symptome

	Beta	df	T	p
Depression	-.576	59	-5.370	.000
Somatische Symptome	-.529	59	-4.751	.000
Angst	-.781	59	-9.535	.000

Es zeigen sich deutliche Verbindungen, denn alle Trauermerkmale sind umso stärker ausgeprägt, je externaler die Kontrollüberzeugung ist. Mit Regressionskoeffizienten von -.576 bei der Depression und -.529 bei den somatischen Symptomen der Trauer sind diese Zusammenhänge deutlich. Bei der Angst ist sogar ein Regressionskoeffizient von Beta = -.781 festzustellen, der auf eine starke Verbindung hinweist. Das Signifikanzniveau liegt überall bei $p < .001$. Der Zusammenhang mit der Angst soll abschließend durch ein Streudiagramm in Abbildung 10.5.1-1 auf der nächsten Seite verdeutlicht werden.

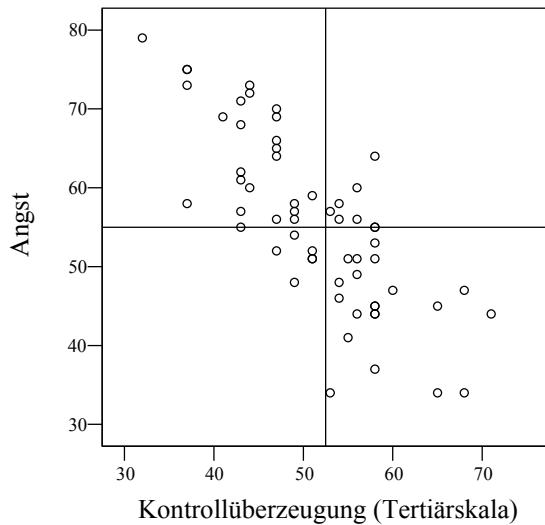


Abb. 10.5.1-1 Zusammenhang der Kontrollüberzeugung (Tertiärskala) und der Trauer am Beispiel Angst

Das Streudiagramm zeigt den Zusammenhang mit der Angst deutlich auf. Fast alle Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die niedrige Werte aufweisen, also über eine externe Kontrollüberzeugung verfügen, geben starke Angstgefühle an (linker oberer Quadrant). Personen mit interner Kontrollüberzeugung geben fast ausschließlich geringe Angstwerte an (rechter unterer Quadrant). Nur wenige der Jugendlichen und jungen Erwachsenen befinden sich nicht innerhalb der beschriebenen Verteilung, es ist kein einziger Ausreißer zu beobachten.

Die Betrachtung der Tertiärskala der Kontrollüberzeugungen zeigt auf, dass eine Verbindung mit der Trauer der Jugendlichen und jungen Erwachsenen besteht. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Externalität mit einer stärkeren Ausprägung der Trauer einhergeht, während Internalität das Gegenteil bedeutet. Es handelt sich allerdings nur um einen Überblick über den Einfluss dieses Persönlichkeitsfaktors auf den Trauerprozess, der nun durch eine differenzierte Darstellung näher betrachtet wird.

Die Bedeutung der Internalität und des Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten

Die Erfassung der Internalität geschieht durch die Skala *Internalität*. Sie wird ergänzt durch die Skala zur Kompetenzüberzeugung, dem *Selbstkonzept eigener Fähigkeiten*, das ein grundlegendes Vertrauen in eigene Fähigkeiten und Kompetenzen beschreibt. In

Hypothese 10a wird vermutet, dass sich die Skalen der Internalität und des Selbstkonzepts als protektive Faktoren erweisen. Es wird von der Annahme ausgegangen, dass je stärker die Internalität und der Glaube in die eigenen Fähigkeiten ausgeprägt ist, desto weniger *Kummer*, *Fehlende Akzeptanz* und Schuld festzustellen sind. Das gilt auch für Depression, Angst und die somatischen Symptome der Trauer. Für alle anderen Traueraスペkte wird kein Zusammenhang erwartet.

Zuerst wird der Einfluss der Internalität auf die Skalen der Trauer betrachtet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 10.5.1-3 zusammengefasst.

Tab. 10.5.1-3 Einfluss der Internalität auf die Aspekte der Trauer

	Beta	df	T	p
Kummer	-.104	59	-.796	n.s.
Kognitive Verdrängung	.032	59	.242	n.s.
Soziale Verdrängung	.152	59	1.171	n.s.
Fehlende Akzeptanz	-.059	59	-.453	n.s.
Pathologische Schuld	.115	59	.884	n.s.
Normales Schuldgefühl	-.033	59	-.248	n.s.
Identifizierung	.261	59	2.058	.044
Idealisierung	.233	58	1.807	.076
Interne Repräsentanz	.107	59	.823	n.s.

Wie die Tabelle zeigt, steht die Internalität nur mit einer einzigen Trauerskala in signifikanter Verbindung, mit der *Identifizierung*. Der positive Regressionskoeffizient von Beta = .261 (p = .044) deutet darauf hin, dass je stärker die Internalität ist, sich Jugendliche oder junge Erwachsene umso mehr mit dem verstorbenen Vater identifizieren. Zusätzlich ist ein tendenziell signifikanter Effekt für die *Idealisierung* festzustellen (Beta = .233, p = .076).

Für die Trauermerkmale Depression, Angst und die somatischen Symptome der Trauer stellt Tabelle 10.5.1-4 auf der nächsten Seite die Bedeutung der Internalität dar. Die Wirkung der Internalität zeigt sich hier deutlicher. Sie hat einen protektiven Einfluss auf den Trauerprozess: ein geringeres Maß an Depression (Beta = -.366, p = .004) und somatischen Symptomen (Beta = -.270, p = .037) ist zu beobachten, je stärker die

Internalität ist. Bei der Angst beträgt der Regressionskoeffizient -.466, das Signifikanzniveau liegt bei $p < .001$.

Tab. 10.5.1-4 Einfluss der Internalität auf Depression, Angst und somatische Symptome

	Beta	df	T	p
Depression	-.366	59	-2.997	.004
Somatische Symptome	-.270	59	-2.137	.037
Angst	-.466	59	-4.008	.001

Als nächstes wird das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten betrachtet. Die Bedeutung für die Aspekte der Trauer ist in der Tabelle 10.5.1-5 beschrieben.

Tab. 10.5.1-5 Einfluss des Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten auf die Aspekte der Trauer

	Beta	df	T	p
Kummer	-.271	59	-2.143	.036
Kognitive Verdrängung	-.083	59	-.631	n.s.
Soziale Verdrängung	.006	59	.047	n.s.
Fehlende Akzeptanz	-.258	59	-2.032	.047
Pathologische Schuld	-.281	59	-2.226	.030
Normales Schuldgefühl	-.312	59	-2.505	.015
Identifizierung	.202	59	1.570	n.s.
Idealisierung	.060	58	.456	n.s.
Interne Repräsentanz	-.153	59	-1.179	n.s.

Aus der Tabelle lässt sich ablesen, dass dem Selbstkonzept eigener Fähigkeiten größere Bedeutung für die Trauer zukommt, als dies zuvor bei der Internalität der Fall war. Der Kummer ist umso geringer, je größer das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten ist (Beta = -.271, p = .036). Das trifft auch für die *Fehlende Akzeptanz* zu (Beta = -.258, p = .047). Auch Auswirkungen auf beide Skalen der Schuld sind zu erkennen (Beta = -.281, p = .030 bei der *Pathologischen Schuld*; Beta = -.312, p = .015 bei dem *Normalen Schuldgefühl*). Sowohl die beiden Skalen zur Verdrängung als auch die Skalen der Inkorporierung des Vaters, *Identifizierung*, *Idealisierung* und *Interne Repräsentanz*, weisen keinerlei Verbindung auf.

Abschließend wird in Tabelle 10.5.1-6 die Bedeutung für Depression, Angst und somatische Symptome der Trauer betrachtet.

Tab. 10.5.1-6 Einfluss des Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten auf Depression, Angst und somatische Symptome

	Beta	df	T	p
Depression	-.554	59	-5.071	.000
Somatische Symptome	-.363	59	-2.968	.004
Angst	-.673	59	-6.933	.000

Der Einfluss auf die Trauermerkmale ist aus der Tabelle abzulesen. Je größer das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten ist, desto weniger somatische Symptome treten auf ($\text{Beta} = -.363$, $p = .004$). Bei der Depression und der Angst betragen die Regressionskoeffizienten $-.554$ und $-.673$, was auf einen starken Zusammenhang hinweist. Das Signifikanzniveau liegt bei beiden Skalen bei $p < .001$.

Insgesamt betrachtet zeigt sich die Bedeutung von Internalität und dem Glauben an die eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen vor allem bei den Trauermerkmalen Depression, Angst und den somatischen Symptome. Bei den anderen Aspekten der Trauer kann vor allem auf das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten als Einflussfaktor hingewiesen werden.

Die Bedeutung der Externalität für den Trauerprozess

Die Externalität wird durch zwei verschiedene Skalen erfasst, nämlich durch die *sozial bedingte* und die *fatalistische Externalität*. In **Hypothese 10b** wird die Annahme beschrieben, dass sich eine externe Kontrollüberzeugung auf den Trauerprozess auswirkt, denn umso stärker ausgeprägt werden dann *Kummer*, *Fehlende Akzeptanz* und die beiden Skalen der Schuld erwartet. Für alle anderen Traueraspekte wird kein Zusammenhang angenommen. Depression, Angst und somatische Symptome treten mit steigender Externalität umso intensiver auf.

Zuerst wird die sozial bedingte Externalität betrachtet. Tabelle 10.5.1-7 auf der nächsten Seite stellt deren Einfluss auf die Aspekte der Trauer dar.

Tab. 10.5.1-7 Einfluss der sozial bedingten Externalität auf die Aspekte der Trauer

	Beta	df	T	p
Kummer	.319	59	2.565	.013
Kognitive Verdrängung	.108	59	.827	n.s.
Soziale Verdrängung	.023	59	.172	n.s.
Fehlende Akzeptanz	.289	59	2.301	.025
Pathologische Schuld	.361	59	2.952	.005
Normales Schuldgefühl	.310	59	2.483	.016
Identifizierung	-.069	59	-.529	n.s.
Idealisierung	.191	58	1.471	n.s.
Interne Repräsentanz	.278	59	2.208	.031

Die sozial bedingte Externalität wirkt sich auf den *Kummer* aus. Der positive Regressionskoeffizient von .319 ($p = .013$) zeigt, dass eine externalere Kontrollüberzeugung intensivere Kummergefühle zur Folge hat. Dasselbe gilt auch für die *Fehlende Akzeptanz* (Beta = .289, $p = .025$). Beide Skalen der Schuld stehen mit der sozial bedingten Externalität in Verbindung. Die Regressionskoeffizienten sind positiv, wonach sich diese in einem Anstieg der Schuldgefühle niederschlägt (Beta = .310, $p = .016$ und Beta = .361, $p = .005$). Zusätzlich zu den schon in der Hypothese angenommenen Verbindungen zeigt sich noch ein weiterer Aspekt der Trauer beeinflusst: die *Interne Repräsentanz* des Vaters. Der Regressionskoeffizient beträgt .278 ($p = .031$). Die sozial bedingte Externalität scheint mit der Aufrechterhaltung des inneren Vaterbildes in Verbindung zu stehen.

Die Ergebnisse der Überprüfung für die Trauermerkmale Depression, Angst und die somatischen Symptome der Trauer sind in Tabelle 10.5.1-8 beschrieben.

Tab. 10.5.1-8 Einfluss der sozial bedingten Externalität auf Depression, Angst und somatische Symptome

	Beta	df	T	p
Depression	.356	59	2.899	.005
Somatische Symptome	.453	59	3.870	.000
Angst	.565	59	5.219	.000

Die sozial bedingte Externalität beeinflusst die Depression ($\text{Beta} = .356$, $p = .005$), die Angst ($\text{Beta} = .565$, $p = .000$) und die somatischen Symptome ($\text{Beta} = .453$, $p = .000$). Je stärker die Externalität ist, desto intensiver treten die Trauermerkmale auf.

Zuletzt wird noch auf den Einfluss der fatalistischen Externalität auf den Trauerprozess eingegangen. Dies geschieht in Tabelle 10.5.1-9.

Tab. 10.5.1-9 Einfluss der fatalistischen Externalität auf die Aspekte der Trauer

	Beta	df	T	p
Kummer	.355	59	2.892	.005
Kognitive Verdrängung	.057	59	.436	n.s.
Soziale Verdrängung	.080	59	.609	n.s.
Fehlende Akzeptanz	.374	59	3.068	.003
Pathologische Schuld	.461	59	3.952	.000
Normales Schuldgefühl	.465	59	4.404	.000
Identifizierung	-.117	59	-.895	n.s.
Idealisierung	-.036	58	-.269	n.s.
Interne Repräsentanz	.094	59	.722	n.s.

Für fatalistische Externalität ergibt sich ein ähnliches Bild wie schon zuvor für die sozial bedingte Externalität. Auch hier treten *Kummer* ($\text{Beta} = .355$, $p = .005$), *Fehlende Akzeptanz* ($\text{Beta} = .374$, $p = .003$) und *Pathologische Schuld* ($\text{Beta} = .461$, $p = .000$) sowie das *Normale Schuldgefühl* ($\text{Beta} = .465$, $p = .000$) umso intensiver auf, je stärker die externe Kontrollüberzeugung ist.

Die Ergebnisse der Überprüfung für Depression, Angst und die somatischen Symptome sind in Tabelle 10.5.1-10 zu finden.

Tab. 10.5.1-10 Einfluss der fatalistischen Externalität auf Depression, Angst und somatische Symptome

	Beta	df	T	p
Depression	.480	59	4.164	.000
Somatische Symptome	.489	59	4.264	.000
Angst	.647	59	6.471	.000

Auch hier lässt sich ein ähnliches Bild erkennen. Denn die fatalistische Externalität wirkt in derselben Weise auf Depression ($\text{Beta} = .480$, $p = .000$), Angst ($\text{Beta} = .647$, $p = .000$) und somatische Symptome ($\text{Beta} = .489$, $p = .000$).

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass die Kontrollüberzeugungen Einfluss auf den Trauerprozess ausüben. Dies gilt vor allem für die beiden Skalen der Externalität, die mit intensivem Kummer, vermehrten Schuldgefühlen und größeren Schwierigkeiten, den Verlust des Vaters zu akzeptieren, verbunden sind.

10.5.2 Die Kontrollüberzeugung als Mediator

Der Kontrollüberzeugung konnte auf den vorhergehenden Seiten schon einen Einfluss auf den Trauerprozess nachgewiesen werden. Zusätzlich wird nun der Frage nachgegangen, ob sich die Kontrollüberzeugung nicht nur direkt auf die Trauer auswirkt, sondern auch als Mediator fungiert. Dies wird exemplarisch für die Wirkung der Beziehung zur Mutter als verbliebenen Elternteil überprüft. Es wird von dem Ausgangsmodell in Abbildung 10.5.2-1 ausgegangen.

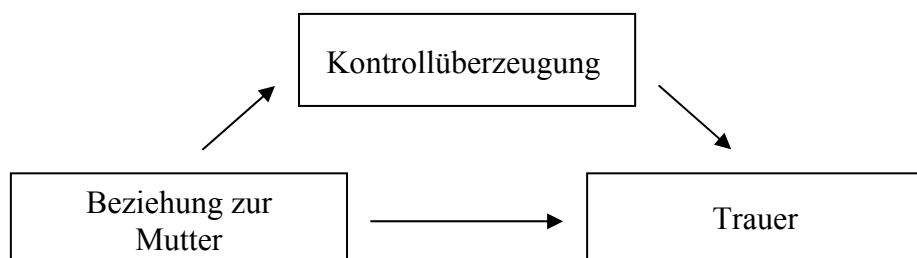


Abb. 10.5.2-1 Ausgangsmodell zur Kontrollüberzeugung als Mediator im Trauerprozess

Für die Trauer stehen für eine Überprüfung verschiedene Skalen zur Verfügung. Es wird beispielhaft ein Traumerkmal ausgewählt, nämlich Depression. Für die Kontrollüberzeugung wird die Tertiärskala verwendet, denn eine Differenzierung in die einzelnen Primärskalen würde zu weit gehen. Die Beziehung zur Mutter wird durch die schon zuvor verwendeten Skalen erfasst. Zuerst wird die Mediatorfunktion der Kontrollüberzeugung für den Einfluss der unsicheren Bindung auf die Depression betrachtet, wie auch das Modell in Abbildung 10.5.2-2 auf der nächsten Seite zeigt.

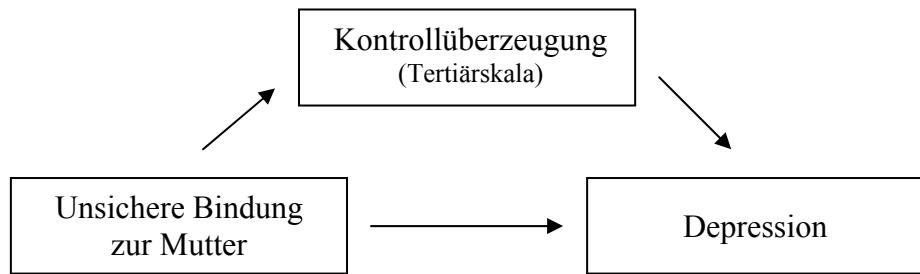


Abb. 10.5.2-2 Die Kontrollüberzeugung als Mediator zwischen einer unsicheren Bindung zur Mutter und Depression im Trauerprozess

Tabelle 10.5.2-1 stellt dar, dass alle aufgeführten Skalen miteinander korrelieren.

Tab. 10.5.2-1 Korrelationen von unsicherer Bindung, Depression und Kontrollüberzeugung (Tertiärskala)

	Depression	Kontrollüberzeugung
Unsichere Bindung	.190 **	-.512 ***
Depression	1	-.576 ***
Kontrollüberzeugung		1

Signifikanzniveaus: * = $p < .05$ ** = $p < .01$ *** = $p < .001$

In der Regressionsberechnung zeigt sich, dass die Verbindung von unsicherer Bindung zur Mutter und der Depression keine Signifikanz mehr erreicht, sobald die Kontrollüberzeugung in die Berechnung mit einfließt ($\text{Beta} = .183$, $T = 1.446$, n.s.). Der Zusammenhang zwischen der Kontrollüberzeugung und der Depression hingegen bleibt signifikant ($\text{Beta} = -.479$, $T = -3.794$, $p = .000$).

Dies wird auch für die Angst vor dem Verlust der Mutter überprüft, so wie dies in Abbildung 10.5.2-3 zu sehen ist.

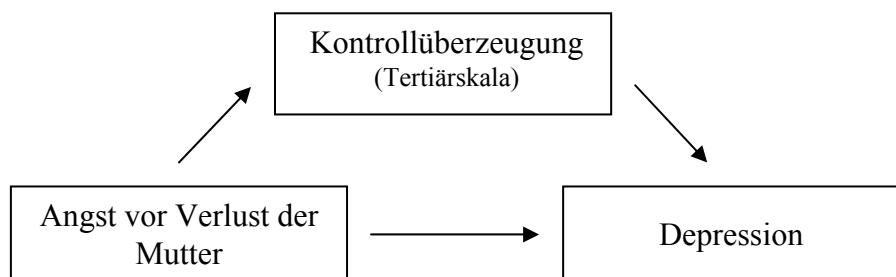


Abb. 10.5.2-3 Die Kontrollüberzeugung als Mediator zwischen der Angst vor dem Verlust der Mutter und Depression im Trauerprozess

Auch hier sind alle Korrelationen zwischen den Skalen ausnahmslos signifikant, wie Tabelle 10.5.2-2 aufzeigt.

Tab. 10.5.2-2 Korrelation von Angst vor dem Verlust der Mutter, Depression und Kontrollüberzeugung (Tertiärskala)

	Depression	Kontrollüberzeugung
Angst vor Verlust	-.172 *	-.365 **
Depression	1	-.576 ***
Kontrollüberzeugung		1

Signifikanzniveaus: * = $p < .05$ ** = $p < .01$ *** = $p < .001$

Es ergibt sich dasselbe Bild, das sich schon zuvor für die unsichere Bindung ergeben hat. Denn der Zusammenhang zwischen der Angst vor dem Verlust der Mutter und der Depression ist nicht mehr signifikant, wenn die Kontrollüberzeugung in die Regressionsberechnung miteinbezogen wird ($\text{Beta} = .138$, $T = 1.173$, n.s.). Die Verbindung von Kontrollüberzeugung und Depression bleibt bestehen ($\text{Beta} = -.522$, $T = 4.452$, $p = .000$). Dies belegt die Wirkung als Mediator.

Abschließend lässt sich sagen, dass die Mediatorfunktion der Kontrollüberzeugung, wie sie in diesem Abschnitt untersucht wurde, bestätigt werden kann. Allerdings muss angemerkt werden, dass zur Überprüfung nur ein spezielles Beispiel, eben Depression und Beziehung zur Mutter gewählt wurde. Zudem lässt sich dieses Modell auch nur für die Skalen der *Unsicheren Bindung* und der *Angst vor Verlust* anwenden, also dann, wenn nur die negativen Aspekte der Beziehung zur Mutter berücksichtigt werden. Auf eine Darstellung des Modells für die dritte Skala, der Verbundenheit, kann verzichtet werden, da in vorherigen Kapitel 10.4 aufgezeigt wurde, dass der Verbundenheit mit der Mutter keine Bedeutung für das Ausmaß der Depression zukommt.

10.6 Der Einfluss der Todesursache auf die Trauer

Im Folgenden wird dem Einfluss der Todesursache des Vaters auf den Trauerprozess nachgegangen. Es werden zwei Kriterien ausgewählt, nach denen die Todesursache

unterteilt wird, nämlich *erwartet* und *unerwartet* sowie *natürlich* und *unnatürlich* unterteilt⁴⁰.

Einteilung der Todesursache in erwartet und unerwartet

Zunächst werden die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen danach eingeteilt, ob der Vater *erwartet* ($n = 38$) oder *unerwartet* ($n = 42$) verstarb. In **Hypothese 11** wird angenommen, dass alle Aspekte der Trauer bei einem unerwarteten Tod des Vaters stärker ausgeprägt sind. Tabelle 10.6-1 stellt die Ergebnisse dar.

Tab. 10.6-1 Einfluss der Todesursache (erwartet vs unerwartet) auf die Traueraspekte

	Todesursache	n	M	SD	T	df	p
Kummer	erwartet	38	3,33	,83	-.242	78	n.s.
	unerwartet	42	3,38	,81			
Kognitive Verdrängung	erwartet	38	1,80	,89	.241	78	n.s.
	unerwartet	42	1,75	,75			
Soziale Verdrängung	erwartet	38	2,53	1,34	.338	78	n.s.
	unerwartet	42	2,43	1,25			
Fehlende Akzeptanz	erwartet	38	2,02	1,10	-1.156	78	n.s.
	unerwartet	42	2,30	1,06			
Pathologische Schuld	erwartet	38	1,57	,69	.035	78	n.s.
	unerwartet	42	1,56	,88			
Normales Schuldgefühl	erwartet	38	1,87	,98	-.003	78	n.s.
	unerwartet	42	1,87	,80			
Identifizierung	erwartet	38	2,90	1,00	-1.882	78	<i>.064</i>
	unerwartet	42	3,31	,97			
Idealisierung	erwartet	38	3,40	,59	-.996	76	n.s.
	unerwartet	40	3,52	,48			
Interne Repräsentanz	erwartet	38	3,74	,92	.294	78	n.s.
	unerwartet	42	3,67	1,18			

Es ergibt sich kein einziger signifikanter Effekt, auch nicht für *Kummer* ($M = 3,33$ vs $M = 3,38$), *Pathologische Schuld* ($M = 1,57$ vs $M = 1,56$) und *Normales Schuldgefühl*

⁴⁰ Für eine genaue Beschreibung der Einteilung sei zurückverwiesen auf die Kapitel 9.1.2 und 9.1.3, in der die Häufigkeit der einzelnen Todesursachen und die Kriterien der Einteilung ausführlich darstellt werden.

($M = 1,87$ vs $M = 1,87$) sowie für die *Kognitive Verdrängung* ($M = 1,80$ vs $M = 1,75$) und die *Soziale Verdrängung* ($M = 2,53$ vs $M = 2,43$). Bei der *Fehlenden Akzeptanz* ist der Mittelwert mit 2,30 ($SD = 1,06$) bei unerwartetem Verlust gegenüber $M = 2,02$ ($SD = 1,10$) nach einem unerwarteten Verlust zwar höher, dieser Unterschied erreicht aber keine statistische Signifikanz.

Für die Traueraspekte *Identifizierung*, *Idealisierung* und *Interne Repräsentanz* ergibt sich ein gemischtes Bild. Während bei der *Idealisierung* ($M = 3,40$ vs $M = 3,52$) und der *Internen Repräsentanz* ($M = 3,74$ vs $M = 3,67$) kaum ein Unterschied in den Mittelwerten festzustellen ist, weichen diese bei der *Identifizierung* in den beiden Gruppen ab. Mit $M = 3,31$ ($SD = ,97$) gegenüber $M = 2,90$ ($SD = 1,00$) ist der Mittelwert der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, deren Vater unerwartet verstarb, höher. Dieser Unterschied erreicht tendenzielle Signifikanz ($p = .064$).

Des Weiteren wird entsprechend Hypothese 11 die Annahme, dass Depression, somatische Beschwerden und Angst nach einem unerwarteten Tod des Vaters stärker ausgeprägt sind, überprüft. Die Ergebnisse sind in Tabelle 10.6-2 zu finden.

Tab. 10.6-2 Einfluss der Todesursache (erwartet vs unerwartet) auf Depression, somatische Symptome und Angst

	Todesursache	n	M	SD	T	df	p
Depression	erwartet	38	,82	,54	3.469	61.82	<i>.001</i>
	unerwartet	42	,47	,34			
Somatische Symptome	erwartet	38	1,58	,36	.762	78	n.s.
	unerwartet	42	1,52	,33			
Angst	erwartet	39	56,90	10,71	.810	50	n.s.
	unerwartet	23	54,43	11,09			

Es ergibt sich ein Bild konträr zur Hypothese. Ließ sich zuvor an den Trauerskalen *Fehlende Akzeptanz* und *Identifizierung* noch eine Tendenz ablesen, wonach der unerwartete Verlust des Vaters mit höheren Werten einhergeht, so zeigen sich hier die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mehr belastet, deren Vater erwartet verstarb. Dies ist allerdings nur bei der Depression festzustellen. Bei der Depression liegt der Mittelwert denjenigen, bei denen der Tod des Vaters absehbar war, bei ,82 ($SD = ,54$). Diejenigen, deren Vater unerwartet verstarb, weisen einen Mittelwert von

,47 (SD = ,34) auf, was einen statistisch signifikanten Effekt ($p = .001$) bedeutet. Für die Angst ($M = 56,90$ vs $M = 54,43$) und die somatischen Symptome ($M = 1,58$ vs $M = 1,52$) der Trauer ist dies nicht festzustellen.

Zusammenfassend erweist sich die Todesursache – wird sie in erwartet und unerwartet unterteilt – eher als eine schwache Einflussgröße auf den Trauerprozess. Auf die Aspekte der Trauer hat sie kaum Auswirkungen, lediglich für das Traumerkmal Depression zeigt sie sich bedeutsam und das konträr zur der Annahme ihrer Wirkung, indem sie die von einem erwarteten Verlust Betroffenen als belasteter beschreibt. Da der Todesursache nicht die erwartete Bedeutung zukommt, relativiert sich, dass, wie beschrieben, in der Untergruppe *Verlust 2 < Jahre* weniger unerwartete Verluste zu finden sind.

In Kapitel 10.1 wird die *Fehlende Akzeptanz* als ein starker Prädiktor für Depression und Angst darstellt. Dies wurde für die Gesamtstichprobe beschrieben. Nun hat sich bei der Depression ein signifikanter Effekt für die Untergruppe derjenigen, deren Vater erwartet verstarb, ergeben. Ebenso konnte ein erhöhter Wert für die *Fehlende Akzeptanz* festgestellt werden, allerdings für die Gruppe mit unerwartetem Verlust. Dennoch soll an dieser Stelle noch ergänzend, ohne dass eine Hypothese zu Grunde liegt, überprüft werden, ob die *Fehlende Akzeptanz* auch in den beiden Untergruppen *erwartet* und *unerwartet* einen Prädiktor darstellt. Bei der Überprüfung zeigt sich, dass die *Fehlende Akzeptanz* in der Gruppe erwarteter Verluste als ein starker Prädiktor fungiert für Depression ($\text{Beta} = .476$, $df = 37$, $T = 3.244$ $p = .003$), somatische Symptome ($\text{Beta} = .635$, $df = 37$, $T = 4.926$, $p = .000$) und Angst ($\text{Beta} = .589$, $df = 28$, $T = 3.791$, $p = .001$). Für die Gruppen mit den unerwarteten Verlusten trifft dies weder für Depression noch für Angst zu.

Einteilung der Todesursache in natürlich und unnatürlich

Im Folgenden werden die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen danach eingeteilt, ob der Vater eines *natürlichen* ($n = 70$) oder eines *unnatürlichen* Todes ($n = 20$) starb. In **Hypothese 12** wird vermutet, dass nach einem Vaterverlust durch eine

unnatürliche Todesursache alle Aspekte der Trauer stärker ausgeprägt sind. Die Ergebnisse sind in Tabelle 10.6-3 aufgeführt.

Tab. 10.6-3 Einfluss der Todesursache (natürlich vs unnatürlich) auf die Trauerskalen

	Todesursache	n	M	SD	T	df	p
Kummer	natürlich unnatürlich	70 20	3,32 3,58	,87 ,77	-1.216	88	n.s.
Kognitive Verdrängung	natürlich unnatürlich	70 20	1,75 1,92	,86 ,73	-.798	88	n.s.
Soziale Verdrängung	natürlich unnatürlich	70 20	2,57 2,45	1,37 ,97	.446	42,91	n.s.
Fehlende Akzeptanz	natürlich unnatürlich	70 20	2,03 2,97	1,00 1,29	-3.452	88	.001
Pathologische Schuld	natürlich unnatürlich	70 20	1,55 1,73	,77 ,85	-.875	88	n.s.
Normales Schuldgefühl	natürlich unnatürlich	70 20	1,80 2,13	,89 ,87	-1.451	88	n.s.
Identifizierung	natürlich unnatürlich	70 20	3,08 3,30	,94 1,02	-.903	88	n.s.
Idealisierung	natürlich unnatürlich	68 20	3,42 3,59	,55 ,52	-1.164	86	n.s.
Interne Repräsentanz	natürlich unnatürlich	70 20	3,63 3,90	1,04 1,02	-1,035	88	n.s.

Wie aus der Tabelle hervorgeht, gibt es nur einen signifikanten Effekt, nämlich für die *Fehlende Akzeptanz*. Mit einem Mittelwert von 2,97 ($SD = 1,29$) bei unnatürlichem Verlust ist die *Fehlende Akzeptanz* mit $M = 2,03$ ($SD = 1,00$) gegenüber der Gruppe mit Tod des Vaters durch eine natürliche Todesursache deutlich höher ($p = .001$).

Mit Ausnahme der *Sozialen Verdrängung* ($M = 2,45$ vs $M = 2,57$) sind die Mittelwerte bei allen Trauerskalen bei Verlust durch eine unnatürliche Todesursache höher. Der *Kummer* ist mit $M = 3,58$ gegenüber $M = 3,32$ intensiver, die *Kognitive Verdrängung* ($M = 1,92$ vs $M = 1,75$) ist stärker ausgeprägt. Das gilt auch für beide Skalen der Schuld ($M = 1,73$ vs $M = 1,55$ und $M = 2,13$ vs $M = 1,80$): diese treten vermehrt bei einem Verlust durch eine unnatürliche Todesursache auf. Ähnliches ist für die *Identifizierung* ($M = 3,30$ vs $M = 3,08$), *Idealisierung* ($M = 3,59$ vs $M = 3,42$) und die *Interne*

Repräsentanz ($M = 3,90$ vs $M = 3,63$) zu beobachten. Keiner dieser Unterschiede erreicht aber statistische Signifikanz.

In Hypothese 12 wird auch für Depression, somatische Symptome und Angst vermutet, dass diese bei einem Verlust durch eine unnatürliche Todesursache stärker ausgeprägt sind. Die Ergebnisse der Überprüfung sind in Tabelle 10.6-4 beschrieben.

Tab. 10.6-4 Einfluss der Todesursache (natürlich vs unnatürlich) auf Depression, somatische Symptome und Angst

	Todesursache	n	M	SD	T	df	p
Depression	natürlich	70	,65	,49	-.408	88	n.s.
	unnatürlich	20	,70	,58			
Somatische Symptome	natürlich	70	1,53	,33	-1.621	88	n.s.
	unnatürlich	20	1,67	,36			
Angst	natürlich	49	54,60	10,75	-1.252	58	n.s.
	unnatürlich	14	58,85	11,13			

Die Tabelle zeigt keine signifikanten Effekte. Bei der Depression ($M = ,70$ vs $M = ,65$), den somatischen Symptomen ($M = 1,67$ vs $M = 1,53$) und der Angst ($M = 54,60$ vs $M = 58,85$) sind die Mittelwerte bei unnatürlichen Verlust etwas höher.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass sich die Todesursache des Vaters als nicht so bedeutsam für den Trauerprozess erweist, wenn das Kriterium *natürlich* und *unnatürlich* angewandt wird. Der einzige beobachtbare Effekt ergibt sich für die *Fehlende Akzeptanz* des Verlusts, die dann stärker ausgeprägt ist, wenn der Vater eines unnatürlichen Todes starb. Bei dieser Unterteilung gibt es zudem keinerlei Prädiktoren, wie das bei der Differenzierung nach dem Kriterium *erwartet* und *unerwartet* der Fall war, die Vorraussagen über andere Trauervariablen möglich machen.

10.7 Geschlechtsunterschiede im Trauerprozess

Zuletzt wird der Frage nachgegangen, ob im Trauerprozess Geschlechtsunterschiede festzustellen sind. Die Annahmen dazu sind in den Hypothesen 13 bis 15 dargestellt und werden im Folgenden untersucht.

10.7.1 Die Bedeutung des Geschlechts

In **Hypothese 13** wird angenommen, dass Mädchen und junge Frauen mehr Kummer angeben als Jungen und junge Männer. Für die *Fehlende Akzeptanz* und beide Skalen der Schuld werden keine Unterschiede erwartet. Dies gilt auch für die *Kognitive Verdrängung*. Für die *Soziale Verdrängung* wird vermutet, dass diese bei Jungen und jungen Männern verstärkt zu finden ist. Die Ergebnisse der Überprüfung sind in Tabelle 10.7.1-1 dargestellt.

Tab. 10.7.1-1 Geschlechtsunterschiede bei den Aspekten Kummer, Fehlende Akzeptanz und beiden Skalen zu Schuld und Verdrängung

	Gruppe Geschlecht	n	M	SD	T	df	p
Kummer	männlich	41	3,16	,73	-2.280	88	.025
	weiblich	49	3,56	,92			
Kognitive Verdrängung	männlich	41	1,83	,92	.457	88	n.s.
	weiblich	49	1,75	,76			
Soziale Verdrängung	männlich	41	2,60	1,32	.356	88	n.s.
	weiblich	49	2,50	1,27			
Fehlende Akzeptanz	männlich	41	1,85	,90	-3.169	86,95	.002
	weiblich	49	2,56	1,21			
Pathologische Schuld	männlich	41	1,55	,67	-.440	878	n.s.
	weiblich	49	1,62	,88			
Normales Schuldgefühl	männlich	41	1,73	,73	-1.379	88	n.s.
	weiblich	49	1,99	1,00			

Es zeigt sich, dass Mädchen und junge Frauen mehr *Kummer* angeben. Mit $M = 3,56$ ($SD = ,92$) ist der Mittelwert bei den weiblichen Teilnehmern höher als bei den männlichen mit $M = 3,16$ ($SD = ,73$). Es ergibt sich ein signifikanter Effekt ($p = .025$). Es ist aber noch ein zweiter, unerwarteter Geschlechtsunterschied zu beobachten. Auch bei der *Fehlenden Akzeptanz* zeigt sich mit $M = 2,56$ ($SD = 1,21$) bei den Mädchen und jungen Frauen gegenüber den Jungen und jungen Männern mit $M = 1,85$ ($SD = ,90$) eine deutliche Differenz ($p = .002$). Offensichtlich haben die weiblichen Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen größere Schwierigkeiten, den Verlust zu akzeptieren. Bei den beiden Skalen der Verdrängung zeigen sich keinerlei Unterschiede. Auch die erwartete Differenz bei der *Sozialen Verdrängung* zu Lasten von Jungen und jungen Männern ist nicht festzustellen. Der Mittelwert ist mit 2,60 etwas höher als der

der weiblichen Teilnehmer ($M = 2,50$). Auch die Mittelwerte bei den beiden Skalen der Schuld sind weitgehend ausgeglichen.

Die Abbildung 10.7.1-1 stellt einige Skalen der Trauer in einem Diagramm dar. Zur Verdeutlichung werden *Kummer* und *Fehlende Akzeptanz* ausgewählt, bei denen, wie beschrieben, Geschlechtsunterschiede zu beobachten sind, zudem die *Soziale Verdrängung*, für die die eigentlich erwartete Differenz widerlegt wurde.

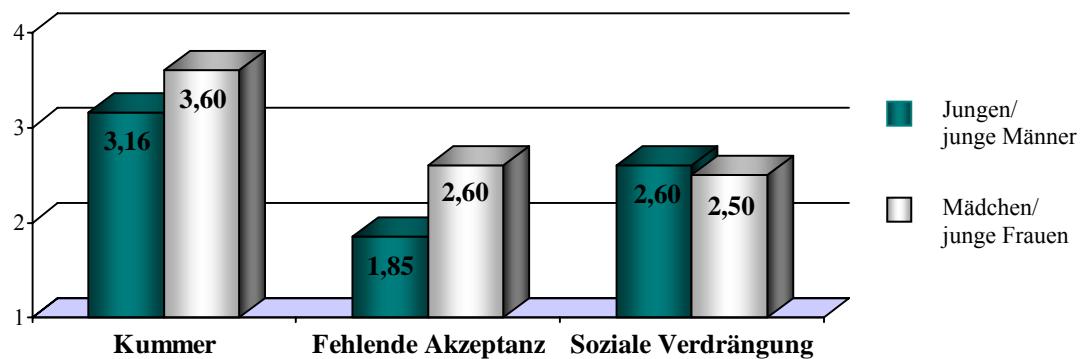


Abb. 10.7.1-1 Die Traueraspekte Kummer, Fehlende Akzeptanz und Soziale Verdrängung im Geschlechtsvergleich

In **Hypothese 14** wird die Annahme beschrieben, dass sich männliche Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene stärker mit dem Vater identifizieren. Für Mädchen und junge Frauen wird eine intensivere *Idealisierung* vermutet. Die *Interne Repräsentanz* hängt nicht vom Geschlecht ab. Tabelle 10.7.1-2 fasst die Ergebnisse der Überprüfung zusammen.

Tab. 10.7.1-2 Geschlechtsunterschiede bei den Aspekten Identifizierung, Idealisierung und Interne Repräsentanz

	Gruppe Geschlecht	n	M	SD	T	df	p
Identifizierung	männlich	41	3,04	,87	-.770	88	n.s.
	weiblich	49	3,20	1,03			
Idealisierung	männlich	40	3,51	,47	.698	86	n.s.
	weiblich	48	3,42	,61			
Interne Repräsentanz	männlich	41	3,56	1,05	-1.074	88	n.s.
	weiblich	49	3,80	1,02			

Wie die Tabelle zeigt, sind keinerlei signifikante Unterschiede zu erkennen. Jungen und junge Männer identifizieren sich nicht stärker mit dem verstorbenen Vater, wie dies eigentlich vermutet worden ist. Im Gegenteil, am Mittelwert (männlich: $M = 3,04$; weiblich: $M = 3,20$) lässt sich ablesen, dass Mädchen und junge Frauen eine geringfügig stärkere *Identifizierung* mit dem Vater aufweisen. Diese Differenz erreicht aber keine Signifikanz. Die Werte bei der *Idealisierung* sind mit $M = 3,51$ für die männlichen Teilnehmer und $M = 3,42$ für die weiblichen annähernd gleich. Die *Interne Repräsentanz* erweist sich, ähnlich wie bei der Identifizierung, als bei den Mädchen und jungen Frauen etwas stärker ausgeprägt ($M = 3,80$ vs $M = 3,56$), aber ebenfalls nicht im Signifikanzbereich.

Hypothese 15 setzt sich mit den Trauermerkmalen Depression und Angst sowie mit den somatischen Symptomen der Trauer auseinander. Es wird vermutet, dass diese bei Mädchen und jungen Frauen stärker ausgeprägt sind. Tabelle 10.7.1-3 gibt einen Überblick über die Ergebnisse.

Tab. 10.7.1-3 Geschlechtsunterschiede bei Depression, Angst und somatischen Symptomen

	Gruppe Geschlecht	n	M	SD	T	df	p
Depression	männlich	41	,54	,37	-2.107	82,54	.038
	weiblich	49	,76	,59			
Somatische Symptome	männlich	41	1,40	,20	-4.699	73,98	.000
	weiblich	49	1,70	,38			
Angst	männlich	27	52,56	10,90	-1.951	58	.056
	weiblich	33	57,94	10,42			

Die Tabelle bestätigt das Vorhandensein von Geschlechtsunterschieden. Mädchen und junge Frauen sind von Depression stärker betroffen als Jungen und junge Männer, wie sich an den Mittewerten von ,76 für die weiblichen Teilnehmer und ,54 für die männlichen ablesen lässt ($p = .038$). Für die Angst ist ähnliches zu beobachten, denn mit einem Mittelwert von 52,56 empfinden männliche Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene gegenüber weiblichen mit $M = 57,94$ weniger Angstgefühle. Allerdings erreicht dieser Befund nur tendenzielle Signifikanz ($p = .056$). Für die somatischen Symptome der Trauer fällt die Differenz deutlicher aus. Es ist ein hochsignifikanter

Geschlechtseffekt festzustellen, der belegt, dass Mädchen und junge Frauen mehr somatische Symptome angeben ($M = 1,70$ vs $M = 1,40$, $p = .000$).

Abschließend soll bei der Betrachtung des Trauerprozesses unter Berücksichtigung des Geschlechts der Teilnehmer noch einmal den Prädiktoren für einzelne Trauerspekte nachgegangen werden. Mädchen und junge Frauen weisen bei *Kummer* und *Fehlender Akzeptanz* sowie bei Depression, Angst und den somatischen Symptomen höhere Werte auf. Deshalb sollen *Kummer* und *Fehlende Akzeptanz* als mögliche Prädiktoren für Depression, Angst und somatische Symptome untersucht werden. Die Ergebnisse hierzu sind in Tabelle 10.7.1-4 für beide Geschlechter getrennt zu finden.

Tab. 10.7.1-4 Kummer und Fehlende Akzeptanz als Prädiktoren bei Mädchen/jungen Frauen und Jungen/jungen Männern

		Jungen/ junge Männer		Mädchen/ junge Frauen	
Kummer	Depression	.215	n.s.	.353	.013
	somat. Symptome	.538	.000	.336	.018
	Angst	.520	.005	.352	.044
Fehlende Akzeptanz	Depression	.196	n.s.	.299	.037
	somat. Symptome	.305	.052	.322	.024
	Angst	.157	n.s.	.436	.011
		Beta	p	Beta	p

Kummer stellt einen Prädiktor für somatische Symptome dar, sowohl bei Jungen und jungen Männern ($\text{Beta} = .538$, $p = .000$) als auch bei Mädchen und jungen Frauen ($\text{Beta} = .336$, $p = .018$). Ähnliches gilt für die Angst ($\text{Beta} = .520$, $p = .005$ und $\text{Beta} = .352$, $p = .044$). Für Depression erweist sich *Kummer* nur bei dem weiblichen Teil der Gruppe als Prädiktor ($\text{Beta} = .353$, $p = .013$).

Für die *Fehlende Akzeptanz* sind die Unterschiede zwischen beiden Geschlechtern deutlicher, denn bei Jungen und jungen Männern stellt diese keinen Prädiktor dar. Es ist lediglich eine tendenzielle Signifikanz bei den somatischen Symptomen der Trauer sichtbar ($\text{Beta} = .305$, $p = .052$). Bei den Mädchen und jungen Frauen hingegen ist die *Fehlende Akzeptanz* einen Prädiktor für Depression ($\text{Beta} = .299$, $p = .037$), für somatische Symptome ($\text{Beta} = .322$, $p = .024$) und für Angst ($\text{Beta} = .436$, $p = .011$).

10.7.2 Interaktionseffekte mit anderen Einflussfaktoren

Interaktion mit der seit dem Verlust vergangenen Zeit

Für einige Merkmale der Trauer konnten Geschlechtseffekte festgestellt werden. Nun soll zusätzlich die seit dem Verlust vergangene Zeit als zweiter Faktor in eine multivariate Varianzanalyse hinzugenommen werden, um zu überprüfen, ob Geschlecht und vergangene Zeit im Trauerprozess miteinander interagieren. So kann dann nachgegangen werden, ob die Geschlechtseffekte zeitüberdauernd sind oder nur in bestimmten Zeitphasen des Trauerprozesses auftreten.

Die Überprüfung ergibt keinen einzigen signifikanten Interaktionseffekt zwischen dem Geschlecht und der seit dem Tod des Vaters vergangenen Zeit. Alle F-Werte der varianzanalytischen Überprüfung liegen im Bereich < 1 , weshalb auf eine tabellarische Darstellung verzichtet werden kann. Die Befunde zum Geschlecht erweisen sich somit als zeitüberdauernd. Dies gilt auch für die Traumerkmale Depression, Angst und die somatischen Symptome der Trauer.

Interaktion mit dem Alter

Zuletzt wird mit dem Alter zum Geschlecht eine weitere Einflussgröße als zweiter Faktor hinzugenommen. Damit soll überprüft werden, ob die Geschlechtseffekte vor allem in bestimmten Altersabschnitten zu finden sind. Zwar liegt der Überprüfung nur eine Hypothese für die Depression zugrunde, dennoch sollen auch die anderen Trauerreaktionen näher betrachtet werden.

Die Ergebnisse zu den Aspekten der Trauer gibt Tabelle 10.7.2-1 auf der nächsten Seite wider. Es ergibt sich nur ein einziger signifikanter Interaktionseffekt zwischen dem Geschlecht und dem Alter, nämlich für die *Interne Repräsentanz* des Vaters ($F = 3.152$, $df = 2$, $p = .048$). Bei allen anderen Skalen der Trauer interagieren Geschlecht und Alter nicht.

Tab. 10.7.2-1 F-Werte der Interaktionseffekte zum Einfluss von Geschlecht und Alter auf die Aspekte der Trauer

	F	df	p
Kummer	.446	2	n.s.
Kognitive Verdrängung	1.161	2	n.s.
Soziale Verdrängung	1.969	2	n.s.
Fehlende Akzeptanz	.289	2	n.s.
Pathologische Schuld	.221	2	n.s.
Normales Schuldgefühl	1.807	2	n.s.
Identifizierung	.685	2	n.s.
Idealisierung	.408	2	n.s.
Interne Repräsentanz	3.152	2	.048

In Tabelle 10.7.2-2 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Subgruppen für die *Interne Repräsentanz* angegeben, um den Interaktionseffekt näher zu beschreiben. Es sei aber nochmals darauf hingewiesen, dass sich weder für das Alter noch für das Geschlecht ein signifikanter Haupteffekt ergeben hat.

Tab. 10.7.2-2 Mittelwerte (und Standardabweichungen) der Subgruppen bei der Internen Repräsentanz für Geschlecht und Alter

	Gesamt	10-13 Jahre	14-18 Jahre	19-25 Jahre
Gesamtgruppe	3,73 (1,01) (n = 88)	3,69 (1,19) (n = 26)	3,84 (1,02) (n = 32)	3,63 (.85) (n = 30)
Jungen/junge Männer	3,60 (1,03) (n = 40)	3,43 (1,34) (n = 14)	4,17 (.72) (n = 12)	3,29 (.73) (n = 14)
Mädchen/junge Frauen	3,83 (1,00) (n = 48)	4,00 (.95) (n = 12)	3,65 (1,14) (n = 20)	3,94 (.85) (n = 16)

Da Unterschiede zwischen mehreren Subgruppen bestehen, sollen diese grafisch in der folgenden Abbildung 10.7.2-1 auf der nächsten Seite dargestellt werden, da sich auf diese Weise die unterschiedlichen Subgruppenmittelwerte am übersichtlichsten erkennen lassen.

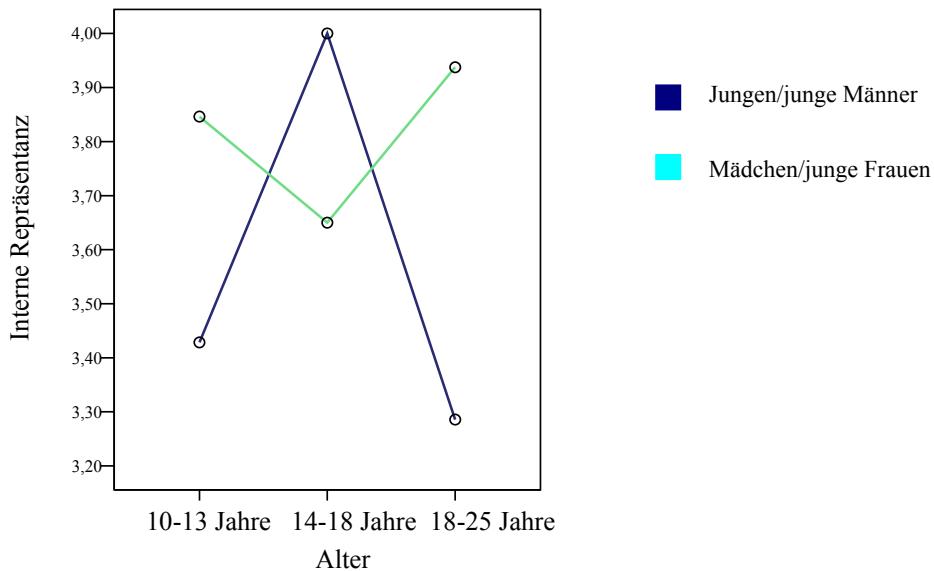


Abb. 10.7.2-1 *Interaktion von Geschlecht und Alter bei der Internen Repräsentanz*

Die Abbildung zeigt deutlich auf, dass die Jungen und junge Männer und die Mädchen und jungen Frauen nicht nur unterschiedliche Werte angeben, sondern dass auch das Alter dabei eine Rolle spielt. In der Altersgruppe der jüngsten Teilnehmer (10 – 13 Jahre) und in der der ältesten (19 – 25 Jahre) weisen Mädchen und junge Frauen die höheren Werte und somit eine stärkere *Interne Repräsentanz* des Vaters auf ($M = 3,43$ vs $M = 4,00$ bei 10-13 Jahre; $M = 3,29$ vs $M = 3,94$ bei 19-25 Jahre). In der Altersgruppe von 14 – 18 Jahren verhält es sich genau gegenteilig, denn hier ist bei Jungen und jungen Männern ein höherer Mittelwert festzustellen ($M = 4,17$ vs $M = 3,65$). Statistische Signifikanz erreicht aber nur die Differenz in der Altersgruppe von 18 – 25 Jahren ($T = -2.234$, $df = 28$, $p = .034$).

Für Depression, Angst und die somatischen Symptome der Trauer ergeben sich keine signifikanten Interaktionseffekte. Bei der Depression beträgt der F-Wert 1.105, für die Angst und die somatischen Symptome liegt er bei < 1. Das bedeutet, dass der eigentlich erwartete Interaktionseffekt für die Mädchen und jungen Frauen der beiden jüngeren Altersgruppen nicht beobachtet werden kann.

Das Einbeziehen des Alters als zweiten Faktor hat es ermöglicht, bei zumindest einem Trauerspekt, der *Internen Repräsentanz*, die unterschiedliche Ausprägung in den einzelnen Altersgruppen für beide Geschlechter einzeln herauszuarbeiten. Für die geschlechtsspezifische Betrachtung der anderen Aspekte und Merkmale ist das Alter nicht von Bedeutung.

11. Diskussion

Die Trauer von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach dem Tod des Vaters zeigt sich als ein komplexer Prozess mit unterschiedlichsten Reaktionen und Merkmalen. Die Ausprägung von Kummer, Verdrängung, fehlender Akzeptanz, Schuld, Identifizierung, Idealisierung und der internen Repräsentanz ist von verschiedenen Einflussgrößen abhängig. Das gilt auch für Depression und Angst sowie für die somatischen Symptome der Trauer.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit mit bestehenden Forschungsbefunden diskutiert. Im Anschluss daran wird auf Trauerbewältigung und deren Bedeutung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene eingegangen. Es werden zudem Interventionsmöglichkeiten beschrieben und diskutiert, die aus den Ergebnissen speziell der vorliegenden Untersuchung resultieren.

11.1 Die Bedeutung der vergangenen Zeit und des Alters im Trauerprozess

Zu Beginn konnte in Kapitel 10.1 für die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine Art von Trauerprofil herausgearbeitet werden. Negative Aspekte der Trauer wie Verdrängung, fehlende Akzeptanz des Verlusts und Schuldgefühle sind insgesamt betrachtet nur gering ausgeprägt. Großen Zuspruch erhalten hingegen die Skalen der Inkorporierung des Vaters, nämlich Identifizierung, Idealisierung und interne Repräsentanz. Etwas weniger als ein Drittel identifiziert sich übermäßig mit dem verstorbenen Vater, das deckt sich in etwa mit den Angaben von Vida & Grizenko (1989). Nur wenige Teilnehmer idealisieren ihren Vater in starkem Maß, während dies in der Untersuchung von Silverman & Worden (1992a) für ein Viertel der Stichprobe zutrifft. Eher gering erweist sich, insgesamt betrachtet, die Ausprägung der Depression. Hier wäre nach bestehenden Studien eine größere Intensität zu erwartet gewesen (LaGrand, 1981, Weller et al., 1991).

Einige Trauerreaktionen können als Prädiktoren für die Entstehung und Ausprägung weiterer Reaktionen bestimmt werden. Einige ausgewählte dieser Folgereaktionen sollen näher betrachtet werden. Die Intensität des Kummers hängt wesentlich davon ab,

wie weit die Akzeptanz des Verlusts vorangeschritten ist und ob Schuldgefühle empfunden werden. Schwierigkeiten, den Tod des Vaters zu akzeptieren, werden als Bestandteil des Trauerprozesses betrachtet (Bowlby, 1987, Kast, 1985). Ebenso treten Schuldgefühle bei den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach dem Tod eines Elternteils häufig auf (Christ, 2000, LaGrand, 1981). Schuldgefühle und fehlende Akzeptanz des Verlusts manifestieren sich in Kummergefühlen. Worden (1999) beschreibt, dass die Schuldgefühle mit der Zeit durch Realitätsprüfung als irrational erkannt werden und abklingen. Dann lässt auch der Kummer nach. Setzt die Akzeptanz des Verlusts ein, verringert sich die Intensität des Kummers ebenfalls.

Kummer und die Akzeptanz des Verlusts schlagen sich auch darin nieder, ob und in welcher Weise ein inneres Vaterbild aufrechterhalten wird. Je mehr Kummer empfunden wird und je mehr Schwierigkeiten auftreten, den Tod des Vaters anzuerkennen, desto stärker ist die Inkorporierung des Vaters. Darauf weisen auch Silverman & Worden (1992a) in ihrer Studie hin, in der sie eine Verbindung von Kummer und Aufrechterhaltung eines inneren Vaterbildes ausführen. Silverman und Mitarbeiter beschreiben zudem in vielen Studien und Darstellungen das Konzept der *continuing bonds* (Klass et al., 1996, Nickman et al., 1998, Silverman et al., 1992), dem Fortbestand einer inneren Bindung an den Verstorbenen, die als Hilfe im Trauerprozess wirkt. Dieses Konzept könnte auch in der vorliegenden Arbeit greifen, so dass die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bei intensivem Kummer verstärkt ein inneres Vaterbild als Unterstützung und Trost aufbauen.

Die Trauermerkmale Depression und Angst sowie die somatischen Symptome der Trauer stehen untereinander in Verbindung. Dass Depression einhergeht mit anderen internalisierenden Symptomen wie Angst, ist für die Gesamtbevölkerung für alle Altersstufen dokumentiert (Brady & Kendall, 1992, Fend, 2000, Seligman & Ollendick, 1998), wird aber auch speziell für trauernde Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene beschrieben (Sanchez et al., 1994). Dies gilt ebenso für den Selbstwert, der mit den genannten Trauermerkmalen in Zusammenhang steht. Denn die Symptome der Depression und Angst treten im Trauerprozess stärker hervor, wenn zugleich ein niedrigerer Selbstwert vorliegt, was auch Silverman & Worden (1992a) in ihrer Studie beschreiben. Die Traueraspekte Kummer, fehlende Akzeptanz und Schuld erweisen sich als Prädiktoren für Depression, Angst und die somatischen Symptome. Anscheinend

schlagen sich belastende Trauerelemente wie Kummer und Schuldgefühle sowie Schwierigkeiten bei der Akzeptanz des Verlusts in Depression und Angst nieder oder manifestieren sich auf körperlicher Ebene. Ein solcher Verlauf psychischer Belastung ist belegt (Egle et al., 2002, Greene et al., 1984, Hodges et al., 1984).

Bei Betrachtung des zeitlichen Verlaufs des Trauerprozesses zeigt sich ein sehr ausdifferenziertes Ergebnis. Der Kummer verringert sich kontinuierlich, je länger der Verlust zurückliegt. Jedoch ist die Abnahme der Kummerempfindungen nicht so deutlich, wie das eigentlich auf Grund der bestehenden Forschungslage vermutet worden war. Übereinstimmend mit vielen empirischen Untersuchungen ist der stärkste Kummer in den ersten beiden Jahren nach dem Verlust festzustellen (Elizur & Kaffman, 1982, 1986, Harris, 1991, Kaffman & Elizur, 1984, 1996). In den darauf folgenden beiden Jahren hat die Intensität schon deutlich nachgelassen, was ebenfalls von Elizur & Kaffmann (1982) sowie von Garber (1983) beschrieben wird. In den Folgejahren, wenn der Tod des Vaters schon mindestens vier und mehr Jahre zurückliegt, haben sich die Kummerempfindungen zwar noch einmal verringert, jedoch nur in sehr geringem Maße. Der Schmerz über den Verlust und das Vermissen des Vaters wird immer noch mit als teilweise bis ziemlich zutreffend angeben. Dies deckt sich mit den Darstellungen von Furman (1983) und Tyson-Rawson (1996), wonach die Trauer über einen schweren Verlust bei jüngeren Trauernden über sehr lange Zeit anhalten kann. Es sei noch einmal Rosenblatts (1996) zuvor schon angeführtes Zitat erwähnt: „Some losses are so big and so painful that cannot ever get to a place where grief has ended“ (S. 50).

Schuldgefühle und Schwierigkeiten bei der Akzeptanz des Verlusts verringern sich mit der Zeit kontinuierlich. Statistisch signifikant wird die Abnahme aber erst, wenn seit dem Tod des Vaters mindestens vier Jahre vergangen sind. Demnach dauert es mehrere Jahre, bis sich diese Trauerreaktionen in ihrer Intensität deutlich abschwächen. Die bestehende Forschungslage weicht von diesem Verlauf ab. Schuldgefühle werden vor allem in der Zeit direkt nach dem Verlust beschrieben (Christ, 2000, Gardner, 1983, LaGrand, 1981). Gedanken, wie für den verstorbenen Elternteil nicht genügend da gewesen zu sein oder nicht immer gehorcht zu haben, führen zwar schnell zu Schuldgefühlen, werden aber bald reflektiert, so dass eine Mitschuld ausgeschlossen werden kann (Harris, 1991, Worden, 1999). Der zeitliche Verlauf trifft auch für die fehlende Akzeptanz zu, denn auch hier dauert es mindestens vier Jahre, bis eine

signifikante Abnahme zu beobachten ist. Dass es sich in der vorliegenden Untersuchung anders verhält als erwartet, könnte auf die Bedeutung weiterer Einflussfaktoren hinweisen, die unter Umständen zu diesem Verlauf beitragen. Beispielsweise können Schuldgefühle durch den verbliebenen Elternteil verstärkt werden, der Kinder und Jugendliche durch unbedachte Äußerungen oder sein Auftreten an eine Mitschuld glauben lässt (Bowlby, 1987, Raphael, 1983). Auf weitere Einflussfaktoren wird an späterer Stelle noch genauer eingegangen.

Bei den beiden Skalen der Verdrängung ergibt sich übereinstimmend ein ähnlicher Verlauf: sowohl die Verdrängung auf kognitiver Ebene als auch gegenüber dem sozialen Umfeld nimmt zwar nach den ersten beiden Jahren nach dem Verlust erst einmal ab, dann aber wieder zu. Statistische Signifikanz wird nicht erreicht. Dass sich die Verdrängung Jahre nach dem Tod des Vaters wieder verstärkt, ist unerwartet, denn Verdrängung wird als ein Traumerkmal beschrieben, das vor allem in der direkten Folgezeit nach dem Tod eines nahestehenden Menschen zu finden ist und dabei als ein Schutzmechanismus fungiert, der dazu beiträgt, die Krise aufzuschieben, bis neue Ressourcen zur Verfügung stehen, die einen Umgang mit dem Geschehenen ermöglichen (Bürgin, 1989, Franz, 2002, Leist, 1983, Wintsch, 1996). Dass vor allem die Verdrängung gegenüber der sozialen Umwelt mehrere Jahre nach dem Tod des Vaters wieder ansteigt, könnte dadurch begründet sein, dass Trauernden von der Umwelt nur eine kurze Zeit der Trauer und des Schmerzes zugestanden wird, dann soll möglichst wieder der Alltag einkehren und nach außen hin von der Trauer nichts mehr zu erkennen sein (Scheuring, 2001, Voigt, 1991, Winkel, 2002). Dies kann mit ein Grund dafür sein, dass Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die – das hat die Betrachtung des Kummers gezeigt – auch längere Zeit nach dem Tod ihres Vaters noch von intensiven Kummerempfindungen berichten, dies nach außen hin nicht zeigen wollen, aus Angst, von ihrem Umfeld gemieden oder stigmatisiert zu werden.

Die Skalen der Inkorporierung des Vaters bleiben über die Zeit nahezu unverändert erhalten. Für die interne Repräsentanz deckt sich dieser Befund mit bestehenden Untersuchungen und Darstellungen, vor allem mit dem eben schon angeführten Konzept der *continuing bonds* von Silverman und Kollegen. Das Aufrechterhalten einer inneren Bindung an den verstorbenen Elternteil im Trauerprozess scheint sich als Hilfe und Halt zu erweisen und wird deshalb über einen langen Zeitraum beibehalten. Für die

Identifizierung und Idealisierung gibt es Untersuchungen, die besagen, dass diese vor allem in der Folgezeit nach dem Verlust besonders ausgeprägt sind (Garber, 1985, Kaffman & Elizur, 1984, 1996, Moebius, 1985, Raphael, 1983). Eine mögliche Erklärung für das Fortbestehen von Identifizierung und Idealisierung könnte darin liegen, dass, wie beschrieben, die Kummergefühle lange sehr intensiv sind, was dazu führt, dass so auch in späteren Jahren noch die Nähe zum Vater gesucht wird.

Die Trauermerkmale Angst sowie die somatischen Symptome der Trauer verändern sich mit der Zeit kaum. Zwar ist bei den aktuell betroffenen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen die jeweils stärkste Ausprägung festzustellen, es findet aber keine signifikante Abnahme statt. Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu den meisten Untersuchungen. Angst ist vor allem in den ersten beiden Jahren nach dem Verlust dokumentiert, danach wäre eine Verringerung zu erwarten gewesen (Elizur & Kaffman, 1982, Garber, 1983, LaGrand, 1981, Raveis et al., 1999). Und auch die somatischen Symptome der Trauer in Form von gesundheitlichen Beschwerden sind bestehenden Studien zu Folge vor allem im ersten Jahr nach dem Tod eines Elternteils präsent (Kalter et al., 2002/03, LaGrand, 1981, Silverman & Worden, 1993, Worden & Silverman, 1996). Bei der Depression zeigt sich eine Abnahme der Intensität nach den ersten beiden Jahren nach dem Tod des Vaters. Der dann erreichte Wert bleibt aber konstant erhalten, eine weitere Abnahme findet in den Folgejahren nicht mehr statt. Auch dieses Ergebnis steht nicht im Einklang mit bestehenden Untersuchungen, die eher auf eine kontinuierliche Abnahme hindeuten (Gray, 1987, Harris, 1991, Saldinger et al., 1999, Van Eerdewegh et al., 1985, Weller et al., 1991). Auf dieses unerwartete Ergebnis wird bei der Diskussion der Bedeutung des Alters noch einmal eingegangen, um eine mögliche Erklärung für diesen Befund aufzuzeigen.

So lässt sich zusammenfassend sagen, dass der seit dem Verlust vergangenen Zeit eine Bedeutung für den Trauerprozess zukommt. Einige der beschriebenen Trauerreaktionen nehmen in ihrer Intensität mit fortschreitender Zeit ab. Dennoch verläuft die Abnahme der Trauersymptomatik in der vorliegenden Arbeit nicht so deutlich, wie das eigentlich auf Basis der bestehenden Forschungslage zu vermuten war. An den hohen Werten bei Kummer und Verdrängung, aber auch der Angst auch noch zu späteren Zeitpunkten im Trauerprozess zeigt sich, dass in der vorliegenden Untersuchung die Trauiergefühle über einen unerwartet langen Zeitraum erhalten bleiben. Das könnte auf die besondere

Trauersituation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen hinweisen. Bei der Erstellung von Messverfahren und Studiendesigns wird oft noch immer auf Darstellungen des Trauerverlaufs bei Erwachsenen zurückgegriffen. Damit wird aber die besondere Situation jüngerer Trauernder außer Acht gelassen. Diese zu berücksichtigen, erscheint den eben ausgeführten Ergebnissen zu Folge unbedingt nötig zu sein, denn als ein Resultat der vorliegenden Untersuchung lässt sich festhalten, dass Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sehr lange, nämlich mehrere Jahre, um den verstorbenen Vater trauern.

Das Alter der teilnehmenden Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen erweist sich als nur von geringer Bedeutung. Kein einziger Aspekt der Trauer hängt signifikant vom Alter ab, die einzelnen Altersgruppen unterscheiden sich kaum voneinander. Dies deckt sich nicht in allen Punkten mit der bestehenden Befundlage. Vor allem bei Kindern und jüngeren Jugendlichen werden intensivere Kummergefühle beschrieben (Furman, 1977a, Krupnick & Solomon, 1987, Schweitzer & Niedermann, 2000, Tonkins & Lambert, 1996). Dies wird damit begründet, dass die Ablösung noch nicht so weit fortgeschritten ist und außerhalb der Familie nicht so viele andere Bindungsfiguren zur Verfügung stehen. Für die Stichprobe in der vorliegenden Arbeit trifft das nicht zu, denn der Kummer differiert nicht zwischen den Altersgruppen. Auch die 14- bis 18jährigen Jugendlichen geben ihren Kummer offen zu, was ebenfalls im Widerspruch zu bestehenden Darstellungen steht. Denn meist wird für diese Altersgruppe beschrieben, dass diese ihren Kummer nach außen hin zu verbergen versucht (Balk, 2001, Menke, 2002, Kandt, 1994, Käsler, 1993). Unterstrichen wird das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung noch dadurch, dass im Gegensatz zu bestehenden Studien (Harris, 1991, Raphael, 1993) die Verdrängung, sowohl die auf kognitiver Ebene als auch die gegenüber der Umwelt, in allen Altersgruppen ähnlich ausgeprägt ist und sich die Gruppe der 14- bis 18jährigen Jugendlichen auch hier nicht hervorhebt. Dass das so oft beschriebene Verbergen der Trauiergefühle in diesem Alter nicht eingetreten ist, könnte darauf zurückzuführen sein, dass ein Fragebogen, der anonym und ohne persönlichen Kontakt zu bearbeiten ist, ein Messinstrument darstellt, das es auch Jugendlichen ermöglicht, offen zu ihrer Trauer zu stehen, ohne eine Bloßstellung oder Stigmatisierung zu fürchten. Zusätzlich soll bei der Betrachtung der Verdrängung erwähnt werden, dass für das Alter ein Interaktionseffekt mit der seit dem Tod des Vaters vergangenen Zeit aufgezeigt werden kann. Während bei den jungen

Erwachsenen die Verdrängung mit der Zeit an Intensität verliert, nimmt sie in der Altersgruppe der 10 bis 13jährigen zu.

Für die Identifizierung mit dem Vater liegen Befunde vor, die für eine besonders intensive Ausprägung während der Adoleszenz sprechen (Christ, 2000, LaGrand, 1981). Dies wird damit begründet, dass es sich um einen Lebensabschnitt handelt, indem die Ablösung von den Eltern eine der Entwicklungsaufgaben darstellt, die es zu bewältigen gilt. Da der Vater dafür nicht zur Verfügung steht, ist seine Abwesenheit umso schmerzlicher (Furman, 1983, 1984, Garber, 1985, Schultz, 1999, Worden, 1996). An seiner Stelle wird ein inneres Vaterbild dazu herangezogen. In der vorliegenden Untersuchung ist keine stärkere Ausprägung während der Adoleszenz festzustellen. Eine Erklärung hierfür könnte wiederum in der Wirkung von weiteren Einflussfaktoren liegen, wie es Fleck-Bohaumilitzky (2003) für ein anderes Merkmal, die Idealisierung, beschreibt, nämlich dass die Idealisierung durch die Mutter als verbliebenen Elternteil wesentlich geprägt werden kann.

Die Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 18 Jahren geben die meisten Schuldgefühle an. Dieser Befund erreicht zwar keine statistische Signifikanz, ist aber dennoch erwähnenswert, weil dies sowohl für die als normal als auch für die als pathologisch betrachteten Schuldgefühle zutrifft. Schuldgefühle im Trauerprozess bei Kindern und Jugendlichen sind kein Forschungsschwerpunkt, weshalb eine ähnliche Feststellung nicht dokumentiert ist. Das vermehrte Auftreten von Schuldgefühlen während der Adoleszenz könnte dadurch bedingt sein, dass es sich um einen Lebensabschnitt mit erhöhter Vulnerabilität handelt, in dem das Bewältigen der Entwicklungsaufgaben mit dem Trauerprozess in Konflikt geraten kann (Akhtar & Smolar, 1998, Balk, 1996, 2001, Balk & Vesta, 1998, Fristad et al., 1993, Garber, 1985, Mireault & Compas, 1996, Rosen, 1991). Dies kann den Trauerprozess erschweren und eine veränderte Trauersymptomatik hervorrufen. In diesem Zusammenhang kann auch auf einen Interaktionseffekt hingewiesen werden, der dann hervortritt, wenn zum Alter zusätzlich die seit dem Verlust vergangene Zeit berücksichtigt wird. Dann zeigt sich in der Untergruppe derjenigen Jugendlichen im Alter von 14 bis 18 Jahren, die akut vom Tod ihres Vaters betroffen sind, der mit Abstand höchste Wert bei der fehlenden Akzeptanz des Verlusts. Dies unterstreicht die besondere Situation dieser Altersgruppe, was die

Intensität der Belastung betrifft, was auch an späterer Stelle bei der Diskussion von Bewältigung und Intervention noch einmal Beachtung finden soll.

Noch deutlicher zeigt sich diese Feststellung bei der Betrachtung von Depression und Selbstwert. Es wurden hierzu auch die Normwerte Gleichaltriger herangezogen, um einen Überblick darüber zu erhalten, ob sich trauernde Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene überhaupt hinsichtlich Depression und Selbstwert von der Gesamtbevölkerung abheben. Im Vergleich zu Gleichaltrigen erweisen sich hier die trauernden Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 18 Jahren als besonders belastet. Sie geben zum einen die höchsten Werte bei der Depression überhaupt an, zum anderen unterscheiden sie sich damit auf hochsignifikantem Niveau von dem Normwert. Dieser Befund steht im Einklang mit vielen Untersuchungen (Gray, 1987, Worden & Silverman, 1996). Zudem geben Teilnehmer dieser Alterstufe einen niedrigeren Selbstwert als Gleichaltrige an, ein Befund, der ebenfalls durch einige bestehende Studien gestützt wird (Mack, 2001, Worden & Silverman, 1996).

Erstaunlicherweise heben sich auch die 10- bis 13jährigen Kinder und jüngeren Jugendlichen ab, wenn auch anders als erwartet. Denn ihr Depressionsniveau entspricht dem Normwert, außerdem erweist sich der Selbstwert als signifikant höher als bei Gleichaltrigen. Diese Altersgruppe empfindet offensichtlich keine so deutliche Belastung. Der höhere Selbstwert bei den Kindern bis 13 Jahre könnte darauf zurückzuführen sein, dass diese Altersgruppe den Tod des Vaters nicht auf die eigene Person bezieht. Wie zuvor beschrieben, gibt diese Altersgruppe weniger Schuldgefühle an als zum Beispiel die 14- bis 18jährigen. Der Verlust des Vaters scheint sich nicht auf ihr Selbstkonzept auszuwirken.

Mit diesem Befund soll noch einmal das zuvor beschriebene Ergebnis aufgegriffen werden, wonach im zeitlichen Verlauf des Trauerprozesses kaum eine Abnahme von Depression und somatischen Beschwerden festzustellen ist. Dies könnte dadurch bedingt sein, dass in zwei der drei Altersgruppen die Werte nur geringfügig von den Normwerten abweichen.

Für die Angst lässt sich abschließend die Aussage treffen, dass die Intensität bei allen erfassten Teilnehmern deutlich über der Normstichprobe liegt. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit bestehenden Studien (Felner et al., 1981, Worden & Silverman, 1996). Der in einigen empirischen Untersuchungen festgestellte Alterseffekt, nach dem

Jugendliche während der Adoleszenz intensivere Angstgefühle angeben (Fristad et al., 1993, Worden & Silverman, 1996), bleibt in der vorliegenden Studie aus. Bei Jugendlichen ist zwar eine besondere Belastung festzustellen, diese scheint sich aber nicht in Angstgefühlen niederzuschlagen. Das unterstreicht noch einmal, dass – um dem Trauerprozess und dem Belastungsempfinden der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen gerecht zu werden – bei den Trauerreaktionen genau differenziert werden muss und nicht einfach von Trauer allgemein gesprochen werden darf.

11.2 Die Wirkung weiterer Einflussfaktoren auf die Trauer

Im Folgenden wird die Wirkung der Einflussgrößen der Beziehung zur Mutter, der Kontrollüberzeugungen als Beispiel für einen intrapersonalen Faktor sowie der Todesursache und des Geschlechts mit der bestehenden Befundlage diskutiert.

Der Einfluss der Beziehung zur Mutter

Die Beziehung zum verbliebenen Elternteil wird übereinstimmend als der wichtigste Einflussfaktor im Trauerprozess dargestellt (Baker et al., 1992, Bilfulco, Brown & Harris, 1987, Corr, 1997, Herz-Brown, 1989, Samuels, 1988, Wass, 1997). Furman (1977a) beschreibt dies im Besonderen für Kinder und jüngere Jugendliche, da diese noch verstärkt auf ihre Eltern beziehungsweise den verbliebenen Elternteil angewiesen sind und ihnen außerhalb der Familie noch nicht so viele weitere Bezugspersonen zur Verfügung stehen. Dies trifft auch für die vorliegende Untersuchung zu, denn die Gruppe der 10- bis 13jährigen fühlt sich mit der Mutter am stärksten verbunden. Die Unsicherheit in der Beziehung zur Mutter ist bei allen Teilnehmern gleich ausgeprägt. Entgegen der vorliegenden Datenlage, wonach die Angst, nach dem Vater auch noch die Mutter zu verlieren, ebenfalls bei Kindern und jüngeren Jugendlichen intensiver ist (Bowlby, 1987, Garber, 1989, Sanchez et al., 1994, Wintsch, 1996), weisen alle Altersgruppen gleich starke Verlustängste auf. Somit geben auch junge Erwachsene Ängste an, die Mutter zu verlieren. Das lässt den Schluss zu, dass Verlustängste nicht nur damit zusammenhängen, wie viele Bindungspersonen während des Trauerprozesses zur Verfügung stehen und dass die Anwesenheit weiterer Bezugspersonen neben dem

Elternteil, wie Peers oder der Partner, die Angst nicht automatisch reduziert. Es muss doch der Besonderheit der Elternbindung Rechnung getragen werden, wonach sich der noch verbleibende Elternteil nicht durch andere nahestehende Personen ersetzen lässt, sondern bis ins junge Erwachsenenalter hinein während des Trauerprozesses eine wichtige Bindungsperson bleibt.

Psychische Unterstützung, die Schaffung einer stützenden Umgebung sowie Stabilität und Kontinuität in der Beziehung werden von Saler & Skolnick (1992) als besonders wichtig beschrieben. Die Mutter ist nicht nur primärer Versorger ihrer Kinder, sondern auch der wichtigste Ansprechpartner in der Trauer. Kann sie Rückhalt und Sicherheit vermitteln und gegenseitige Solidarität in der Trauer schaffen, so kann die Beziehung zur Mutter als der einflussreichste Schutzfaktor bezeichnet werden (Furman, 1983, Kaffman & Elizur, 1996). In der vorliegenden Untersuchung zeigt sich die beschriebene protektive Wirkung auf den ersten Blick nicht so deutlich. Die Trauerreaktionen der Verdrängung, fehlenden Akzeptanz und der Schuld erweisen sich als unabhängig von der Verbundenheit mit der Mutter, ebenso Depression, Angst und die somatischen Symptome. Die Intensität der Verbundenheit wirkt sich aber auf die Aufrechterhaltung des inneren Vaterbildes aus: je mehr sich die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit der Mutter verbunden fühlen, desto stärker identifizieren sie sich mit dem verstorbenen Vater und desto intensiver ist auch die interne Repräsentanz. Das deutet darauf hin, dass die Mutter die Inkorporierung des Vaters fördert beziehungsweise fördern kann, denn ihr positives Einwirken schafft auch ein positives und starkes inneres Vaterbild. Dieses hat sich, wie zuvor mehrmals beschrieben, als hilfreich im Trauerprozess erwiesen. Somit scheint der protektive Effekt den Umweg über die Entstehung und Förderung des inneren Vaterbildes durch die Mutter zu nehmen.

Die Beziehung zur Mutter als überlebenden Elternteil kann auch Risiken für den Trauerprozess mit sich bringen, wenn nicht die eben beschriebenen positiven Anteile überwiegen, sondern Schwierigkeiten und Unsicherheiten auftreten (Bowlby, 1987, Harrington & Harrison, 1999, Schwab et al., 1991). Fehlt die Sicherheit, sich auf den einzigen noch verbliebenen Elternteil verlassen zu können, kann dies den Trauerprozess intensivieren. Das bestätigt die vorliegende Untersuchung, denn der Kummer der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist dann umso stärker, je mehr

Unsicherheit in der Bindung zur Mutter empfunden wird. Zudem führt Unsicherheit zu Schwierigkeiten, den Tod des Vaters zu akzeptieren. Wahrscheinlich fällt es schwerer, den Verlust zu akzeptieren, wenn keine andere Bezugsperson zur Verfügung steht, die als verlässliche Stütze betrachtet wird. Auch Depression, Angst und die somatischen Symptome der Trauer sind dann ausgeprägter. Unsicherheit in der Beziehung zur Mutter manifestiert sich außerdem in massiven Schuldgefühlen. Besonders dieses Ergebnis unterstreicht noch einmal, dass dann von einem Risikofaktor gesprochen werden kann, denn lange anhaltende und intensive Schuldgefühle stellen eine große Belastung dar, die den Trauerprozess verkomplizieren können (Raphael, 1983, Stephenson, 1985).

Die Angst, nach dem Vater auch noch die Mutter zu verlieren, stellt eine Belastung dar (Bowlby, 1987, Donders, 1993, Garber, 1989, Koocher & Gudas, 1992, Sanchez et al., 1994). Diese Verlustängste greifen, auch in der vorliegenden Untersuchung, in den Trauerprozess ein und können ihn intensivieren und verkomplizieren. Es werden mehr Kummergefühle und größere Schwierigkeiten, den Tod des Vaters zu akzeptieren, angegeben, rücken doch gerade diese Ängste den Verlust und das Fehlen des Vaters deutlicher ins Bewusstsein. Zudem ist festzustellen, dass sich die Angst vor dem Verlust der Mutter in Schuldgefühlen manifestiert – und zwar in den Schuldgefühlen, die im Rahmen des Trauerprozesses als normal betrachtet werden. Offensichtlich sind es Schuldgefühle, die sich darauf beziehen, dem Vater nicht immer gehorcht oder ihm widersprochen zu haben, die sich bei Verlustängsten widerspiegeln. Sie scheinen nicht nur mit dem verstorbenen Vater und der Trauer, sondern auch mit der Mutter als noch verbliebenen Elternteil verbunden zu sein. Es sind auch Zusammenhänge mit Depression, Angst und somatischen Symptomen erkennbar (Elizur & Kaffman, 1983). Deshalb kann von einem Risikofaktor gesprochen werden, weshalb dies bei der Diskussion um Schutz- und Risikofaktoren noch einmal aufgegriffen wird.

Die Bedeutung der Kontrollüberzeugung

Der Persönlichkeit wird eine Bedeutung sowohl für den Trauerprozess selbst als auch für die Bewältigung und die Anpassung an die veränderte Situation zugeschrieben (Hatter, 1996, Krupnick & Solomon, 1987, Oltjenbruns, 1991, Schneewind & Weiß, 1998). Dies gilt auch für die Kontrollüberzeugungen, die in der vorliegenden Arbeit als

Beispiel für einen intrapersonalen Faktor gewählt wurden. Kontrollüberzeugungen werden als Persönlichkeitseigenschaften betrachtet und ein Einfluss auf dem Umgang mit kritischen Lebensereignissen konnte in Studien belegt werden (Inglehart, 1988, Kliewer & Sandler, 1992, Siddique & D'Arcy, 1984).

Internalität wird zum einem in der Resilienzforschung als ein personaler Schutzfaktor bezeichnet, der den Umgang mit und die Anpassung an kritische Lebensereignisse erleichtert (Albrecht, 1994, Flammer, 1990, Luthar & Zigler, 1991). Zum anderen belegen Befunde aus empirischen Studien, dass Kinder und Jugendliche mit internaler Kontrollüberzeugung in Konfrontation mit eben diesen Ereignissen geringere Depressionswerte und weniger Angstgefühle aufweisen (Burger, 1984, Caldwell, Pearson & Chin, 1987, Ganellen & Blaney, 1984, Kurdek et al., 1981, Sandler et al., 2000). Externalität wird als Risikofaktor beschrieben. Die Ergebnisse der meisten Studien beziehen sich auf kritische Lebensereignisse allgemein oder einzelne spezielle Erlebnisse, der Tod eines Elternteils wird dabei zwar miteinbezogen, aber nur selten einzeln betrachtet. Die vorliegende Untersuchung kann aufzeigen, dass den Kontrollüberzeugungen auch im Trauerprozess eine Bedeutung zukommt. Der protektive Effekt der Internalität kann teilweise bestätigt werden, denn je internaler die Kontrollüberzeugung eines Jugendlichen oder eines jungen Erwachsenen ist, desto weniger Depression, Angst und somatische Symptome werden angegeben. Bei den anderen Trauerreaktionen wie Kummer, Schuld, Verdrängung und fehlende Akzeptanz des Verlusts wird das nicht so deutlich, sie stehen nicht mit Internalität in Zusammenhang. Es ist aber eine Verbindung mit den Skalen der Inkorporierung des Vaters zu erkennen: Identifizierung mit und Idealisierung des Vaters sind umso stärker ausgeprägt, je internaler die Kontrollüberzeugung ist. Offensichtlich fördert Internalität die Aufrechterhaltung des inneren Vaterbildes, das sich als eine wirksame Stütze in der Trauer und im Umgang mit Kummer erwiesen hat.

Es ist besonders das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen, das sich als Schutzfaktor bezeichnen lässt. Neben Kummer, fehlender Akzeptanz des Verlusts und Schuldgefühlen sind auch Depression, Angst und somatische Symptome dann geringer ausgeprägt, wenn Jugendliche und junge Erwachsene in die eigenen Fähigkeiten vertrauen und an die eigene Handlungsfähigkeit glauben. Das der Glaube an sich selbst und die eigenen Kompetenzen hilfreich ist, ist empirisch belegt (Laucht, 2003, Sandler, 2001, Scheithauer & Petermann, 1999) und kann durch die

vorliegende Untersuchung auch für das kritische Lebensereignis *Tod des Vaters* bestätigt werden.

Bei der Betrachtung der Skalen der Externalität lässt sich noch deutlicher aufzeigen, dass sich das Konstrukt der Kontrollüberzeugung auch auf das kritische Lebensereignis *Tod eines Elternteils* anwenden lässt. Sowohl die sozial bedingte als auch die fatalistische Externalität weisen eine Verbindung zu Depression, Angst und somatischen Symptomen auf: je externaler die Kontrollüberzeugung eines Jugendlichen oder jungen Erwachsenen ist, desto stärker treten diese hervor. Dieser Zusammenhang ist für die Gesamtbevölkerung belegt (Burger, 1984, Hell & Endrass, 2002, Ganellen & Blaney, 1984, Weinmann et al., 2001). Er kann aber auch für die Stichprobe der vorliegenden Arbeit noch einmal sehr deutlich dargestellt werden. Zudem lassen sich bei der sozial bedingten und der fatalistischen Externalität Verbindungen mit Kummer, fehlender Akzeptanz des Verlusts und Schuld feststellen. Besonders auffällig ist der Zusammenhang mit den als normal betrachteten und den als pathologisch eingestuften Schuldgefühlen. Eine Diskussion mit bestehenden Forschungsbefunden ist nicht ganz leicht. Zumindest durch viele empirische Untersuchungen belegt ist der Zusammenhang mit Depression und Angst, wonach – wie auch schon eben beschrieben – Externalität als Risikofaktor zu betrachten ist und zu Anpassungsproblemen führen kann (Fogas et al., 1992, Kim et al., 1997, Parkes, 1984, Sandler et al., 2000). Der Glaube, auf die Geschehnisse in der Umwelt keinen oder nur geringen Einfluss zu haben, da das Schicksal oder andere Personen dies verhindern, schlägt sich deutlich in der Trauersymptomatik nieder, indem unter anderem mehr Schuldgefühle auftreten und die Akzeptanz des Verlusts erschwert ist.

Zusätzlich wirkt die Kontrollüberzeugung nicht nur als direkter Einflussfaktor auf die Trauer, sondern stellt auch einen Mediator im Trauerprozess dar. Die Mediatorwirkung von Kontrollüberzeugungen ist belegt (Fry & Scher, 1984, Kim et al., 1997). Sie wird in der vorliegenden Arbeit exemplarisch für die Verbindung zwischen der Beziehung zur Mutter und der Trauerreaktion Depression dargestellt. Gerade dieser Befund, nämlich dass bei dem so wichtigen Faktor der Beziehung zur Mutter als verbliebenen Elternteil eine weitere Einflussgröße zum Tragen kommt, wird bei der Darstellung besonders der möglichen Intervention ein wichtiger Diskussionspunkt sein.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass dem Konstrukt der Kontrollüberzeugung ein Einfluss bei dem kritischen Lebensereignis *Tod des Vaters* zugesprochen werden kann. Internalität als möglicher Schutzfaktor tritt dabei nicht so deutlich hervor, wie das aufgrund der Betrachtung der Untersuchungen zu kritischen Lebensereignissen eigentlich angenommen hätte werden können (Albrecht, 1994, Flammer, 1990, Luthar & Zigler, 1991). Schon eher lässt sich der Glaube in die eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen als Schutzfaktor bezeichnen. Dafür lässt sich aber Externalität als ein Risikofaktor im Trauerprozess deutlich belegen, der sich unter anderem in starken Schuldgefühlen und in Schwierigkeiten bei der Akzeptanz des Verlusts niederschlägt.

Die Bedeutung der Todesursache

Der Todesursache des Vaters kommt keine so große Bedeutung für den Trauerprozess zu, wie dies vermutet worden ist. Es wurden zwei Kriterien gewählt, nach denen die Auswirkung der Todesursache erfasst wird. Die Unterteilung in *erwartet* und *unerwartet* zeigt in der vorliegenden Untersuchung kaum einen Unterschied in den Trauerreaktionen auf. Der Kummer der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist annähernd gleich, ob nun der Vater plötzlich verstarb oder sein Tod absehbar war. Genau so verhält es sich mit den meisten anderen Trauerreaktionen einschließlich der Verdrängung und der Schuldgefühle. Zwar weisen diejenigen, deren Vater unerwartet verstarb, mehr Schwierigkeiten auf, den Tod des Vaters zu akzeptieren, dieser Befund erreicht aber keine statistische Signifikanz. Einzig die Identifizierung mit dem Vater ist dann stärker, wenn dieser plötzlich und unvorhersehbar verstarb, doch auch hier liegt nur eine tendenzielle Signifikanz vor. Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu vielen bestehenden Untersuchungen. So beschreiben zum Beispiel Nolen-Hoeksema & Larson (1999), dass bei einem unerwarteten Tod keinerlei Abschied stattgefunden hat und unter Umständen viele Fragen offen und Angelegenheiten ungeklärt bleiben. Ergänzend wird ausgeführt, dass Nichtwahrhabenwollen und fehlende Akzeptanz besonders intensiv sind und lange anhalten (Herz-Brown, 1989, Langenmayr, 2001, Meshot & Leitner, 1992/93, Sprang & McNeil, 1995). Unterstützt werden diese Befunde durch das Konzept der antizipatorischen Trauer (Rando, 1997, Rosenheim & Reicher, 1986, Worden, 1999). Dieses Konzept besagt, dass im Laufe einer Erkrankung, bei der der Tod absehbar ist, der Trauerprozess schon vor dem eigentlichen Verlust einsetzt und

nach dem Tod, in diesem Fall des Elternteils, nicht mehr so intensiv ist. Dieses Konzept scheint in der vorliegenden Arbeit nicht zu greifen, denn, wie beschrieben, ist die Trauer nach einem absehbaren Verlust nicht geringer. Damit nimmt diese Untersuchung aber keine Einzelstellung ein, denn das Konzept der antizipatorischen Trauer ist umstritten. Worden (1999) selbst weist darauf hin, dass die vorweggenommene Trauer nicht immer Erleichterung bedeutet. Davies (1997) und Fulton (2003) mahnen an, dass eine Vielzahl von Faktoren berücksichtigt werden muss, zum Beispiel die Dauer der tödlich verlaufenden Erkrankung sowie die Schwere und ihr Verlauf. Den Elternteil über lange Zeit leiden zu sehen und mit den damit verbundenen Ängsten und Sorgen leben zu müssen, kann den Effekt der vorweggenommenen Trauer überdecken und zu einer weit größeren Belastung werden. Gerade dies wird dadurch unterstrichen, dass diejenigen in der vorliegenden Untersuchung, deren Vater einen absehbaren Tod starb, signifikant höhere Depressionswerte angeben. Das spricht dafür, dass die Belastung einer langen und schweren Erkrankung des Elternteils keinesfalls unterschätzt werden darf. Außerdem bedeutet die Pflege und Versorgung eines dauerhaft erkrankten Elternteils, dass meist auch der andere Elternteil den Kindern zeitlich und emotional weniger zur Verfügung steht, was noch einmal eine zusätzliche Belastung bedeutet. Genau zu diesem Ergebnis kommt auch Schwartz (2004) in seiner Studie. Zudem muss angemerkt werden, dass das Konzept der antizipatorischen Trauer zwar auch auf Kinder und Jugendliche anzuwenden ist (siehe Osterweis et al., 1984), aber dennoch fraglich ist, inwieweit besonders diejenigen, die beim Tod des Vaters noch relativ jung waren, abschätzen konnten, dass dieser sterben würde. Zudem wird nicht allen Kindern und Jugendlichen von ihren Eltern die Wahrheit gesagt, wie die Studie von Mireault & Compas (1996) belegt, in der nur die Hälfte der befragten Jugendlichen darauf vorbereitet wurde, dass ein Elternteil sterben wird. So kann auch ein eigentlich absehbarer Tod als plötzlich eintretend empfunden werden.

Der Todesursache kommt auch dann nur eine geringe Bedeutung zu, wenn eine Einteilung in *natürlich* und *unnatürlich* herangezogen wird, denn auch dann sind mit einer Ausnahme keine unterschiedlichen Trauerreaktionen beziehungsweise keine Unterschiede in der Intensität festzustellen. Einzig Schwierigkeiten, den Tod des Vaters zu akzeptieren, treten dann besonders intensiv auf, wenn eine unnatürliche Ursache den Tod des Vaters bedingt hat. Dies wird durch bestehende Untersuchungen und Darstellungen gestützt (Berlinsky & Biller, 1982, Pfeffer et al., 2000, Raphael, 1983).

Als Begründung wird vor allem herangezogen, dass unter unnatürlichen Todesursachen zum einen Unfälle erfasst werden. Diese sind in vielen Fällen mit Gewalteinwirkung von außen und so mit der Frage nach Schuld und Verantwortlichkeit verbunden. Zum anderen wird auch Suizid zu den unnatürlichen Todesursachen gezählt. Die davon Betroffenen sind sowieso mit einer besonderen Situation konfrontiert (Cerel et al., 2000, Jordan, 2001, Séguin et al., 1995, Van der Wal, 1989/90). Es bleibt aber anzumerken, dass die unterschiedliche Intensität der fehlenden Akzeptanz den einzigen Unterschied darstellt, alle anderen Trauerreaktionen einschließlich Kummer und Schuldgefühle differieren nicht. Das kann wiederum damit begründet werden, dass auch hier keinesfalls die Belastung durch eine schwere, lange andauernde Erkrankung unterschätzt werden darf, die trotz aller Natürlichkeit sehr belastend vor allem für Kinder und Jugendliche wirken kann (Corr, 1997, Furman, 1977a, Saldinger, Cain & Porterfield, 2003). Allenfalls die Unfassbarkeit, die sich in fehlender Akzeptanz niederschlägt, scheint, wie beschrieben, abgeschwächt.

Um weitere Aufschlüsse zu erhalten, wäre es zum Beispiel möglich, die Todesursachen nicht nach bestimmten Kriterien in Gruppen einzuteilen, sondern gleiche Todesursachen zu Gruppen zusammenzunehmen. Dies gestaltet sich schwierig und war auch in der vorliegenden Untersuchung nicht möglich, da bestimmte Todesursachen eher selten auftreten, wie sich schon an der statistischen Verteilung der Todesursache in der Bundesrepublik Deutschland ablesen lässt (siehe Abb. 1-1 und 1-2 im Anhang 1). Einzelne Untergruppen wie Suizid oder Unfall sind dann trotz großer Gesamtstichprobe zu gering besetzt. Natürlich muss angemerkt werden, dass auch an der in der vorliegenden Arbeit verwendeten Einteilung Kritik geübt werden kann, denn, wie beschrieben, kann die Unterscheidung in *erwartet* und *unerwartet* dadurch verzerrt werden, inwieweit die Betroffenen selbst sich darüber im Klaren sind, ob der Tod des Elternteils absehbar ist oder nicht.

Geschlechtunterschiede im Trauerprozess

Mädchen und junge Frauen geben mehr Kummergefühle an als Jungen und junge Männer. Dies war auch so erwartet worden, denn bestehende Studien kommen zu dem Ergebnis, dass Mädchen und Frauen eine affektivere und intensivere Kummerantwort

angeben (Lenhardt & McCourt, 2000, Versalle & McDowell, 2005). Der Großteil der Trauerarbeit in den westlichen Gesellschaften wird von Frauen getragen, so dass diese im Laufe des Sozialisationsprozesses an den Umgang und die Expression von Trauer noch eher herangeführt werden. Dem weiblichen Geschlecht wird Traurigkeit und Weinen eher zugestanden, weshalb es Mädchen und Frauen auch leichter fällt, Items, die auf das Weinen um den Vater und anhaltende Traurigkeit abzielen, offen zu beantworten. In der vorliegenden Arbeit zeigt sich, dass Mädchen und Frauen zudem mehr Schwierigkeiten haben, den Tod des Vaters zu akzeptieren. Dies war so eigentlich nicht zu erwarten gewesen, könnte aber auf eine ähnliche Ursache zurückzuführen sein, wie dies schon für den Kummer beschrieben wurde. Jungen und Männern wird nicht nur vermittelt, ihren Kummer nach außen hin zu verbergen, sondern Ecker (1999) und McGoldrick (1992) stellen dar, dass Jungen und Männern innerhalb aller Sozialisationsinstanzen beigebracht wird, ihr gesamtes Trauerverhalten nach außen hin zu kontrollieren. Dem lässt sich allerdings entgegenhalten, dass dementsprechend eine soziale Verdrängung der Trauer gegenüber dem Umfeld für das männliche Geschlecht ausführlich dokumentiert ist (Diodà & Gomez, 1999, Kelley, 2001, Levang, 2002). Und gerade das Verbergen der Trauer im sozialen Umfeld ist bei den Jungen und jungen Männern in der vorliegenden Untersuchung nicht festzustellen beziehungsweise Mädchen und junge Frauen tun dies in demselben Maß. Es bleibt natürlich anzumerken, dass die Ergebnisse auf den Angaben der Teilnehmer beruhen und inwieweit Tränen dann wirklich in der Öffentlichkeit gezeigt werden, ist nicht nachzuprüfen. Die Geschlechtseffekte der vorliegenden Studie sind altersübergreifend und zeitüberdauernd, das bedeutet, sie sind bei allen Altersgruppen und in jeder zeitlichen Phase des Trauerprozesses gleichermaßen zu finden.

Bei Mädchen und jungen Frauen lassen sich mehr Depression, Angst und somatische Symptome der Trauer feststellen. Ein vermehrtes Auftreten von internalisierenden Symptomen und Störungen bei Mädchen und Frauen ist sowohl für die Gesamtbevölkerung dokumentiert, spiegelt sich aber auch in den Ergebnissen einer Vielzahl von empirischen Untersuchungen zu Verlust und Trauer wider: dies gilt für Depression (Dowd et al., 1999, Kranzler, 1990, Oltjenbruns, 1991, Raveis et al., 1999, Worden & Silverman, 1996) gleichermaßen wie für Angst (Kurtz et al., 1993, Weissman & Merikangas, 1986) und die somatischen Symptome (Raphael et al., 1990). Essau (2002) merkt an, dass dieser Unterschied nicht auf unterschiedliche Offenheit und

Ehrlichkeit zurückgeht, sondern als ein echter Unterschied zu bezeichnen ist, der sich unter anderem auf divergierende Sozialisationspraktiken in Bezug auf Kontrolle, Gefühlsmanagement und Geschlechtsrollenorientierung sowie auf unterschiedliche Copingstrategien (siehe Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994) zurückführen lässt. Auch dieser Geschlechtseffekt gilt für alle Altersgruppen und zu jedem Zeitpunkt im Trauerprozess. Die in einigen Studien dargestellten Interaktionseffekte mit dem Alter (Kurtz et al., 1993, Worden & Silverman, 1996), wonach vor allem Mädchen und junge Frauen während der Adoleszenz besonders intensive Angst und Depression angeben, treten in der vorliegenden Untersuchung nicht auf. Kurtz et al. (1993) begründen den in ihrer Studie aufgetretenen Effekt damit, dass Mädchen und junge Frauen im Gegensatz zu Jungen und jungen Männern während der Adoleszenz weniger gut in der Lage sind, sich mit dem verstorbenen Vater als den gegengeschlechtlichen Elternteil zu identifizieren und sich dies in Angstgefühlen niederschlägt. So könnte eine mögliche Erklärung darin liegen, dass in der vorliegenden Untersuchung dieser Geschlechtsunterschied bei der Identifizierung nicht auftritt, wie der folgende Abschnitt zeigt.

Mit dem Vater ist für Jungen und junge Männer der gleichgeschlechtliche Elternteil gestorben. Mehrere Untersuchungen weisen darauf hin, dass eine Identifizierung besonders mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil geschieht (Hetherington, 1972, Hetherington et al., 1979, McDougall, 1989, Williams & Radin, 1999). Ein direktes Identifizieren mit dem abwesenden Vater ist nicht mehr möglich. Deshalb wurde davon ausgegangen, dass bei Jungen und jungen Männern dementsprechend während des Trauerprozesses die Identifizierung mit dem Vater besonders ausgeprägt ist. Mädchen und jungen Frauen steht mit der Mutter als verbliebenen Elternteil das gleichgeschlechtliche Rollenvorbild noch zur Verfügung. Bei genauer Betrachtung zeigt sich in der vorliegenden Arbeit sogar, dass Mädchen und junge Frauen einen geringfügig höheren Wert bei der Identifizierung aufweisen. Das könnte auf die Bedeutung des Vaters auch als gegengeschlechtliches Rollenvorbild hinweisen. Zudem wurde zuvor schon mehrmals darauf hingewiesen, dass das Identifizieren mit dem verstorbenen Elternteil als Unterstützung und Halt in der Trauer angesehen werden kann. So könnten Mädchen und junge Frauen, die ja stärkere Kummergefühle angeben, die Möglichkeit der Identifizierung mit dem Vater nutzen, um sich ihm nahe zu fühlen und so mit dem Kummer umgehen zu können. Die eigentlich erwartete stärkere

Idealisierung des Vaters durch Töchter, wie sie zum Beispiel Arthur & Kemme (1964) beschreiben, liegt nicht vor.

Dafür zeigt die Betrachtung der internen Repräsentanz des Vaters ein Interaktionseffekt mit dem Alter auf. Während sich insgesamt betrachtet kein Geschlechtsunterschied ergibt, ist bei der Aufschlüsselung in die einzelnen Altersgruppen ersichtlich, dass besonders bei Jungen und jungen Männern in den Altersgruppen der 10- bis 13jährigen und 19- bis 25jährigen die interne Repräsentanz in eher geringerem Maße festzustellen ist, als dies bei den 14- bis 18jährigen der Fall ist. Bei Mädchen und jungen Frauen sind geringe Schwankungen in der Ausprägung zu beobachten. Offensichtlich kommt dem inneren Vaterbild während der Adoleszenz doch eine Bedeutung zu, weil seine Abwesenheit in diesem Zeitraum als besonders schmerzlich empfunden wird (Christ, 2000, Garber, 1985, Schultz, 1999). Und dies trifft dann vor allem Jungen und junge Männer, da sich dann doch das Fehlen des gleichgeschlechtlichen Elternteils bemerkbar machen könnte.

11.3 Bewältigung und Intervention

Was ertragen und bewältigt werden kann, ist von Mensch zu Mensch unterschiedlich. Das gilt auch für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Spätestens ab dem Jugendalter existiert eine differenzierte Fähigkeit zur Problemanalyse sowie ein differenzierteres Wissen um konkrete Handlungsmöglichkeiten, was es ermöglicht, ein Problem in seiner Komplexität zu erfassen und Strategien für einen Umgang damit zu entwerfen (Larisch & Lohaus, 1997). Bewältigung bedeutet aber nicht nur den erfolgreichen Umgang mit dem Problem, sondern auch den Erwerb von längerfristigen Copingfähigkeiten. Coping als Begriff geht zurück auf Lazarus (1966), eine mögliche Definition lautet: „Coping refers to efforts to master conditions of harm, threat, or challenge when a routine or automatic response is not readily available“ (Monat & Lazarus, 1977, zit. nach Nusko, 1986, S. 50). Lazarus & Folkman (1984) unterscheiden zwischen problem- und emotionsorientiertem Coping, einer Unterscheidung, die von vielen Autoren übernommen wurde (Aldwin, 2000, Moos & Schäfer, 1986, Nolen-Hoeksema & Larson, 1999). Problemorientiertes Coping bedeutet, ein Problem anzugehen, indem dieses nicht nur erfasst und nach Lösungsmöglichkeiten gesucht

wird, sondern indem auch eine kognitive Umbewertung stattfindet. Emotionsorientiertes Coping bezieht sich auf die eigenen Emotionen und deren Regulierung. Kohlmann (1997) weist darauf hin, dass komplexe Probleme und Ereignisse, wie der Tod eines Elternteils zweifellos eines ist, einen Bewältigungsprozess mit sowohl problem- als auch emotionsorientierten Elementen erfordern. Dabei kann das Alter eine Rolle spielen: Knapp, Stark, Kurkjian & Spirito (1991) stellten in ihrer Längsschnittstudie fest, dass jüngere Kinder eher problembezogene Strategien wählen, während adoleszente Jugendliche eher auf emotionsbezogene und kognitive Strategien zurückgreifen. Einmal erworbene Copingfähigkeiten können bei dem Auftreten weiterer kritischer Ereignisse eingesetzt werden. So wappnet adäquat bewältigte Trauer für spätere ähnliche Verlustereignisse (Krueger, 1983).

Im Umgang mit kritischen Lebensereignissen werden von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen verschiedene Strategien gewählt. Die Wahl hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab, die auch für die vorliegende Untersuchung von Bedeutung sind. Diese lassen sich im Wesentlichen als ein Zusammenspiel von Persönlichkeits- und Situationsfaktoren bezeichnen (Frydenberg, 1997, Nusko, 1986). An erster Stelle ist die Persönlichkeit zu nennen. Ich-Ressourcen wie Selbstwertgefühl, Kontrollüberzeugungen, Temperament und Selbstwirksamkeit kommt bei der Bewältigung eine große Bedeutung zu. Kontrollüberzeugungen werden auch in der vorliegenden Arbeit untersucht und es kann aufgezeigt werden, dass diese im Trauerprozess eine Rolle spielen. Dies wurde vor allem für Externalität belegt: eine exterale Kontrollüberzeugung steht in Verbindung mit intensiverer Trauer und lässt sich somit als ein Risikofaktor im Trauerprozess bezeichnen, denn es ist durchaus anzunehmen, dass eine Intensivierung der Trauerreaktionen die Bewältigung verkomplizieren oder verlängern kann und mehr Ressourcen mobilisiert werden müssen. Internalität stellt eigentlich einen Schutzfaktor dar, der auch im Copingprozess wirkt (Frydenberg, 1997). In der vorliegenden Studie erweist sich der protektive Einfluss der Internalität als nicht so stark ausgeprägt, schon eher ist Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen hilfreich. Auf Geschlechtsunterschiede bei der Bewältigung sei kurz hingewiesen (siehe Frydenberg, 1997, Raphael et al., 1990, Recklitis & Noam, 1999). Jungen und Männer zeigen vermehrt ausagierende Copingmuster in Form von auffälligem Verhalten. Sie neigen aber gleichzeitig dazu, Schwierigkeiten in der Bewältigung im sozialen Kontext nicht offen anzusprechen.

Mädchen und Frauen weisen mehr internalisierende Symptome auf, da sie Probleme eher „in sich hineinfressen“. Sie greifen häufiger auf soziale Unterstützung aus dem Umfeld zurück.

Im Zusammenhang mit der Persönlichkeit muss auf die Bedeutung der Situationsfaktoren hingewiesen werden, denn hier kommt das zuvor erwähnte Zusammenspiel von Situation und Persönlichkeit zum Tragen. Der Tod eines Elternteils gilt als eines der einschneidensten Erlebnisse überhaupt (Coddington, 1972, Yamamoto, 1979, Yeaworth et al., 1980). Die Begleitumstände, die mit diesem Ereignis einhergehen, interagieren damit, als wie bedrohlich und belastend die Situation vom Individuum selbst eingeschätzt und bewertet wird. Mit der intrapersonalen Bewältigung steht die Bedeutung von Familie und sozialem Umfeld in Verbindung. Dies soll etwas ausführlicher betrachtet werden, da sich im Bereich Familie und Umfeld besonders für die Altersgruppen der vorliegenden Arbeit auch die meisten Interventionsmöglichkeiten bieten. Vor allem für Kinder und Jugendliche stellen Familie und soziales Umfeld den Rahmen für die Bewältigung dar: erst wenn dieser als sicher empfunden wird, kann eine Bewältigung überhaupt beginnen: „Emotional healing can only begin in earnest when the child experiences the external world as relatively safe“ (Cournos, 2002, S. 154). Die Eltern beziehungsweise der verbliebene Elternteil dienen als Modelle im Copingprozess. Zeigen Eltern adaptive Copingstrategien, sind diese auch bei ihren Kindern feststellbar (Shulman, 1993). Dies trifft für die Bewältigung der Trauer zu: „In cases with coping with the death of a parent, children usually mirror the type of coping style of their surviving parent portrays“ (Moody & Moody, 1991, S. 589). Zudem hat das Familienklima eine Bedeutung. Kissane et al. (1996) stellten fest, dass Familien, deren Mitglieder sich gegenseitig unterstützen und Konflikte konstruktiv lösen, mehr und effektivere Copingstrategien nutzen und sich als Folge schneller an die neue Situation anpassen und die Trauer schneller nachließ. Raveis et al. (1999) beschreiben die günstige Auswirkung von guter familiärer Kommunikation auf den Trauerprozess, wogegen fehlende Kommunikation einen Risikofaktor darstellt. Auch in der vorliegenden Arbeit sind es die negativen Anteile der Beziehung zur Mutter, die als Risikofaktoren herausgestellt werden müssen. Denn vor allem bei einer unsicheren Bindung an die Mutter und Angst, nach dem Vater auch noch die Mutter zu verlieren, ist eine Intensivierung und Verkomplizierung des Trauerprozesses zu beobachten. Dies ist für die Bewältigung von Bedeutung, die durch eine intensivere und eventuell

maladaptive Trauer erschwert ist. Neben der Familie wirkt auch das soziale Umfeld auf den Copingprozess ein. Das erweiterte soziale Netzwerk aus Verwandten, Freunden und möglicherweise Einrichtungen wie Vereinen, Gruppen und Kirche können wichtige Stützen der Bewältigung auch für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sein.

Alle diese Faktoren tragen zur Bewältigung bei und sind für den Trauerprozess von großer Bedeutung. In der vorliegenden Arbeit konnten nur einige ausgewählte Einflussgrößen berücksichtigt und ihre Wirkung auf die Trauer untersucht werden. Dennoch kann aufgezeigt werden, welche Bedeutung Schutz- und Risikofaktoren speziell bei dem kritischen Lebensereignis *Tod des Vaters* zukommt. Wie schon herausgearbeitet, sind es in der vorliegenden Untersuchung besonders die Risikofaktoren, die in ihrer Wirkung bestätigt werden können. Denn sowohl das intrapersonale Merkmal der externalen Kontrollüberzeugungen als auch die negativen Aspekte der Beziehung zur Mutter beeinflussen den Trauerverlauf, indem sie Trauerreaktionen wie Kummer und Schwierigkeiten bei der Akzeptanz des Verlusts verstärken und Folgen wie vermehrte Schuldgefühle als Konsequenz nach sich ziehen. So lassen sich die Konzepte der Vulnerabilität und Resilienz auch im Zusammenhang mit personalen Verlusten diskutieren. Resilienz wird als dynamisch beschrieben, sie entwickelt sich mit der Entwicklung des Kindes, aber auch mit der Krise. Einige protektive, resilienzfördernde Faktoren sind angeboren, andere müssen erlernt werden oder von außen gegeben sein (Masten, 2001, Nuber, 2005). Diejenigen Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der vorliegenden Untersuchung, die auf eine stabile und unterstützende Beziehung zu ihrer Mutter zurückgreifen können und in ihre eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen vertrauen, geben weniger intensive Trauerreaktionen an und haben mit geringeren Schwierigkeiten zu kämpfen, auch wenn sich dieser Zusammenhang empirisch nicht ganz so klar herausarbeiten lässt. Deutlich kann aber das potentielle Risiko derjenigen aufgezeigt werden, die eine unsichere Bindung zu ihrer Mutter aufweisen oder eine exterale Kontrollüberzeugung angeben. Zwar bedeutet nach Beasley, Thompson & Davidson (2003) ein hohes Stresslevel zugleich auch gestiegene Möglichkeiten der Resilienzausbildung, sind jedoch Schutzfaktoren wie unter anderem eine stützende Beziehung zur Mutter nicht gegeben, steigt das Risiko für eine maladaptive Anpassung. Es sind sekundäre, das heißt nicht angeborene, sondern durch die Interaktion mit der Umwelt entstandene Vulnerabilitätsfaktoren, mit denen die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

konfrontiert sind. In verschiedenen Studien erweisen sich gerade diese hochbelasteten Betroffenen als diejenigen, die dysfunktionale und maladaptive Copingstrategien ausbilden. So stellte Seiffge-Krenke (1989) fest, dass Jugendliche, die als hochproblembelastet und überlastet eingeschätzt werden, auf wenig effektive Bewältigungsstrategien zurückgreifen. Auch Larisch & Lohaus (1997) beschreiben, dass sich Überlastung in Rückzug und Meidung aktiver Problemlösung niederschlägt. Es besteht die Gefahr, dass im Laufe des Trauerprozesses Komplikationen auftreten, die sich im Extremfall in pathologischen Trauerformen oder in psychischen oder somatischen Erkrankungen manifestieren können. Auch die Entwicklung von längerfristigen Folgen ist möglich, denn sowohl gestiegene Vulnerabilität als auch dysfunktionale Bewältigungsstrategien erhöhen die Anfälligkeit hinsichtlich weiterer Ereignisse (Schneewind & Weiß, 1998).

Da nun die Risiken im Trauerprozess ausführlich diskutiert wurden, sollen im Folgenden einige Interventionsansätze beschrieben und diskutiert werden. Dabei soll nicht professionelle Unterstützung durch Fachpersonal im Mittelpunkt stehen, sondern aufgezeigt werden, dass eine Intervention zuerst einmal in der Familie und durch die Familie beginnt. Denn die meisten Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bewältigen den erlittenen Verlust alleine: meist reicht dazu die Unterstützung durch die Familie und ein stabiles, soziales Netzwerk aus, so dass professionelle Hilfe nicht erforderlich ist. Frydenberg (1997) nennt für kritische Ereignisse allgemein einige Bedingungen, mit denen die Eltern beziehungsweise ein Elternteil die Bewältigung des Geschehenen unterstützen können: hilfreich werden unter anderem eine positive und effektive Kommunikation, starker Rückhalt, die Möglichkeit, seine Gefühle frei und offen äußern zu dürfen und gegenseitiges Vertrauen genannt. Dies lässt sich auf den Trauerprozess spezifizieren. Eine effektive Kommunikation in Verbindung damit, seine Gefühle frei äußern zu können, sollte zum einen bedeuten, die Fragen der Kinder und Jugendlichen offen zu beantworten, ihnen keine falschen Tatsachen vorzuspiegeln und ihnen die Informationen, die sie benötigen, zukommen zu lassen, so dass keinerlei unbeantwortete Fragen und Missverständnisse den Trauerprozess behindern und verkomplizieren (Attig, 1996, Bürgin, 1989, Gardner, 1983, Norris-Shortle et al., 1993). Zum anderen soll aber auch jedes Familienmitglied seine Trauer und die damit verbundenen Emotionen offen äußern dürfen und es sollte besonders von Seiten des verbliebenen Elternteils Gesprächsbereitschaft bestehen (Schneewind & Weiß, 1998,

(Thompson & Payne, 2000). Ehrliches Antworten und das Erleben der Trauergefühle des anderen ermöglichen es, gemeinsam zu trauern. Aus diesem Grund sollte die Mutter dem Kind ihre eigene Trauer nicht vorenthalten. Gemeinsame Gespräche schaffen den Raum, Erinnerungen auszutauschen, dem anderen Trost zu spenden und nach Möglichkeit pathologischen Entwicklungen vorzugreifen oder diese zumindest frühzeitig zu erkennen, um dann – wenn nötig – auf weitere Hilfe zurückzugreifen.

Gerade hier kann eine Intervention von außen ansetzen, denn der eben beschriebene Verlauf der gemeinsamen Trauer und Unterstützung in der Familie ist nicht immer gegeben. Sehr häufig verschlechtert sich die Kommunikation in Folge des Todes des Vaters. Dies kann zum Beispiel dadurch bedingt sein, dass Mutter und Kinder den Trauerverlauf des jeweils anderen nicht verstehen können (Hummer & Samuels, 1988). Neben Rollenüberlastung und Überforderung eines Familienmitglieds kann auch die Tatsache eine Ursache darstellen, dass die Mutter als nun verwitweter Elternteil von der eigenen Trauer so überwältigt ist, dass sie auf das Kind und seine Bedürfnisse nicht eingehen kann (Bowlby, 1987, Harrington & Harrison, 1999, Schwab et al., 1991). Knight-Birnbaum (1988) merkt an, dass auch trauernde Elternteile Hilfe benötigen, nicht nur im Umgang mit der Trauer, sondern in ihrer nun veränderten Rolle als Elternteil. Methoden zur Verbesserung der familiären Kommunikation im Trauerprozess haben sich bewährt (Kaffman et al., 1987, Kissane & Bloch, 1994). So können sowohl den Kindern als auch den betroffenen Müttern Strategien vermittelt werden, die dazu beitragen, dem jeweils anderen seine Gefühle und Probleme offen zu zeigen, um ein gegenseitiges Verständnis der Trauer des anderen zu erreichen. Mütter und Kinder werden auch dazu angeleitet, sich in Gesprächen über den Verstorbenen auszutauschen und sich gemeinsam an ihn zu erinnern. Können familiäre Kommunikationsmuster verbessert werden, gelingt nach und nach eine Anpassung an die neue Situation und die Trauersymptomatik schwächt sich mit der Zeit ab. Dies ist auch für die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der vorliegenden Untersuchung von Bedeutung, denn schließlich stehen Unsicherheiten in der Beziehung zur Mutter mit einer Intensivierung der Trauer in Verbindung.

Neben einer Verbesserung der familiären Kommunikation werden Mütter durch spezielle professionelle Unterstützung auch darin angeleitet, die Anpassung an die neue Situation aktiv mitzustalten (Medalie, 1990, Worden, 1999). Neue Rollenmuster

müssen in Familie und soziales Leben integriert werden, unter Umständen müssen die familiären Aufgaben und Pflichten neu verteilt werden. Mütter sollten dazu angeleitet werden, diese Veränderungen so in Familie und Alltag zu integrieren, dass dennoch stabile Rahmenbedingungen erhalten bleiben. So werden Ängste und weitere Unsicherheiten vermieden (Attig, 1996).

Neben Interventionsmöglichkeiten, die auf die Familie und die Mütter als verbliebene Elternteile abzielen, gibt es auch Ansätze, bei denen das Kind oder der Jugendliche selbst im Mittelpunkt steht. Wie beschrieben, steht die Persönlichkeit in enger Verbindung mit der Bewältigung des Verlusts. Hier setzt eine Vielzahl von Handlungsmöglichkeiten an. Reichen die vorhandenen Bewältigungsstrategien nicht aus, dann liegt die wichtigste Intervention darin, ein Spektrum an effektiven Strategien aufzubauen beziehungsweise bestehende Strategien zu verbessern (Larisch & Lohaus, 1997). Nach Lohaus (1993) sind dabei folgende Interventionskonzepte zu berücksichtigen, um alle Bereiche von Erleben und Handeln mit einzubeziehen: Verhaltensorientierte Konzepte tragen dazu bei, soziale Fähigkeiten aufzubauen und vermitteln konkrete Bewältigungsmöglichkeiten in Form von Verhaltensweisen und Handlungen. So können Kinder und Jugendliche dazu angeleitet werden, ihren Bedarf nach Hilfe deutlich zu machen und dazu auf das soziale Umfeld in Form von Familie und Freunden zuzugreifen. Das Erlernen von Sozialkompetenz ist ebenfalls wichtig. Emotionsorientierte Konzepte beziehen sich auf die positiven und negativen Emotionen des Bewältigungsprozesses und sollen dabei helfen, mit den Empfindungen umgehen zu können. Von großer Bedeutung sind kognitionsorientierte Konzepte. Diese zielen auf Einstellungsänderungen und Selbstkonzeptveränderungen ab, wobei versucht wird, durch Veränderung und Förderung protektiver Persönlichkeitsmerkmale das Selbstkonzept Betroffener zu verändern und zu stärken. So erweist sich zum Beispiel die Förderung von Internalität und Selbstwirksamkeit als Möglichkeit, die eine erfolgreiche Bewältigung wesentlich unterstützt (Kohlmann, 1997). Das Erlernen von effektivem Problemlösen wäre ebenso eine Möglichkeit, denn dieses kann die Auswirkungen kritischer Lebensereignisse zum Beispiel in Bezug auf Depression verringern (Hammen & Rudolph, 1996).

Diese beschriebenen Ansätze sind auch für die vorliegende Untersuchung von Bedeutung, denn diese zeigt auf, wie eng familien- und persönlichkeitsorientierte

Intervention miteinander interagiert beziehungsweise miteinander interagieren muss. Es hat sich gezeigt, dass nicht nur die negativen Anteile der Beziehung zur Mutter einen Risikofaktor im Trauerprozess darstellen, sondern dass – aufgezeigt für Depression – in diesem Zusammenhang zusätzlich die Kontrollüberzeugungen einen Mediator darstellen. Inter- und intrapersonale Faktoren sind eng miteinander verzahnt. Gerade hier könnten die eben beschrieben kognitionsorientierten Konzepte ansetzen, durch die bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen möglicherweise eine Einstellungsänderung erzielt werden kann, die sich wiederum positiv auch auf das Zusammenspiel der Beziehung zur Mutter und Trauer auswirken würde. Während die Unterstützung durch die Mutter als den verbliebenen Elternteil sicher eine der wichtigsten Ressourcen darstellt, darf darüber hinaus die Persönlichkeit des Kindes, Jugendlichen und jungen Erwachsenen nicht außer Acht gelassen werden. Interventionen, die die enge Verzahnung der Einflussgrößen berücksichtigen und bei Mutter und Kind gemeinsam ansetzen, können sicherlich als die am vielversprechendsten bezeichnet werden. So lassen sich genau die Faktoren fördern und verstärken, die am ehesten die Entwicklung von Resilienz fördern (Sandler, Ayers & Romer, 2000). Besonders wichtig ist dies für eine Problemstellung in der vorliegenden Arbeit, die noch kurz genannt werden soll. Es sich gezeigt, dass sich die Gruppe der Jugendlichen im Alter von 14 bis 18 Jahren als besonders belastet erweist, da diese sowohl die Trauer als auch die in dieser Zeitspanne notwendigen Entwicklungsaufgaben zu bewältigen hat. Gerade hier muss der richtige Mittelweg zwischen sicheren und stützenden Familienbeziehungen und dem notwendigen Maß an Freiraum zu Ablösung, Autonomie und der Ausbildung von Identität und Selbstkonzept mit eigenen Einstellungen, Meinungen und Überzeugung gegeben sein.

Durch die beschriebenen Interventionsmöglichkeiten kann es den meisten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ermöglicht werden, mittels mehr oder weniger Unterstützung von außen die Trauer um den verstorbenen Vater in individueller Art und Weise zu bewältigen. Es gibt aber Fälle, in denen eine intensivere, professionelle Betreuung und Begleitung erforderlich wird. Die Beschreibung möglicher Therapieverfahren sowie ihrer Durchführung und ihres Erfolgs ist ein Thema für sich, das von der Fragestellung der vorliegenden Arbeit erheblich abweicht. Deshalb sollen zum Ausklang der Diskussion um Bewältigung und Intervention nur noch einige kurze Gedanken dazu folgen. Eine therapeutische Trauerbegleitung ist dann angezeigt, wenn

pathologische Trauerreaktionen den Trauerprozess bestimmen und vor allem ein Voranschreiten längerfristig blockieren und verhindern. Die Abgrenzung von pathologischen Trauersymptomen ist, wie schon in Kapitel 6.5 beschrieben, besonders bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen schwierig. Eine therapeutische Behandlung sollte auf jeden Fall denjenigen zukommen, bei denen Bewältigungsmuster wie Suchtmittelkonsum und Substanzmissbrauch zu beobachten sind oder Suizidgedanken auftreten (Medalie, 1990, Worden, 1999). Besteht der Verdacht eines pathologischen Trauerverlaufs, so sollte dies nach Möglichkeit durch erfahrenes Fachpersonal abgeklärt werden, um betroffene Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene möglichst früh im Trauerprozess zu identifizieren und sie frühzeitig durch geeignete Verfahren vor möglichen längerfristigen Folgen zu bewahren. Das therapeutische Spektrum ist breit. Vor allem aus den Vereinigten Staaten liegt eine Vielzahl von Untersuchungen vor, die eine wirksame Unterstützung durch therapeutische Trauergruppen für Kinder und Jugendliche aller Altersstufen bestätigen (Bacon, 1996, Christ, Siegel, Mesagno & Langosch, 1991, Fleming & Balmer, 1989, Lagrand, 1991, Tonkins & Lambert, 1996, Schoeman & Kreitzman, 1997, Siegel, Mesagno & Christ, 1990, Zambelli & DeRosa, 1992). Diese können eine Verringerung der Trauersymptomatik, einer Reduktion weiterer Stressoren und eine Verbesserung des Familienklimas, der sozialen Unterstützung, der familiären Kommunikation und der Beziehung zum verbliebenen Elternteil bewirken. Die Psychoanalyse hat im Bereich der Trauertherapie eine lange Tradition (siehe zum Beispiel Bürgin et al., 2001, Hummer, 1998). Auch kognitive und verhaltenstherapeutische Therapiestrategien werden bei Kindern und Jugendlichen angewandt (Lev & McCorkle, 1998). Systemische Ansätze und Familientherapien beziehen nicht nur das trauernde Kind mit ein, sondern die ganze Familie, was sich vielfach bewährt hat (Becvar, 2003, Heikes, 1997, Kissane, Bloch, McKenzie, McDowall & Nitzan, 1998, McBride & Simms, 2001, Rosenthal, 1980). Es existiert eine Vielzahl weiterer Therapieverfahren und –strategien, deren Ausführung und Beschreibung aber ein Thema für sich ist und nicht weiter vertieft werden soll⁴¹.

⁴¹ Für eine nähere Ausführung der therapeutischen Intervention sei auf Jerneizig, Langenmayr & Schubert (1994), Worden (1999) und Youll & Wilson (1996) verwiesen.

11.4 Einschränkungen und weiterführende Überlegungen

Durch die Befragung der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen kann in der vorliegenden Arbeit der Trauerprozess abgebildet werden. Es muss aber einschränkend gesagt werden, dass alle Teilnehmer ausschließlich den Vater verloren haben. Eine Übertragbarkeit der hier ermittelten Ergebnisse auf den Trauerprozess bei anderen personalen Verlusten ist nicht ohne weiteres gegeben. Dies trifft vor allem für den Tod von Geschwistern und Freunden, aber auch für die Mutter als den anderen Elternteil zu (siehe Berlinski & Biller, 1982). Allerdings ist in der vorliegenden Arbeit der Begriff *Elternverlust* klar definiert und begrenzt zum einen auf Tod als Verlustursache, zum anderen auf den Vater als verstorbenen Elternteil. So können Verzerrungen, die durch eine Stichprobenzusammenstellung mit unterschiedlichen Verlustereignissen und verschiedenen Personen wie Vater, Mutter und Geschwister, wie sie in bestehenden Studien immer wieder zu finden sind, vermieden werden.

Mit 90 Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist die Stichprobengröße für eine Untersuchung, die sich ausschließlich auf Trauer und Verlust nach dem Tod eines Elternteils konzentriert, vergleichsweise groß. Die Ergebnisse können deshalb durchaus als haltbare Hinweise auf den Trauerprozess der angegebenen Altersgruppen betrachtet werden. Die große Teilnehmerzahl ermöglicht außerdem große Zellenbesetzungen auch in den varianzanalytischen Verfahren. Zudem wurde eine nichtklinische Stichprobe zusammengestellt. Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die in kinder- und jugendpsychiatrischen sowie in psychiatrischen Ambulanzen und Kliniken und anderen therapeutischen Einrichtungen vorgestellt wurden, wurden in die vorliegende Untersuchung nicht einbezogen, um eine Verzerrung und Überlagerung der Ergebnisse durch die Symptomatik psychischer Störungen zu vermeiden. Natürlich ist es dennoch möglich, dass einzelne Teilnehmer trotzdem von psychischen Störungen betroffen sind, die (noch) nicht diagnostiziert wurden. Die vorliegende Untersuchung konzentriert sich direkt auf die Trauer: es werden Trauerreaktionen wie Kummer, Verdrängung und Schuld erfasst. Eine Vielzahl von Forschungsdesigns, die schon bestehenden Studien zu Trauer zu Grunde liegen, zielt nur auf die Erhebung von psychischer Symptomatik wie Depression, Angst, Verhaltensauffälligkeit sowie auf weitere psychische Beeinträchtigung ab (Raphael et al., 1990, Van Eerdewegh et al., 1985, Worden & Silverman, 1996). Es wurde somit in der vorliegenden Arbeit ein Ansatz gewählt, der

sowohl diese psychische Symptomatik als auch die dargestellten Trauerreaktionen der erfassten Altersgruppen beinhaltet: das herausgearbeitete Trauerprofil vereinigt alle diese beschriebenen Trauerkomponenten und zeigt ihre Verbindungen untereinander auf. Die vorliegende Arbeit stützt sich dabei auf die Angaben der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen selbst. Das bedeutet, es werden die Empfindungen derer widergespiegelt, deren Trauerprozess beschrieben wird und nicht die Angaben anderer mehr oder weniger nahestehender Personen wie Eltern oder Fachkräfte herangezogen. Denn es gibt letztlich keine Garantie dafür, dass andere beurteilen können, wie sich, in diesem Fall, ein Kind oder ein Jugendlicher, wirklich fühlt, was die Aussagekraft von Forschungsdesigns, die ausschließlich auf Fremdbeurteilung basieren, schmälern kann. Es besteht aber auch keine Garantie und Möglichkeit der Nachprüfbarkeit, inwieweit die Angaben im Fragebogen mit dem realen Empfinden und Verhalten übereinstimmen.

Insgesamt zeichnet sich die Stichprobe durch Homogenität aus: so sind es zum Beispiel annähernd gleich viele männliche und weibliche Teilnehmer. Ähnliches trifft für die einzelnen Untergruppen zu, auch diese sind weitgehend homogen. Der Altersrahmen ist mit 10 bis 25 Jahren relativ weitgefasst, was zu Problemen hätte führen können, wenn Alterseffekte aufgetreten wären, die einzelne Ergebnisse möglicherweise in Frage gestellt hätten. Dies ist aber nicht der Fall.

Es muss, wird die Stichprobe und deren Zusammenstellung einer kritischen Diskussion unterzogen, noch einmal darauf eingegangen werden, dass die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung fast ausschließlich mit Befunden angloamerikanischer Studien verglichen und diskutiert werden können. Im deutschsprachigen Raum liegt kaum eine empirische Untersuchung vor, die sich zum einen mit Trauer bei Kindern und Jugendlichen befasst und zum anderen dabei ein vergleichbares Messinstrument verwendet, das die Trauer in ihren verschiedenen Aspekten abbildet. Die meisten Veröffentlichungen zu Verlust und Trauer kommen im deutschsprachigen Raum aus der Psychoanalyse und sind Einzelfallstudien (Bürgin et al., 2001). Aus diesem Grund ist nur eine Diskussion mit amerikanischen und britischen Studien möglich, da hier die Erhebung empirischer Daten in Trauerpopulationen eher etabliert ist. Dennoch muss eine Vergleichbarkeit besonders mit den Befunden von Studien aus den Vereinigten Staaten kritisch betrachtet werden. Anzumerken sind zum Beispiel kulturelle Verschiedenheiten wie die unterschiedliche Tradition und Verankerung religiöser

Sinnsysteme in Sozialsystem und Politik. Auch Unterschiede in der Bevölkerungszusammensetzung müssen genannt werden, die auch durch eine sorgfältige Selektion der zu einem Vergleich herangezogenen Studien nie ganz eliminiert werden können.

Auch bei dem in der vorliegenden Arbeit gewählten Forschungsdesign ergeben sich Einschränkungen. Zwar lassen sich die meisten der beschriebenen Trauerreaktionen durch das Messinstrument abbilden. Es zeigt sich aber, dass der Aspekt der Verdrängung mit kaum einem anderen Traueraspekt in Verbindung steht und sich durch das Einwirken von Einflussfaktoren nur unwesentlich verändert. Dies kann der Verlauf der Verdrängung in der gewählten Stichprobe sein. Nuber (2005) beschreibt jedoch, dass Verdrängung aus der Perspektive des aktuellen Standes der Resilienzforschung nicht unbedingt ein Bestandteil des Trauerprozesses sein muss. Denn bei vielen Trauernden, die sich als resilient bezeichnen lassen, sind keine Anzeichen einer Verdrängung festzustellen sind, ohne dass von einer pathologischen Entwicklung gesprochen werden muss, auch wenn keine ausgeprägte Trauersymptomatik vorliegt. Eventuell bietet sich als Möglichkeit für zukünftige Erhebungen an, sich hinsichtlich der Skalen der Verdrängung von der Negativperspektive zu entfernen und die Items eher auf den positiven Aspekt der Resilienz gegenüber der Trauer auszurichten.

Nicht alle Einflussfaktoren, denen eine Bedeutung zugesprochen wird, konnten in die vorliegende Arbeit miteinbezogen werden. Es wurde versucht, die berücksichtigten Faktoren so zu wählen, dass diese möglichst alle Einflussbereiche abdecken, das heißt, es wurde mit der Kontrollüberzeugung eine intrapersonale, mit der Beziehung zur Mutter eine interpersonale und mit der Todesursache des Vaters eine externe Einflussgröße hinzugenommen. Es existieren aber weitere Faktoren, wie die Beziehung zum verstorbenen Vater sowie weitere Persönlichkeitsmerkmale und persönliche Erfahrungen, die durchaus eine Rolle im Trauerprozess spielen könnten. Analysen, die einzelne oder mehrere dieser Faktoren berücksichtigen, könnten direkt an die vorliegende Untersuchung anknüpfen und somit ein weiteres Forschungsdesiderat im deutschsprachigen Raum erfüllen.

Eine erneute Befragung der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen würde zudem eine Möglichkeit darstellen, die Trauer längsschnittlich zu erfassen. Die

vorliegende Untersuchung ist eine Querschnittstudie, alle Teilnehmer wurden zu einem einzigen Zeitpunkt im Trauerprozess befragt. Die Darstellung des zeitlichen Verlaufs resultiert nicht aus mehreren Messzeitpunkten, sondern daraus, dass bei den Befragten seit dem Tod des Vaters eine unterschiedlich lange Zeit vergangen ist. Eine Längsschnittstudie würde die Beschreibung des zeitlichen Verlaufs noch zuverlässiger gestalten und Daten über den individuellen Verlauf der Trauer liefern. Dies könnte in Form einer zweiten Befragungswelle in einigen Jahren geschehen. Auch eine Ergänzung der Daten aus dem Fragebogen zum Beispiel durch Interviews würde weitere Aufschlüsse zulassen. Denn die Erfassung der Trauer mittels eines Fragebogens ermöglicht keine weiterführenden Erkenntnisse über die in den Fragebogen aufgenommen Skalen hinaus, während eine qualitative Erweiterung auch Ergänzungen von Seiten der Befragten zulassen würde. In Verbindung damit könnte der Frage nachgegangen werden, wie die psychosoziale Entwicklung der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen voranschreitet und ob dieser kritische Lebenseinschnitt in den folgenden Jahren zu Beeinträchtigung führt. Die Forschung zu den Langzeitfolgen frühkindlichen Elternverlusts ab dem frühen Erwachsenenalter liefert eine Vielzahl verschiedener Ergebnisse, die kontrovers diskutiert werden. Einige Studien dokumentieren Auswirkungen auf die psychische und physische Befindlichkeit: beschrieben werden vor allem depressive Erkrankungen (Hällström, 1987, Kendler et al., 2002, O’Neil et al., 1987), Angststörungen (Haffner & Roder, 1987, Zahner & Murphy, 1989) und eine Vielzahl weiterer psychischer Krankheiten sowie gesundheitliche Beeinträchtigungen (Ryan-Wenger, 1990). Es werden auch Folgen für den Bildungsgang und –erfolg (Ambert & Saucier, 1984, Hilmert, 2002) sowie für Partnerschaft, Elternrolle und Erziehungsverhalten (Altschul & Beiser, 1988, Hepworth et al., 1984) dargestellt.

Auch ein Vergleich mit anderen personalen Verlusten wie dem Tod der Mutter, von Geschwistern oder Freunden könnte weitere Erkenntnisse über den Trauerprozess liefern und möglicherweise Unterschiede und Besonderheiten verschiedener personaler Verluste herausarbeiten. Ebenso würde ein Vergleich mit Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die von Scheidung oder zeitweiliger Trennung der Eltern betroffen sind, verschiedene Verlusterlebnisse einander gegenüberstellen und auch hier mögliche Verschiedenheiten beschreiben (siehe Canetti et al., 2000, Mack, 2001).

12. Ausblick

In der vorliegenden Arbeit wurde der Trauerprozess von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen Aussagen untersucht. Die Trauerreaktionen nach dem Tod des Vaters konnten dargestellt und das Einwirken von Einflussfaktoren aufgezeigt werden. Die Ergebnisse wurden in die bestehende Forschungslage eingeordnet und diskutiert. Daraus resultierende Aspekte der Bewältigung und mögliche Interventionen wurden vorgestellt. Aber was bedeutet dies nun für die Situation der Betroffenen?

In Kapitel 1 wurde das immer noch vorherrschende Todestabu in der Gesellschaft beschrieben (Feldmann, 1989, Gudjons, 1996). Dieses erstreckt sich nicht nur darauf, die Themen Tod und Sterben so weit wie nur möglich zu meiden und zu umgehen, sondern hat auch direkte Auswirkungen auf die Trauer und das Trauerverhalten. Es fehlen kollektive und individuelle Strategien, die es ermöglichen würden, auf Trauernde zuzugehen und ihnen den ihrer Situation angemessenen Beistand zukommen zu lassen. Die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der vorliegenden Arbeit durchlaufen, wie im vorhergehenden Kapitel ausführlich diskutiert, einen Trauerprozess, in dem Kummer, Schuldgefühle und Schwierigkeiten, den Tod des Vaters zu akzeptieren, lange Zeit anhalten. Die Trauer um den Vater verschwindet nicht einfach, sondern begleitet die Betroffenen über mehrere Jahre. Wie aber soll sich das mit der Haltung vereinbaren lassen, die in der Gesellschaft zum gegenwärtigen Zeitpunkt vorherrscht? Offener Trauerausdruck und das öffentliche Äußern von Trauerempfindungen sind unerwünscht und werden als unangenehm empfunden. Möglichst wenig soll nach außen dringen und für die anderen sichtbar sein. Diese Situation erscheint für die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen als eine zusätzliche Schwierigkeit. Zwar wird ein langsames Aufweichen des Todestabus prophezeit, aber dies ist erst im Beginn. Die Feststellung, dass die Verdrängung der Trauer, sowohl auf kognitiver Ebene in Gedanken und Erinnerungen als auch gegenüber dem sozialen Umfeld wieder zunimmt, wenn seit dem Tod des Vaters einige Jahre vergangen sind, deutet auf die Wirkung des Todestabus hin. Liegt das Verlusterlebnis einige Zeit zurück, endet der Zeitraum, der dem Trauernden von außen gerade noch so zugestanden wird, um zu trauern und das Geschehene zu bewältigen. Wer dann noch trauert, soll dies im Verborgenen tun. Und dem passen sich die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen der vorliegenden Arbeit offensichtlich an.

Das kann Folgen haben, denn nur weil nach außen hin keine Trauer zu erkennen ist, bedeutet das nicht, dass nicht mehr getrauert wird. Es heißt nur, dass die Trauer nicht offen zum Ausdruck gebracht wird. Den Schmerz über den Verlust des Vaters alleine auf Tränen und andere öffentlich gezeigte Reaktionen zu reduzieren, macht zwar Verdrängen und Ignorieren möglich, wird aber dem Empfinden der Betroffenen nicht gerecht. So wird nicht nur Beistand und Trost verweigert, sondern Schwierigkeiten im Umgang mit dem Verlusterlebnis und der Bedarf nach Hilfe werden nicht bemerkt oder übergangen. Zudem bedeutet der Prozess der Bewältigung nicht nur Verarbeitung des Verlusterlebnisses, sondern steht auch mit der psychosozialen Entwicklung in Verbindung. Beeinträchtigungen und Maladaption sind möglich, die Unterstützung und Hilfe von außen erforderlich machen. Besonders bedeutsam ist dies für diejenigen, die noch von zusätzlichen belastenden Umständen betroffen sind (Franz et al., 1999, Kendler et al., 1992). Dies wird zum Beispiel für die Kinder und Jugendlichen beschrieben, deren Vater Suizid beging (Jordan, 2001, Oztelsberger, 1999). Aber auch anderen negativen Begleiterscheinungen muss ein Einfluss zugerechnet werden, allem voran der auch in der vorliegenden Arbeit beschriebenen schlechten Beziehung zur Mutter. Gerade hier wäre es dringend notwendig, zum einen den Kindern und Jugendlichen in ihrer Trauer beizustehen, zum anderen deren psychosoziale Entwicklung nicht aus den Augen zu verlieren.

Um dies zu erreichen, müsste das Aufbrechen des Todesstabus weiter voranschreiten. Tod und Sterben zu öffentlich diskutierten Themen zu machen, würde auch die Trauer in den Blickwinkel der Öffentlichkeit rücken. Erste Anzeichen hierfür sind bereits festzustellen. Bräunlein & Lauser (1996) beschreiben, dass zwar einem privaten Todesfall nach wie vor mit Abwehrgefühl und Sprachlosigkeit begegnet wird, dass aber gleichermaßen langsam ein Bedürfnis entsteht, wenigstens über Tod und Verlust zu sprechen. Dies ist vor allem auf die Erstarkung der Hospizbewegung und die steigende Zahl von Selbsthilfegruppen zurückzuführen (siehe Cox, 2003). Eine Beschäftigung mit Tod und Sterben in Öffentlichkeit und Medien zeigt sich zum Beispiel darin, dass seit einigen Jahren Themen wie die künstliche Verlängerung menschlichen Lebens sowie die Frage nach einem angemessenen und würdigen Sterben kontrovers diskutiert werden. Es entsteht auch ein zunehmendes Problembeusstsein für die Anonymität des Krankenhautstodes und die sozialen Isolation alter und kranker Menschen. Dies könnte der Beginn sein, sich aktiv mit diesen bisher gemiedenen Themen auseinanderzusetzen.

Das Aufweichen des Todeskasten könnte in der Folge auch auf Trauer übergreifen. Eine gesellschaftliche Akzeptanz von öffentlichem Trauerausdruck und Trauerverhalten wäre für alle Betroffenen ein sehr wichtiger Schritt. Die Trauer auch über den ersten Zeitraum der Schonung hinweg zeigen und ausleben zu dürfen, ohne Angst vor Stigmatisierung und Ausgrenzung haben zu müssen, würde zum einen den Betroffenen den Raum geben, den Schmerz zuzulassen und ihn nicht unterdrücken oder verbergen zu müssen. Zum anderen würde die Aufmerksamkeit so auch auf den Bedarf nach Trost und Unterstützung gelenkt werden. Wie Hülshoff (2001) beschreibt, hat Trauer aus dem sozialen Kontext heraus betrachtet bindungsstiftende Funktion, denn der Trauerausdruck wird intuitiv von anderen verstanden. Gerade diese von Natur aus angelegte Fähigkeit, die Trauer eines Mitmenschen zu erkennen und ihr mit Trost und Empathie zu begegnen, kann dann genutzt und verstärkt werden, wenn es möglich ist, einen Trauernden in seinem Schmerz zu identifizieren, da dieser ihn auch öffentlich äußern und zeigen kann und darf.

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene nehmen dabei eine gesonderte Stellung ein, denn ihre Bedürfnisse unterscheiden sich von denen Erwachsener, da sie andere Entwicklungsaufgaben zu bewältigen haben und ein anderer kognitiver und emotionaler Entwicklungsstand vorliegt. Besonders für jüngere Trauernde wäre ein Aufbrechen des Todeskasten dringend nötig, denn Verdrängung und Unterdrückung von Trauer und Verlust sind nicht nur im Erwachsenenalter präsent, sondern werden schon früh in der Kindheit an die jüngeren Generationen weitergeben. Kindern und Jugendlichen müsste Raum gegeben werden, Schmerz und Emotionen zeigen und ausleben zu dürfen. Dabei müssen alle altersangemessenen Bedürfnisse berücksichtigt werden, um einer maladaptiven Bewältigung und Anpassung von Anfang an entgegenzuwirken. Dies beginnt damit, sich generell allen Kindern und Jugendlichen hinsichtlich Tod, Sterben und Trauer zu öffnen. Fragen müssen von Anfang an ohne Ausflüchte offen beantwortet werden, um Missverständnisse zu vermeiden und Verdrängung und Vermeidung gar nicht erst aufkommen zu lassen. Kindern und Jugendlichen müssen die Unterstützung und der Beistand zur Verfügung stehen, die ihre individuelle Situation erforderlich macht.

Doch muss in diesem Zusammenhang auf eine andere Problemlage hingewiesen werden, denn der offene Umgang mit Trauer und Verlust scheitert nicht nur an der

Tabuisierung und der mangelnden Bereitschaft, sich damit auseinanderzusetzen, sondern auch an Unwissenheit und Unkenntnis. Das ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass das Thema Trauer im deutschsprachigen Raum in Forschung und Literatur nur selten aufgegriffen wird. Es besteht kaum eine Forschungsgrundlage, auf die zurückgegriffen werden könnte und die eine angemessene Beschreibung des Trauerverlaufs bei Kindern und Jugendlichen ermöglichen würde. Für Darstellungen müssen fast ausschließlich die Befunde angloamerikanischer Studien herangezogen werden. Ein Ausbau der Forschung würde weitere Erkenntnisse über den Trauerprozess und mögliche Folgen für die psychosoziale Entwicklung liefern. Weiterführende Forschungen könnten zudem auch dazu herangezogen werden, den Hilfsbedarf deutlich zu machen und diesen speziell und individuell auf die Betroffenen und ihre Bedürfnisse zuzuschneiden. Bis jetzt bestehen in Deutschland nur wenige Einrichtungen und Angebote, die sich auf trauernde Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene konzentrieren und diese in ihrer Trauer unterstützen. Diese Einrichtungen könnten durch ein vermehrtes Forschungsinteresse in ihrer Arbeit bestärkt werden. Es würde außerdem die Notwendigkeit deutlich gemacht werden, den Ausbau der Hilfsmöglichkeiten voranzutreiben. Ein effektives Angebot zur Unterstützung sollte sich nicht ausschließlich auf Intervention beschränken, sondern nach Möglichkeit auch Prävention beinhalten, um Schwierigkeiten schon vorzugreifen. Nach Medalie (1990) sollte Prävention nach einem personalen Verlust diejenigen so bald wie möglich identifizieren, die auf Hilfe von außen angewiesen sind – und zwar bevor ein pathologischer Trauerverlauf oder eine maladaptive Entwicklung überhaupt erst begonnen hat, um Schwierigkeiten nicht erst hinterher zu behandeln, sondern sie gar nicht erst entstehen zu lassen.

Bis dahin ist der Weg noch weit, doch deuten einige Anzeichen auf ein Aufbrechen des Todesstabus hin. Ob die beschriebenen Entwicklungen wirklich eine Humanisierung des Sterbens und einen bewussteren Umgang mit dem Tod zur Folge haben, ist noch offen. Es bleibt aber zu hoffen, dass dieser sich andeutende Trend auch auf die Trauer übergreift, so dass Trauernden endlich der Raum und die Unterstützung zugestanden werden, den sie benötigen, und die beschriebenen Ansätze und Möglichkeiten der Intervention und Hilfe wenigsten in näherer Zukunft Realität werden.

Literaturverzeichnis

Abdelnoor, A. & Hollins, S. (2004). The effect of childhood bereavement on secondary school performance. *Educational Psychology in Practice*, 20 (1), 43-54.

Adam, K. S., Bouckoms, A. & Streiner, D. (1982). Parental loss and family stability in attempted suicide. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1081-1085.

Adam, K. S., Lohrenz, J. G., Harper, D. & Streiner, D. (1982). Early parental loss and suicidal ideation in university students. *Canadian Journal of Psychiatry*, 27 (4), 275-281.

Adams, G. R. (1983). Social competence during adolescence: social sensitivity, locus of control, empathy and peer popularity. *Journal of Youth and Adolescence*, 12 (3), 203-211.

Adler, A. (1930). *Problems of neurosis*. New York: Cosmopolitan.

Agid, O., Shapira, B., Zislin, J., Ritsner, M., Hanin, B., Murad, H., Troudart, T., Bloch, M., Heresco-Levy, U. & Lerer, B. (1999). Environment and vulnerability to major psychiatric illness: a case control study of early parental loss on major depression, bipolar disorder and schizophrenia. *Molecular Psychiatry*, 4, 163-172.

Aiken, L. R. (1994). *Dying, death and bereavement*. Boston: Allyn & Bacon.

Akhtar, S. & Smolar, A. (1998). Visiting the father's grave. *Psychoanalytic Quarterly*, 67 (3), 474-483.

Albrecht, H. T. (1994). *Über den Zusammenhang von Kontrollüberzeugungen und psychosozialer Anpassung im Jugendalter*. Europäische Hochschulschriften, Bd. 455. Frankfurt a. M., Berlin, Bern u.a.: Peter Lang.

Aldwin, C. M. (2000). *Stress, coping and development – An integrative perspective*. New York: Guilford Press.

Aldwin, C. M. & Sutton, K. J. (1998). A developmental perspective on posttraumatic growth. In R. G. Tedeschi, C. L. Park & L. G. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 43-66). Mahwah/NJ, London: Lawrence Erlbaum Associates.

Alexander, V. (1991). Grief after suicide: giving voice to the loss. *Journal of Geriatric Psychiatry, 24* (2), 277-291.

Alexandrowicz, D. R. (1978). Interminable mourning as a family process. *Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines, 16* (2), 161-169.

Altschul, S. (1988). Trauma, mourning and adaptation: a dynamic point of view. In S. Altschul (Ed.), *Childhood bereavement and its aftermath*. Emotions and Behavior Monographs, No. 8. Madison/CT: International Universities Press.

Altschul, S. & Beiser, H. (1984). The effect of early parent loss on future parenthood. In R. S. Cohen, B. J. Cohler & S. H. Weissman (Eds.), *Parenthood. A psychodynamic perspective* (pp. 173-182). New York, London: Guilford Press.

Ambert, A. & Saucier, J. (1984). Adolescents' academic success and aspirations by parental marital status. *Canadian Review of Sociology and Anthropology, 21*, 62-74.

American Psychiatric Association (2003). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen* (4. Ausgabe) (Deutsche Übersetzung: H. Saß, H. Wittchen & M. Zaudig). Göttingen: Hogrefe. (Original erschienen 1994)

Anda, R. P., Croft, J. B., Felitti, V. J., Nordenberg, D., Giles, W. H., Williamson, D. F. & Glovino, G. A. (1999). Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *Journal of the American Medical Association, 282* (17), 1652-1658.

Anderson, C. (1949). Aspects of pathological grief and mourning. *International Journal of Psychoanalysis, 30*, 48-55.

Andry, P. G. (1960). *Delinquency and parental pathology*. New York: Methuen.

Archer, J. (1999). *The nature of grief. The evolution and psychology of reactions to loss*. London, New York: Routledge.

Archibald, H. C., Bell, D., Miller, C. & Tuddenham, R. D. (1962). Bereavement in childhood and adult psychiatric disturbance. *Psychosomatic Medicine*, 24 (4), 343-351.

Ariès, P. (1995). Der Beginn der Lüge und das Verbot des Todes. In R. Beck (Hrsg.), *Der Tod. Ein Lesebuch von den letzten Dingen* (S. 240-245). München: C.H. Beck.

Arthur, B. & Kemme, M. L. (1964). Bereavement in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 5 (1), 37-49.

Attig, T. (1991). The importance of conceiving of grief as an active process. *Death Studies*, 15 (4), 385-393.

Attig, T. (1996). *How we grieve. Relearning the world*. New York, Oxford: Oxford University Press.

Aymanns, P., Philipp, S.-H. & Freudenberg, E. (1987). Personale Verluste und kindliche Trauerreaktionen. In P. Innerhofer (Hrsg.), *Kindertherapie* (S. 181-188). München, Basel: Ernst Reinhardt.

Bach, G. R. (1946). Father-fantasies and father-typing in father-separated children. *Child Development*, 17, 63-80.

Bacon, J. B. (1996). Support groups for bereaved children. In C. A. Corr & D. M. Corr (Eds.), *Handbook of childhood death and bereavement* (pp. 285-304). New York: Springer Publishing Company.

Bacqué, M.-F. (1996). *Mut zur Trauer. Die Akzeptanz eines notwendigen Lebensgefühls*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag. (Originalarbeit erschienen 1992: Le deuil à vivre)

Baethge, C. (2002). Grief hallucinations: True or Pseudo? Serious or not? *Psychopathology*, 35, 296-302.

Bailley, S. E., Kral, M. J. & Dunham, K. (1999). Survivors of suicide do grieve differently: Empirical support for a common sense proposition. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29 (3), 256-271.

Bain, H. C., Boersma, F. J. & Chapman, J. W. (1983). Academic achievement and locus of control in father-absent elementary children. *School Psychology International*, 4 (2), 69-78.

Baker, J. E. & Sedney, M. A. (1996). How bereaved children cope with loss: an overview. In C. A. Corr & D. M. Corr (Eds.), *Handbook of childhood death and bereavement* (pp. 109-130). New York: Springer Publishing Company.

Baker, J. E., Sedney, M. A. & Gross, E. (1992). Psychological tasks for bereaved children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62 (1), 105-116.

Balk, D. E. (1996). Models for understanding adolescent coping with bereavement. *Death Studies*, 20 (4), 367-387.

Balk, D. E. (1997). Death, bereavement and college students: a descriptive analysis. *Mortality*, 2 (3), 207-220.

Balk, D. E. (2001). College student bereavement, scholarship, and the university: a call for university engagement. *Death Studies*, 25 (1), 67-84.

Balk, D. E., Tyson-Rawson, K. & Colletti-Wetzel, J. (1993). Social support as an intervention with bereaved college students. *Death Studies*, 17 (5), 427-450.

Balk, D. E. & Vesta, L. V. (1998). Psychological development during four years of bereavement: A longitudinal case study. *Death Studies*, 22 (1), 23-41.

Bannon, J. A. & Southern, M. L. (1980). Father-absent women: self-concept and modes of relating to men. *Sex Roles*, 6 (1), 75-84.

Barnes, G. M. (1977). The development of adolescent drinking behavior: an evaluative review of the impact of the socialization process within the family. *Adolescence*, 12 (48), 571-591.

Barnes, G. E. & Prosen, H. (1985). Parental death and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 94 (1), 64-69.

Barraclough, B. M. & Bunch, J. (1973). Accuracy of dating parent deaths: recollected dates compared with death certificates dates. *British Journal of Psychiatry*, 123, 573-574.

Barrett, T. W. & Scott, T. B. (1990). Suicide bereavement and recovery patterns compared with nonsuicide bereavement patterns. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20 (1), 1-15.

Barry, H. Jr. (1939). A study of bereavement: An approach to problems in mental disease. *American Journal of Orthopsychiatry*, 9, 355-359.

Barth, S., Kerp, E.-M. & Müller, M. (2003). *Trauer. Berichte aus der Arbeitsgruppe „Verantwortung, Gerechtigkeit, Moral“*. Universität Trier, Fachbereich I, Psychologie.

Barton, M. L. & Zeanah, C. H. (1990). Stress in the preschool years. In L. E. Arnold (Ed.), *Childhood stress* (pp. 193-221). New York, Chichester, Brisbane u.a.: John Wiley & Sons.

Beasley, M., Thompson, T. & Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences*, 34, 77-95.

Beaty, L. A. (1995). Effects of paternal absence on male adolescents' peer relations and self-image. *Adolescence*, 30 (120), 873-880.

Becvar, D. S. (2003). The impact on the family therapist of a focus on death, dying, and bereavement. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29 (4), 469-477.

Beiser, H. R. (1988). Support systems. In S. Altschul (Ed.), *Childhood bereavement and its aftermath*. Emotions and Behavior Monographs, No. 8. Madison/CT: International Universities Press.

Bell, D. S. & Champion, R. A. (1979). Deviancy, delinquency and drug use. *British Journal of Psychiatry, 134*, 269-276.

Bendiksen, R. & Fulton, R. (1975). Death and the child: an anterospective test of the childhood bereavement and later behaviour disorder hypothesis. *Omega – Journal of Death and Dying, 6* (1), 45-59.

Benoliel, J. Q. (1979). Dying in an institution. In H. Wass (Ed.), *Dying. Facing the facts* (pp. 137-157). Washington, New York, London: Hemisphere Publishing Corporation.

Berlinsky, E. B. & Biller, H. B. (1982). *Parental death and psychological development*. Lexington/MA, Toronto: D. C. Heath and Company.

Bernstein, S. M., Steiner, B. W., Glaister, J. T. & Muir, C. F. (1981). Changes in patients with gender-identity problems after parental death. *American Journal of Psychiatry, 138* (1), 41-45.

Bettge, S. & Ravens-Sieberer, U. (2003). Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – empirische Ergebnisse zur Validierung eines Konzepts. *Gesundheitswesen, 65* (3), 167-172.

Beutel, M. (1991). Zur Psychobiologie von Trauer und Verlustverarbeitung – neuere immunologische und endokrinologische Zugangswege und Befunde. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 41* (7), 267-277.

Bilfulco, A., Brown, G. W. & Harris, T. O. (1987). Childhood loss of parent, lack of adequate parental care and adult depression: a replication. *Journal of Affective Disorders, 12* (2), 115-128.

Biller, H. B. & Bahm, R. M. (1971). Father absence, perceived maternal behavior, and masculinity of self-concept among junior high school boys. *Developmental Psychology, 4* (2), 178-181.

Biller, H. B. & Kimpton, J. L. (1997). The father and the school-aged child. In M. E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development* (3rd ed.) (pp. 143-161). New York, Chichester, Brisbane u.a.: John Wiley & Sons.

Biller, H. B. & Salter, M. (1989). Father loss, cognitive and personal functioning. In P. C. Shabad & D. R. Dietrich (Eds.), *The problem of loss and mourning: psychoanalytic perspectives* (pp. 337-377). Madison/CT: International Universities Press.

Biondi, M. & Picardi, A. (1996). Clinical and biological aspects of bereavement and loss-induced depression: a reappraisal. *Psychotherapy and Psychosomatics, 65* (5), 229-245.

Bird, H. R., Green, A. H., Kranzler, E. M., Rubinstein, B. & Wasserman, G. A. (1996). Belastungen und Traumen in der Kindheit. In F. I. Kass, J. M. Oldham & H. Pardes (Hrsg), *Das große Handbuch der seelischen Gesundheit. Früherkennung und Hilfe bei sämtlichen psychischen Störungen* (S. 308-325). Weinheim, Berlin: Quadriga. (Originalarbeit erschienen 1992: Complete home guide to mental health)

Birtchnell, J. (1969). The possible consequences of early parent death. *British Journal of Medical Psychology, 42* (1), 1-12.

Birtchnell, J. (1970). Early parent death and mental illness. *British Journal of Psychiatry, 116*, 281-288.

Blanchard, R. W. & Biller, H. B. (1971). Father availability and academic performance among third-grade boys. *Developmental Psychology, 4* (3), 301-305.

Blanz, B., Geisel, B., Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M. H. (1986). Zur Rolle des Vaters in der Entwicklung von Kindern im Schulalter – Ergebnisse einer epidemiologischen Untersuchung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 14* (1), 5-31.

Blarer, S. (1986). *Menschliches Erleben und Verarbeiten von Tod und Trauer*. Luzern, Stuttgart: Rex-Verlag.

Block, J. H. (1973). Conception of sex role. Some cross-cultural and longitudinal perspectives. *American Psychologist*, 28, 512-526.

Block, J., Block, J. H. & Keyes, S. (1988). Longitudinally foretelling drug usage in adolescence: early childhood personality and environmental precursors. *Child Development*, 59 (2), 336-355.

Böhle, S. (1988). *Damit die Trauer Worte findet. Gespräche mit Zurückbleibenden nach einem Suizid*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag. (Originalarbeit erschienen 1988: Noen blir tilbake)

Boelen, P. A. & van den Bout, J. (2002). Positive thinking in bereavement: is it related to depression, anxiety, or grief symptomatology. *Psychological Reports*, 91 (12), 857-863.

Bogyi, G. (1997). Trauerarbeit bei Trennung und Verlust. Ein Fallbeispiel. In W. Hilweg & E. Ullmann (Hrsg.), *Kindheit und Trauma. Trennung, Missbrauch und Krieg* (S. 93-102). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Bohleber, W. (2001). Trauma, Trauer und Geschichte. In B. Liebsch & J. Rüsen (Hrsg.), *Trauer und Geschichte* (S. 131-145). Köln, Weimar, Wien: Böhlau.

Bojanovsky, J. (1984). Einführung in die Problematik und einige wichtige Ergebnisse zum Forschungsbereich Trauer. In J. Howe & R. Ochsmann (Hrsg.), *Tod – Sterben – Trauer* (S. 330-337). Bericht über die 1. Tagung zur Thanato-Psychologie vom 4.-6. November 1982 in Vechta. Frankfurt a. M.: Fachbuchhandlung für Psychologie.

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience. Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59 (1), 20-28.

Bonanno, G. A. & Field, N. P. (2001). Examining the delayed grief hypothesis across five years of bereavement. *American Behavioral Scientist*, 44 (5), 798-816.

Bonanno, G. A. & Kaltman, S. (1999). Toward an integrative perspective on bereavement. *Psychological Bulletin*, 125 (6), 760-776.

Bonanno, G. A. & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21 (5), 705-734.

Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (5. vollst. überarbeitete Aufl.). Berlin, Heidelberg, New York u.a.: Springer.

Boss, P. (2000). *Leben mit ungelöstem Leid. Ein psychologischer Ratgeber*. München: C.H. Beck. (Originalarbeit erschienen 1999: Ambiguous loss. Learning to live with unresolved grief)

Boss, M. W. & Taylor, M. C. (1989). The relationship between locus of control and academic level and sex of secondary school students. *Contemporary Educational Psychology*, 14, 315-322.

Boston, B. (2004). Death and bereavement across cultures. *Transcultural Psychiatry*, 41 (2), 301-304.

Bowlby, J. (1951). Maternal care and mental health. *Bulletin of the World Health Organization*, 3, 355-533.

Bowlby, J. (1960). Grief and mourning in infancy and early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 9-52.

Bowlby, J. (1975). *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Bindung*. München: Kindler. (Originalarbeit erschienen 1969: Attachment and loss, Vol. I: Attachment)

Bowlby, J. (1982). *Das Glück und die Trauer. Herstellung und Lösung affektiver Bindungen*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Originalarbeit erschienen 1979/80: The making and breaking of affectional bonds)

Bowlby, J. (1987). *Verlust, Trauer und Depression*. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch. (Originalarbeit erschienen 1980: Loss, sadness and depression, Vol. III: Attachment and loss)

Boyle, M. H. & Offord, D. R. (1986). Smoking, drinking and use of illicit drugs among adolescents in Ontario: prevalence, patterns of use and sociodemographic correlates. *Canadian Medical Association Journal*, 135, 1113-1121.

Brabant, S. (1989/90). Old pain or new pain: a social psychological approach to recurrent grief. *Omega – Journal of Death and Dying*, 20 (4), 273-279.

Brabant, S. & Martof, M. (1993). Childhood experiences and complicated grief: A study of adult children of alcoholics. *International Journal of the Addictions*, 28 (11), 1111-1125.

Brady, E. U. & Kendall, P. C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 111 (2), 244-255.

Brähler, E. (1992). *Gießener Beschwerdebogen für Kinder und Jugendliche (GBB-KJ)*. Bern: Huber.

Brähler, E., Schumacher, J. & Strauß, B. (2000). Leiden vaterlos Aufgewachsene im Erwachsenenalter häufiger unter psychischen Beeinträchtigungen? *Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychotherapie*, 50, 287-291.

Brand, J. (1982). Kontrollerwartung, Ursachenattribution und psychische Störung. Die Bedeutung des Konstrukts „locus of control“ für die klinische Psychologie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 11, 155-176.

Bräunlein, P. J. & Lauser, A. (1996). Tod. Kea – Zeitschrift für Kulturwissenschaften, 9. Verfügbar unter: www.kea-edition.de/einlei~3.htm (16.09.05).

Breier, A., Kelsoe, J. R. Jr., Kirwin, P. D., Beller, S. A., Wolkowitz, O. M. & Pickar, D. (1988). Early parental loss and development of adult psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 45, 987-993.

Brewin, C. R., Andrews, B. & Gotlib, I. H. (1993). Psychopathology and early experiences: a reappraisal of retrospective reports. *Psychological Bulletin, 113* (1), 82-89.

Brill, N. Q. & Liston, E. H. Jr. (1966). Parental loss in adults with emotional disorders. *Archives of General Psychiatry, 14*, 307-314.

Brook, J. S., Whiteman, M., Cohen, P., Shapiro, J. & Balka, E. (1995). Longitudinally predicting late adolescent and young adult drug use: childhood and adolescent precursors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34* (9), 1230-1238.

Brook, J. S., Whiteman, M., Gordon, A. S. & Cohen, P. (1986). Dynamics of childhood and adolescent personality traits and adolescent drug use. *Developmental Psychology, 22* (3), 403-414.

Brown, D. G. (1957). The development of sex-role inversion and homosexuality. *Journal of Pediatrics, 50*, 613-619.

Brown, F. & Epps, P. (1966). Childhood bereavement and subsequent crime. *British Journal of Psychiatry, 112*, 1043-1048.

Brown, G. W., Harris, T. & Copeland, J. R. (1977). Depression and loss. *British Journal of Psychiatry, 130*, 1-18.

Bruce, E. J. & Schultz, C. L. (2001). *Nonfinite loss and grief. A psychoeducational approach.* Baltimore, London, Toronto u.a.: Paul H. Brooks Publishing.

Buchsbaum, B. C. (1986). Remembering a parent who has died: a developmental perspective. *The Annual of Psychoanalysis, 15*, 99-112.

Bürgin, D. (1989). Trauer bei Kindern und Erwachsenen. *Zeitschrift für Psychoanalytische Theorie und Praxis, 4* (1), 55-78.

Bürgin, D. (1991). Kinder und der Tod. In R. Battegay & U. Rauchfleisch (Hrsg.), *Das Kind in seiner Welt* (S. 82-95). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Bürgin, D., Steck, B. & Schwald, A. (2001). Verstehen und Deuten im Trauerprozess eines 5½jährigen traumatisierten Knaben. *Kinderanalyse*, 9 (4), 395-421.

Buijssen, H. P. J. & Polspoel, A. R. M. (1997). Trauer. In H. P. J. Buijssen & R. D. Hirsch (Hrsg.), *Probleme im Alter. Diagnose, Beratung, Therapie, Prävention* (S. 67-106). Weinheim: Beltz. (Originalarbeit erschienen 1994: Psychologische hulpverlening aan ouderen. Diagnostiek, therapie, preventie)

Buirski, C. K. & Buirski, P. (1994). The therapeutic mobilization of mourning in a young child. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58 (3), 339-354.

Burger, J. M. (1984). Desire for control, locus of control, and proneness to depression. *Journal of Personality*, 52 (1), 71-89.

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.

Cadoret, R. J., O'Gorman, T. W., Troughton, E. & Heywood, E. (1985). Alcoholism and antisocial personality – Interrelationship, genetic and environmental factors. *Archives of General Psychiatry*, 42, 161-167.

Cain, A. C. & Fast, I. (1972). Children's disturbed reactions to parent suicide: distortions of guilt, communication, and identification. In A. C. Cain (Ed.), *Survivors of suicide* (pp. 93-111). Springfield/IL: Charles C. Thomas Publishers.

Cain, A. C. & Lohnes, K. L. (1995). Identificatory symptoms in bereaved children: a diagnostic note. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 16 (4), 282-284.

Caldwell, R. A., Pearson, J. L. & Chin, R. L. (1987). Stress-moderating effects: social support in the context of gender and locus of control. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 13 (1), 5-17.

Canacakis, J. (1987). *Ich sehe deine Tränen. Trauern, Klagen, Leben können.* Stuttgart, Zürich: Kreuz.

Canetti, L., Bachar, E., Bonne, O., Agid, O., Lerer, B., Kaplan De-Nour, A. & Shalev, A. Y. (2000). The impact of parental death versus separation from parents on the mental health of Israeli adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 41 (5), 360-368.

Carboneau, R., Tremblay, R. E., Vitario, F., Dobkin, P. L., Saucier, J.-F. & Pihl, R. O. (1998). Paternal alcoholism, paternal absence and the development of problem behaviors in boys age six to twelve years. *Journal of Studies on Alcohol*, 59 (4), 387-398.

Cerel, J., Fristad, M. A., Weller, E. B. & Weller, R. A. (1999). Suicide-bereaved children and adolescents: a controlled longitudinal examination. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (6), 672-679.

Cerel, J., Fristad, M. A., Weller, E. B. & Weller, R. A. (2000). Suicide-bereaved children and adolescents: II. Parental and family functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (4), 437-444.

Cerney, M. S. & Buskirk, J. R. (1991). Anger: the hidden part of grief. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 55 (2), 228-237.

Champion, L. (1990). The relationship between social vulnerability and the occurrence of severely threatening life events. *Psychological Medicine*, 20 (1), 157-161.

Champion, L. A., Goodall, G. & Rutter, M. (1995). Behaviour problems in childhood and stressors in early adult life. I. A 20 year follow-up of London school children. *Psychological Medicine*, 25 (2), 231-246.

Charlier, T. (1987). Über pathologische Trauer. *Psyche*, 41 (10), 865-882.

Charlton, R. & Dolman, E. (1995). Bereavement: a protocol for primary care. *British Journal of General Practice*, 45 (397), 427-430.

Cheifetz, P. N., Stavrakakis, G. & Lester, E. P. (1989). Studies of the affective state in bereaved children. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34 (7), 688-692.

Cho, S. A., Freeman, E. M. & Patterson, S. L. (1982). Adolescents' experience with death: practice implications. *Social Casework*, 62 (2), 89-94.

Christ, G. H. (2000). Impact of development on children's mourning. *Cancer Practice*, 8 (1), 72-81.

Christ, G. H., Siegel, K. & Christ, A. E. (2002). Adolescent grief: „It never really hit me ...until it actually happened”. *Journal of the American Medical Association*, 288 (10), 1269-1278.

Christ, G. H., Siegel, K., Mesagno, F. P. & Langosch, D. (1991). A preventive intervention program for bereaved children: problems of implementation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61 (2), 168-178.

Clark, S. E. & Goldney, R. D. (1995). Grief reactions and recovery in a support group for people bereaved by suicide. *Crisis*, 16 (1), 27-33.

Clark, D. C., Pynoos, R. S. & Goebel, A. E. (1994). Mechanisms and processes of adolescent bereavement. In R. J. Haggerty, L. R. Sherrod, N. Garmezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, risk, and resilience in children and adolescents. Processes, mechanisms, and interventions* (pp. 100-146). Cambridge: Cambridge University Press.

Clegg, F. (1988). Bereavement. In S. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 61-78). Chichester, New York, Brisbane u.a.: John Wiley & Sons.

Cleiren, M. (1992). *Bereavement and adaptation. A comparative study of the aftermath of death*. Washington, Philadelphia, London: Hemisphere Publish. Corporation.

Coddington, R. D. (1972). The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children. I-A survey of professional workers. *Journal of Psychosomatic Research*, 16 (1), 7-18.

Coddington, R. D. (1979). Life events associated with adolescent pregnancies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 40 (4), 180-185.

Coffeng, T. (1993). Den Kontakt mit dem Kind wiederherstellen. Trauertherapie für Erwachsene, die in ihrer Kindheit einen Verlust erfahren haben. *GwG Zeitschrift*, 89, 19-24.

Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Knudsen, K. (2004). Treating childhood traumatic grief: a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43 (10), 1225-1233.

Cooper, B. (1980). Die Rolle von Lebensereignissen bei der Entstehung von psychischen Erkrankungen. *Der Nervenarzt*, 51, 321-331.

Cornell, D. G., Milden, R. S. & Shimp, S. (1985). Stressful life events associated with endogenous depression. *Journal of Mental and Nervous Disease*, 173 (8), 470-476.

Corr, C. A. (1989). Understanding adolescents and death. In D. Papadatou & C. Papadatos (Eds.), *Children and death* (pp. 33-51). New York, Washington, Philadelphia u.a.: Hemisphere Publishing Corporation.

Corr, C. A. (1997). Coping with long-term illness and death in an adult: the impact on grieving children and adolescents. In K. J. Doka (Ed.), *Living with grief when illness is prolonged* (pp. 135-148). Bristol/PA: Taylor & Francis.

Cotton, C. R. & Range, L. M. (1990). Children's death concepts: relationship to cognitive functioning, age, experience with death, fear of death, and hopelessness. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19 (3), 123-127.

Cournos, F. (2002). The trauma of profound childhood loss: a personal and professional perspective. *Psychiatric Quarterly*, 73 (2), 145-156.

Covell, K. & Turnbull, W. (1982). The long-term effects of father absence in childhood on male university students' sex role identity and personal adjustment. *Journal of Genetic Psychology*, 141, 271-276.

Cox, H. L. (Hrsg.) (2003). *Rheinisches Jahrbuch für Volkskunde, Bd. 34: Sterben und Tod*. Siegburg: Franz Schmitt.

Critelli, T. (1983). Parental death in childhood – A review of the psychiatric literature. In J. E. Schowalter, P. R. Patterson, M. Tallmer, A. H. Kutscher, S. V. Gullo & D. Peretz (Eds.), *The child and death* (pp. 89-103). New York: Columbia University Press.

Crook, T. & Eliot, J. (1980). Parental death during childhood and adult depression: a critical review of the literature. *Psychological Bulletin, 87* (2), 252-259.

Daly, K. J. (1995). Reshaping fatherhood: finding the models. In W. Marsiglio (Ed.), *Fatherhood. Contemporary theory, research, and social policy* (pp. 21-40). Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.

Daut, V. (1980). Die Entwicklung der Todesvorstellung bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Heilpädagogik, 31*, 253-260.

Davidhizar, R. & Shearer, R. (2002). Helping children cope with disasters. *American Journal of Nursing, 102* (3), 26-33.

Davidson, G. C. & Neale, J. M. (2002). *Klinische Psychologie* (6. vollst. überarbeitete und aktualisierte Aufl.). Weinheim: Beltz.

Davies, B. (1997). Fading away during terminal illness: implications for bereavement in family members. In K. J. Doka (Ed.), *Living with grief when illness is prolonged* (pp. 17-32). Bristol/PA.: Taylor & Francis.

DelMedico, V., Weller, E. B. & Weller, R. A. (1992). Grief in children and adolescents. *Current Opinion in Psychiatry, 5*, 500-502.

DeMinco, S. (1995). Young adults' reactions to death in literature and life. *Adolescence, 30* (117), 179-185.

Dennehy, C. M. (1966). Childhood bereavement and psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry*, 112, 1049-1069.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (o.a.J). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Probleme* (10. Ausgabe). Berlin: Springer.

Diehl, J. M. & Staufenbiehl, T. (2002). *Statistik mit SPSS Version 10+11*. Eschborn: Dietmar Klotz.

Dilworth, J. L. & Hildreth, G. J. (1997/98). Long-term unresolved grief: applying Bowlby's variants to adult survivors of early parent loss. *Omega – Journal of Death and Dying*, 36 (2), 147-159.

Diodà, C. & Gomez, T. (1999). *Warum konnten wir dich nicht halten? Wenn ein Mensch, den man liebt, sich das Leben genommen hat*. Zürich: Kreuz.

Dittrich, H. (1988). *Vom Umgang mit der Trauer. Kraft schöpfen und den Schmerz überwinden*. Düsseldorf: ECON Taschenbuch Verlag.

Dobkin, P. L., Tremblay, R. E., Mâsse, L. C. & Vitaro, F. (1995). Individual and peer characteristics in predicting boys' early onset of substance abuse: a seven-year longitudinal study. *Child Development*, 66 (4), 1198-1214.

Doka, K. J. (1984/85). Expectation of death, participation in funeral arrangements, and grief adjustment. *Omega – Journal of Death and Dying*, 15 (2), 119-129.

Doka, K. J. (1997). When illness is prolonged: implications for grief. In K. J. Doka (Ed.), *Living with grief when illness is prolonged* (pp. 5-15). Bristol/PA: Taylor & Francis.

Donders, J. (1993). Bereavement and mourning in pediatric rehabilitation settings. *Death Studies*, 17 (6), 517-527.

Dornbusch, S. M., Carlsmith, J. M., Bushwall, S. J., Ritter, P. L., Leidermann, H., Hastorf, A. H. & Gross, R. T. (1985). Single parents, extended households, and the control of adolescents. *Child Development*, 56 (2), 326-341.

Dorpat, T. L. (1972). Psychological effects of parental suicide on surviving children. In A. C. Cain (Ed.), *Survivors of suicide* (pp. 121-142). Springfield/IL: Charles C. Thomas Publishers.

Dowdley, L., Wilson, R., Maughan, B., Allerton, M., Schofield, P. & Skuse, D. (1999). Psychological disturbance and service provision in parentally bereaved children: prospective case-control study. *British Medical Journal*, 319 (7206), 354-357.

Drake, C. T. & McDougall, D. (1977). Effects of the absence of a father and other male models on the development of boys' sex roles. *Developmental Psychology*, 13 (5), 537-538.

Ecker, G. (1999). Trauer zeigen: Inszenierung und die Sorge um die anderen. In G. Ecker (Hrsg.), *Trauer tragen – Trauer zeigen. Inszenierung der Geschlechter* (S. 9-25). München: Wilhelm Fink.

Egle, U. T., Hardt, J., Nickel, R., Kappis, B. & Hoffmann, S. O. (2002). Früher Stress und Langzeitfolgen für die Gesundheit – Wissenschaftlicher Erkenntnisstand und Forschungsdesiderate. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 48 (4), 411-434.

Egle, U. T., Hoffmann, S. O. & Steffens, M. (1997). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. *Der Nervenarzt*, 9, 683-695.

Eichhorn, M. & Zanolari, M. (2001). Tabuisierung eines familiären Suizids – mögliche Auswirkungen auf die Angehörigen. *Psychiatrische Praxis*, 28 (7), 245-247.

Elizur, E. & Kaffman, M. (1982). Children's bereavement reactions following death of the father. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21 (5), 474-480.

Elizur, E. & Kaffman, M. (1983). Factors influencing the severity of childhood bereavement reactions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53 (4), 668-676.

Elizur, E. & Kaffman, M. (1986). Children's bereavement reactions following death of the father. In R. H. Moos (Ed.), *Coping with life crisis. An integrated approach* (pp. 49-63). New York, London: Plenum Press.

Ellicott, A., Hammen, C., Gitlin, M., Brown, G. & Jamison, K. (1990). Life events and the course of bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147 (9), 1194-1198.

Ellis, B. J., Bates, J. E., Dodge, K. A., Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Pettit, G. S. & Woodward, L. (2003). Does father absence place daughters at special risk for early sexual activity and teenage pregnancy? *Child Development*, 74 (3), 801-821.

Encarta Enzyklopädie Standard (2003). [Computer Software]. Microsoft Corporation.

Ennulat, G. (1998). *Kinder in ihrer Trauer begleiten: ein Leitfaden für Erzieherinnen*. Freiburg im Breisgau: Herder.

Ennulat, G. (2003). *Kinder trauern anders. Wie wir sie einfühlsam und richtig begleiten*. Freiburg im Breisgau, Basel, Wien: Herder.

Epstein, G., Weitz, L., Roback, H. & McKee, E. (1975). Research on bereavement: a selective and critical review. *Comprehensive Psychiatry*, 16 (6), 537-546.

Essau, C. A. (2002). *Depression bei Kindern und Jugendlichen. Psychologisches Grundlagenwissen*. München, Basel: Ernst Reinhardt.

Essau, C. A., Karpinski, N. A., Petermann, F. & Conradt, J. (1998). Häufigkeit, Komorbidität und psychosoziale Beeinträchtigung von Depressiven Störungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 46, 316-329.

Eth, S. & Pynoos, R. S. (1985). Children traumatized by witnessing acts of personal violence, homicide, rape, or suicidal behavior. In S. Eth & R. S. Pynoos (Eds.), *Posttraumatic stress in children* (pp. 19-43). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Faravelli, C. & Pallanti, S. (1989). Recent life events and panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146 (5), 622-626.

Fartacek, R. & Nindl, A. (2001). Normale und abnorme Trauerreaktion. In H. Katschnig & U. Demal (Hrsg.), *Trauer und Depression. Wo hört das eine auf, wo fängt das andere an?* (S. 25-41). Wien: Facultas.

Faschingsbauer, T. R., Zisook, S. & DeVaul, R. (1987). The Texas Revised Inventory of Grief. In S. Zisook (Ed.), *Biopsychosocial aspects of bereavement* (pp. 111-124). Washington/DC: American Psychiatric Press.

Feldmann, K. (1989). Sterben heute – Selbstverständlichkeit oder Kunst. In M. Ziegler, I. Mörtl & H. Hummer (Hrsg.), *Sterben – Tod – Trauer* (S. 29-61). Linz: Universitätsverlag R. Trauner.

Felner, R. D., Ginter, M. A., Boike, M. F. & Cowen, E. L. (1981). Parental death or divorce and the school adjustment of young children. *American Journal of Community Psychology*, 9 (2), 181-191.

Felner, R. D., Stolberg, A. & Cowen, E. L. (1975). Crisis events and school mental health referral patterns of young children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43 (3), 305-310.

Fend, H. (2000). Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Opladen: Leske + Budrich.

Filipp, H.-S., Aymanns, P. & Klauer, T. (1985). Verlust und Verlustverarbeitung in Kindheit und Erwachsenenalter. In P. F. Kugemann, S. Preiser & K. A. Schneewind (Hrsg.), *Psychologie und komplexe Lebenswirklichkeit* (S. 225-252). Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe.

Finkelstein, H. (1985). The long-term effects of early parent death: a review. *Journal of Clinical Psychology*, 44 (1), 3-9.

Finlay-Jones, R. & Brown, G. W. (1981). Types of stressful life events and the onset of anxiety and depressive disorders. *Psychological Medicine*, 11 (4), 803-815.

Fischer, N. (1997). *Wie wir unter die Erde kommen. Sterben und Tod zwischen Trauer und Technik*. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch.

Fischer, N. (1998). *Leitlinien einer neuen Kultur im Umgang mit Tod und Trauer*. Vortrag vom 25.11.1998 in der Stadthalle Wuppertal anlässlich einer Veranstaltung des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalens: „Neue Kultur im Umgang mit Tod und Trauer“. Verfügbar unter: http://postmortal.de/Diskussion/NeueKultur/FischerVortrag-NeueKultur/fischer_vortrag-neuekultur.html (02.01.05).

Fischer, N. (2001). Zur Geschichte der Trauerkultur in der Neuzeit. Kulturhistorische Skizzen zur Individualisierung, Säkularisierung und Technisierung des Totengedenkens. In M. Herzog (Hrsg.), *Totengedenken und Trauerkultur. Geschichte und Zukunft des Umgangs mit Verstorbenen* (S. 41-57). Stuttgart, Berlin, Köln: W. Kohlhammer.

Fischer, N. (2003). *Tod in der Mediengesellschaft: Der flüchtige Tod und Bestattungsrituale im Überblick*. Vortrag Oktober 2003 auf einem Symposium zum Thema Sterben und Tod. Verfügbar unter: <http://post-mortal.de/Diskussion/Mediengesellschaft.html> (02.01.05).

Fischer, G. & Hammel, A. (2003). Trauer und Melancholie: Vom Neurose- zum Trauma-Paradigma. In W. Mauser & J. Pfeiffer (Hrsg.), *Trauer* (S. 53-70). Freiburger Literaturpsychologische Gespräche, Jahrbuch für Literatur und Psychoanalyse, Bd. 22. Würzburg: Königshausen & Neumann.

Flammer, A. (1990). *Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung*. Bern, Stuttgart, Toronto: Hans Huber.

Fleck, J. R., Fuller, C. C., Malin, S. Z., Miller, D. H. & Acheson, K. R. (1980). Father psychological absence and heterosexual behavior, personal adjustment and sex-typing in adolescent girls. *Adolescence*, 15 (60), 847-860.

Fleck-Bohaumilitzky, C. (2003). *Wenn Kinder trauern*. München: Südwest-Verlag/Ullstein Heyne List.

Fleck-Bohaumilizky, C. (2004). *Wie Kinder Tod und Trauer erleben*. Verfügbar unter: www.familienhandbuch.de/cmain/f_Aktuelles/a_Haeufige-Probleme/s_645.html (02.01.05).

Fleming, J. & Altschul, S. (1963). Activation of mourning and growth by psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 44, 419-431.

Fleming, S. & Balmer, L. (1989). Group intervention with bereaved children. In D. Papadatou & C. Papadatos (Eds.), *Children and death* (pp. 105-124). New York, Washington, Philadelphia u.a.: Hemisphere Publishing Corporation.

Fogas, B. S., Wolchik, S. A., Braver, S. L., Freedom, D. S. & Bay, R. C. (1992). Locus of control as a mediator of negative divorce-related events and adjustment problems in children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62 (4), 589-598.

Franz, M. (2002). *Tabuthema Trauerarbeit. Erzieherinnen begleiten Kinder bei Abschied, Verlust und Tod*. München: Don Bosco.

Franz, M., Lieberz, K., Schmitz, N. & Schepank, H. (1999). Wenn der Vater fehlt. Epidemiologische Befunde zur Bedeutung früher Abwesenheit des Vaters für die psychische Gesundheit im späteren Leben. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 45 (3), 260-278.

Freese, S. (2001). *Umgang mit Tod und Sterben als pädagogische Herausforderung*. Ethik in der Praxis, Bd. 9. Münster: LIT-Verlag.

Freud, S. (1916). Trauer und Melancholie. *Zeitschrift für Psychoanalyse*, 4 (Nachdruck: Gesammelte Werke, Bd. 10, 4. Aufl., S. 428-446. Frankfurt a. M.: Fischer, 1967).

Fristad, M. A., Cerel, J., Goldman, M., Weller, E. B. & Weller, R. A. (2000/01). The role of ritual in children's bereavement. *Omega – Journal of Death and Dying*, 42 (4), 321-339.

Fristad, M. A., Jedel, R., Weller, R. A. & Weller, E. B. (1993). Psychosocial functioning in children after the death of a parent. *American Journal of Psychiatry*, 150 (3), 511-513.

Frude, N. (1991). *Understanding family problems. A psychosocial approach*. New York, Chichester, Brisbane: John Wiley & Sons.

Fry, P. S. & Scher, A. (1984). The effects of father absence on children's achievement motivation, ego-strength, and locus of control orientation: a five-year longitudinal assessment. *British Journal of Developmental Psychology*, 2 (2), 167-178.

Frydenberg, E. (1997). *Adolescent coping. Theoretical and research perspectives*. London, New York: Routledge.

Fulton, R. (2003). Anticipatory mourning: a critique of the concept. *Mortality*, 8 (4), 342-351.

Fulton, R. & Gottesman, D. J. (1980). Anticipatory grief: a psychosocial concept reconsidered. *British Journal of Psychiatry*, 137, 45-54.

Fulton, G. B. & Metress, E. K. (1995). *Perspectives on death and dying*. Boston: Jones & Bartlett.

Furman, E. (1977a). *Ein Kind verwaist. Untersuchungen über Elternverlust in der Kindheit*. Stuttgart: Klett.

Furman, E. (1977b). Therapeutische Hilfe für das verwaiste Kind. *Psyche*, 31 (9), 303-320.

Furman, E. (1978). Helping children to cope. *Young Children*, 33 (4), 25-32.

Furman, E. (1983). Studies in childhood bereavement. *Canadian Journal of Psychiatry*, 28 (4), 241-247.

Furman, E. (1984). Children's patterns in mourning the death of a loved one. In H. Wass & C. A. Corr (Eds.), *Childhood and death* (pp. 185-203). Washington, New York, London: Hemisphere Publishing Corporation.

Furman, E. (1986). On trauma. When is the death of a parent traumatic? *Psychoanalytic Study of the Child*, 41, 191-208.

Furman, R. A. (1966). Der Tod und das Kind. Einige vorläufige Überlegungen. *Psyche*, 20 (10/11), 766-777.

Furman, R. A. (1976). Helping the child to mourn. In V. R. Pine, A. H. Kutscher, D. Peretz, R. C. Slater, R. DeBellis, R. J. Volk & D. J. Cherico (Eds.), *Acute grief and the funeral* (pp. 256-259). Springfield/IL: Charles C. Thomas Publishers.

Furnham, A. (1987). A content and correlational analysis of seven locus of control scales. *Current Psychological Research & Reviews*, 6, 244-255.

Gamino, L. A., Sewell, K. & Easterling, L. W. (2000). Scott and White grief study – Phase 2: Toward an adaptive model of grief. *Death Studies*, 24 (7), 633-660.

Ganellen, R. J. & Blaney, P. H. (1984). Stress, externality, and depression. *Journal of Personality*, 52 (4), 326-337.

Garber, B. (1981). Mourning in children: toward a theoretical synthesis. *Annual of Psychoanalysis*, 9, 9-19.

Garber, B. (1983). Some thoughts on normal adolescents who lost a parent by death. *Journal of Youth and Adolescence*, 12 (3), 175-183.

Garber, B. (1985). Mourning in adolescence: normal and pathological. *Adolescent Psychiatry*, 12, 371-387.

Garber, B. (1989). The child's mourning: can it be learned from the parent? In K. Field, B. J. Cohler & G. Wool (Eds.), *Learning and education: psychoanalytic perspectives* (pp. 355-376). Madison/CT: International Universities Press.

Gardner, R. A. (1983). Children's reactions to parental death. In J. E. Schowalter, P. R. Patterson, M. Tallmer, A. H. Kutscher, S. V. Gullo & D. Peretz (Eds.), *The child and death* (pp. 104-124). New York: Columbia University Press.

Garmezy, N. (1983). Stressors of childhood. In N. Garmezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, coping, and development in children* (pp. 43-84). New York, St. Louis, San Francisco u.a.: McGraw-Hill Book Company.

Garmezy, N. (1986). Developmental aspects of children's responses to the stress of separation and loss. In M. Rutter, C. E. Izard & P. B. Read (Eds.), *Depression in young people. Developmental and clinical perspectives* (pp. 297-323). New York, London: Guilford Press.

Garralda, M. E. (1982). Hallucinations in psychiatrically disordered children: preliminary communication. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 75 (3), 181-184.

Gauthier, J. & Marshall, W. L. (1977). Grief: a cognitive behavioural analysis. *Cognitive Therapy Research*, 1, 39-44.

Gay, M. & Tonge, W. L. (1967). The late effects of loss of parents in childhood. *British Journal of Psychiatry*, 113, 753-759.

Gelcer, E. (1983). Mourning is a family affair. *Family Process*, 22 (4), 501-516.

Gersten, J. C., Beals, J. & Kallgren, C. A. (1991). Epidemiology and preventive interventions: parental death in childhood as a case example. *American Journal of Community Psychology*, 19 (4), 481-500.

Gilbert, K. R. (1996). „We've had the same loss, why don't we have the same grief?” Loss and differential grief in families. *Death Studies*, 20 (3), 269-283.

Gilbert, D. G., Gilbert, B. O. & Schultz, V. L. (1998). Withdrawal symptoms: individual differences and similarities across addictive behaviors. *Personal and Individual Differences*, 24 (3), 351-356.

Gill, H. S. (1986). Oedipal determinants in differential outcome of bereavement. *British Journal of Medical Psychology*, 59 (1), 21-25.

Glick, I. O., Weiss, R. S. & Parkes, C. N. (1974). *The first year of bereavement*. New York, London, Sydney u.a.: John Wiley & Sons.

Glueck, S. & Glueck, E. (1952). *Delinquents in the making: paths to prevention*. Oxford: Harper & Bros.

Goldbrunner, H. (1996). *Trauer und Beziehung. Systemische und gesellschaftliche Dimensionen der Verarbeitung von Verlusterlebnissen*. Mainz: Matthias-Grünewald.

Goldney, R. D. (1981). Parental loss and reported childhood stress in young women who attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 64 (1), 34-59.

Goldstein, H. S. (1982). Fathers' absence and cognitive development of 12- to 17-year olds. *Psychological Reports*, 51 (3), 843-848.

Goldstein, H. S. (1983). Fathers' absence and cognitive development of children over a 3- to 5-year period. *Psychological Reports*, 52 (3), 971-976.

Gongla, P. A. & Thompson, E. H. (1987). Single-parent families. In M. B. Sussman & S. K. Steinmetz (Eds.), *Handbook of marriage and the family* (pp. 397-418). New York, London: Plenum Press.

Goodyer, I. M. (1990a). *Life experiences, development and childhood psychopathology*. Chichester, New York, Brisbane u.a.: John Wiley & Sons.

Goodyer, I. M. (1990b). Family relationships, life events and childhood psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31 (1), 161-192.

Gordon, A. K. (1986). The tattered cloak of immortality. In C. A. Corr & J. M. McNeil (Eds.), *Adolescence and death* (pp. 16-31). New York: Springer Publishing Company.

Gorman, D. M. & Peters, T. J. (1990). Types of life events and the onset of alcohol dependence. *British Journal of Addiction*, 85, 71-79.

Gorsuch, R. L. & Butler, M. C. (1976). Initial drug abuse: a review of predisposing social psychological factors. *Psychological Bulletin*, 83 (1), 120-137.

Graupner, H. (2005, 24./25. März). Die Ohnmacht der Ärzte. *Süddeutsche Zeitung*, S. 2.

Gray, R. E. (1987). Adolescent response to the death of a parent. *Journal of Youth and Adolescence*, 16 (6), 511-525.

Gray, R. E. (1989). Adolescent's perceptions of social support after the death of a parent. *Journal of Psychosocial Oncology*, 7 (3), 127-144.

Greeff, A. P. & Human, B. (2004). Resilience in families in which a parent has died. *American Journal of Family Therapy*, 32 (1), 27-42.

Greene, J. W., Walker, L. S., Hickson, G. & Thompson, J. (1985). Stressful life events and somatic complaints in adolescents. *Pediatrics*, 75, 19-22.

Greer, S. (1964). Study of parental loss in neurotics and sociopaths. *Archives of General Psychiatry*, 11, 177-180.

Greer, S. (1966). Parental loss and attempted suicide: A further report. *British Journal of Psychiatry*, 112, 465-470.

Gregory, I. (1965). Anterospective data following childhood loss of a parent. I. Delinquency and High School drop-out. *Archives of General Psychiatry*, 13, 99-109.

Gregory, I. (1966). Retrospective data concerning childhood loss of a parent. II. Category of parental loss by decade of birth, diagnosis and MMPI. *Archives of General Psychiatry*, 15, 362-367.

Griffith, T. (2003). Assisting with the “big hurts, little tears” of the youngest grievers: working with three-, four-, and five-year-olds who have experienced loss and grief because death. *Illness, Crisis and Loss*, 11 (3), 217-225.

Grollman, E. A. (1989). Explaining death to children and to ourselves. In D. Papadatou & C. Papadatos (Eds.), *Children and death* (pp. 3-8). New York, Washington, Philadelphia u.a.: Hemisphere Publishing Corporation.

Gudas, L. J. (1993). Concepts of death and loss in childhood and adolescence: a developmental perspective. In C. F. Saylor (Ed.), *Children and disasters* (pp. 67-84). New York, London: Plenum Press.

Gudjons, H. (1996). Der Verlust des Todes in der modernen Gesellschaft. Wie wir das Sterben, Trauern und Leben wiedergewinnen. *Pädagogik*, 48 (9), 6-13.

Gutierrez, P. M. (1999). Suicidality in parentally bereaved adolescents. *Death Studies*, 23 (4), 359-370.

Habermas, T. & Rosemeier, H. P. (1990). Kognitive Entwicklung und Todesbegriff. In I. Seiffge-Krenke (Hrsg.), *Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen* (S. 263-279). Berlin, Heidelberg, New York u.a.: Springer.

Hällström, T. (1987). The relationship of childhood socio-demographic factors and early parental loss to major depression in adult life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75 (2), 212-216.

Haffner, R. J. & Roder, M. J. (1987). Agoraphobia and parental bereavement. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 21 (3), 340-344.

Hagin, R. A. & Corwin, C. G. (1974). Bereaved children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 3 (2), 39-40.

Hagman, G. (1996). The role of the other in mourning. *Psychoanalytic Quarterly*, 65 (2), 327-352.

Haig, R. A. (1990). *The anatomy of grief. Biopsychosocial and therapeutic perspective*. Springfield/IL: Charles C. Thomas Publishers.

Haine, R. A., Ayers, T., Sandler, I. N., Wolchik, S. A. & Weyer, J. L. (2003). Locus of control and self-esteem as stress-moderators or stress-mediators in parentally bereaved children. *Death Studies*, 27 (7), 619-640.

Hainline, L. & Feig, E. (1978). The correlates of childhood father absence in college-aged women. *Child Development*, 49 (1), 37-42.

Hammen, C. & Rudolph, K. D. (1996). Childhood depression. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 153-193). New York: Guilford Press.

Harper, C. C. & McLanahan, S. S. (2004). Father absence and youth incarceration. *Journal of Research on Adolescence*, 14 (3), 369-397.

Harrington, R. & Harrison, L. (1999). Unproven assumptions about the impact of bereavement on children. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 92 (5), 230-233.

Harris, E. S. (1991). Adolescent bereavement following the death of a parent: an exploratory study. *Child Psychiatry and Human Development*, 21 (4), 267-281.

Harris, T., Brown, J. W. & Bilfulco, A. (1986). Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder: the role of lack of adequate care. *Psychological Medicine*, 16 (3), 641-659.

Hatter, B. S. (1996). Children and the death of a parent or grandparent. In C. A. Corr & D. M. Corr (Eds.), *Handbook of childhood death and bereavement* (pp. 131-148). New York: Springer Publishing Company.

Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressionsskala (ADS)*. Deutsche Form der „Center for Epidemiologic Studies Depression Scale“ (CES-D). Weinheim: Beltz Test.

Hautzinger, M. & de Jong-Meyer, R. (1998). Depressionen. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Psychologie* (3. überarbeitete und ergänzte Aufl.). Göttingen, Bern, Toronto u. a.: Hogrefe.

Heikes, K. (1997). Parental suicide: a systems perspective. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61 (3), 354-367.

Heilborn-Maurer, U. & Maurer, G. (1988). *Nach einem Suizid. Gespräche mit Zurückbleibenden*. Frankfurt a. M.: Fischer.

Hein, B. (1994). Fragen zur Gesundheit. Ergebnis des Mikrozensus 1992. *Wirtschaft und Statistik*, 12 (7), 549-566.

Hell, D. (1995). *Integratives Depressionsmodell*. Verfügbar unter: www.depression.unizh.ch/ueberblick/klinikmain/kliniklow/modell.html (30.07.03).

Hell, D. & Endrass, J. (2002). Sozialer Kontext, Selbstwahrnehmung und Depression. In H. Böker & D. Hell (Hrsg.), *Therapie der affektiven Störungen. Psychosoziale und neurologische Perspektiven* (S. 17-23). Stuttgart, New York: Schattauer.

Helmers, S. (1989). *Tabu und Faszination. Über die Ambivalenz der Einstellung zu Toten*. Berlin: Dietrich Reimer.

Hepworth, J., Ryder, R. G. & Dreyer, A. S. (1984). The effects of parental loss on the formation of intimate relationships. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10 (1), 73-83.

Hernandez, D. J. & Brandon, P. D. (2002). Who are the fathers of today? In C. S. Tamis-LeMonda & N. Cabrera (Eds.), *Handbook of father involvement. Multidisciplinary perspectives* (pp. 33-62). Mahwah/NJ, London: Lawrence Erlbaum Associates.

Herz-Brown, F. (1989). The impact of death and serious illness on the family life cycle. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *The changing family life cycle. A framework for family therapy* (2nd ed.) (pp. 457-482). Boston, London, Sydney u. a.: Allyn & Bacon.

Herzog, E. & Sudia, C. E. (1973). Children in fatherless families. In B. M. Caldwell & H. N. Ricciuti (Eds.), *Review of child development research. III. Child development and social policy* (pp. 141-232). Chicago, London: University of Chicago Press.

Hetherington, E. M. (1966). Effects of paternal absence on sex-typed behaviors in Negro and white, preadolescent males. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4 (1), 87-91.

Hetherington, E. M. (1972). Effects of father absence on personality development in adolescent daughters. *Developmental Psychology*, 7 (3), 313-326.

Hetherington, E. M., Cox, M. & Cox, R. (1979). The development of children in mother-headed families. In D. Reiss & H. A. Hoffman (Eds.), *The American family. Dying or developing*. New York, London: Plenum Press.

Hilmert, S. (2002). Familiale Ressourcen und Bildungschancen: Konsequenzen eines frühzeitigen Elternverlusts. *Zeitschrift für Familienforschung*, 14 (1), 44-69.

Hindle, D. (1998). Loss and delinquency: two adolescents' experience of prison as an external container for psychic pain. *Journal of Child Psychotherapy*, 24 (1), 37-60.

Ho, C. S., Lempers, J. D. & Clark-Lempers, D. S. (1995). Effects of economic hardship on adolescent self-esteem: a family mediation model. *Adolescence*, 30 (117), 117-131.

Hodges, K., Kline, J. J., Barbero, G. & Flanery, R. (1984). Life events occurring in families of children with recurrent abdominal pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 28 (3), 185-188.

Hofer, M. A. (1996). On the nature and consequences of early loss. *Psychosomatic Medicine*, 58 (6), 570-581.

Hofferth, S. L., Pleck, J., Stueve, J. L., Bianchi, S. & Sayer, L. (2002). The demography of fathers: what fathers do. In C. S. Tamis-LeMonda & N. Cabrera (Eds.), *Handbook of father involvement. Multidisciplinary perspectives* (pp. 63-90). Mahwah/NJ, London: Lawrence Erlbaum Associates.

Hoffmann, J. (1995). Sterben – Tod – Trauer als soziales Problem und mitmenschliche Aufgabe. In R. Ningel & W. Funke (Hrsg.), *Soziale Netze in der Praxis* (S. 166-179). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

Holman, P. (1959). The aetiology of maladjustment in children. *Journal of Mental Science*, 99, 654-688.

Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11 (2), 213-218.

Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C. & Stinson, C. H. (1997). Diagnostic criteria for traumatic grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154 (7), 904-910.

Hosley, C. A. & Montemayor, R. (1997). Fathers and adolescents. In M. E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development* (3rd ed.) (pp. 162-178). New York, Chichester, Brisbane u.a.: John Wiley & Sons.

Howe, J. (1992). Psychologische Aspekte von Trauer. In J. Howe (Hrsg.), *Lehrbuch der psychologischen und sozialen Alterswissenschaft, Bd. 4: Sterben – Tod – Trauer* (S. 92-110). Heidelberg: Roland Asanger.

Huebner, E. S., Ash, C. & Laughlin, J. E. (2001). Life experiences, locus of control, and school satisfaction in adolescence. *Social Indicators Research*, 55 (2), 167-183.

Hülshoff, T. (2001). *Emotionen. Eine Einführung für beratende, therapeutische, pädagogische und soziale Berufe* (2., überarbeitete Aufl.). München, Basel: Ernst Reinhardt.

Hummer, K. M. (1988). Johnny: mobilizing a child's capacity to mourn by means of psychotherapy. In S. Altschul (Ed.), *Childhood bereavement and its aftermath*. Emotions and Behavior Monographs, No. 8. Madison/CT: International Universities Press.

Hummer, K. M. & Samuels, A. (1988). The influence of the recent death of a spouse on the parenting function of a surviving parent. In S. Altschul (Ed.), *Childhood bereavement and its aftermath* (pp. 37-63). Emotions and Behavior Monographs, No. 8. Madison/CT: International Universities Press.

Hurd, R. C. (2002). Sibling support systems in childhood after a parent dies. *Omega – Journal of Death and Dying*, 45 (4), 299-320.

Hurrelmann, K. & Bründel, H. (2003). *Einführung in die Kindheitsforschung* (2. vollst. überarbeitete Aufl.). Weinheim, Basel, Berlin: Beltz.

Hurth, E. (2005). Das Fernsehen entdeckt das Thema Trauer. Spektakel um Leben und Tod berührt die Zuschauer nämlich nicht mehr. *Chrismon – Das evangelische Magazin*, 5, 30-31.

Ingham, J. G., Kreitman, N. B., Miller, P. M., Sashidharan, P. & Surtees, P. G. (1986). Self-esteem, vulnerability und psychiatric disorder in the community. *British Journal of Psychiatry*, 148, 375-385.

Inglehart, M. R. (1988). *Kritische Lebensereignisse. Eine sozialpsychologische Perspektive*. Stuttgart, Berlin, Köln u.a.: W. Kohlhammer.

Iskenius-Emmler, H. (1988). *Psychologische Aspekte von Tod und Trauer bei Kindern und Jugendlichen*. Europäische Hochschulschriften, Reihe VI, Psychologie, Bd. 263. Frankfurt a. M., Bern, New York, Paris: Peter Lang.

Jackson, E. N. (1979). Bereavement and grief. In H. Wass (Ed.), *Dying. Facing the facts* (pp. 256-281). Washington, New York, London: Hemisphere Publishing Corporation.

Jacobs, S. (1993). *Pathologic grief. Maladaptation to loss*. Washington/DC, London: American Psychiatric Press.

Jacobs, S. (1999). *Traumatic grief. Diagnosis, treatment, and prevention*. Philadelphia/PA, London: Brunner/Mazel.

Jacobs, S. C., Kasl, S. V., Ostfeld, A., Berkman, L. & Charpentier, P. (1986). The measurement of grief: age and sex variations. *British Journal of Medical Psychology*, 59 (4), 305-310.

Jacobs, S. C., Prusoff, B. A. & Paykel, E. S. (1974). Recent life events and depression. *Psychological Medicine*, 4 (4), 444-453.

Jerneitzig, R., Langenmayr, A. & Schubert, U. (1994). *Leitfaden zur Trauertherapie und Trauerberatung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1999). Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. In R. Schwarzer & M. Jerusalem (Hrsg.), *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*. Berlin: Freie Universität Berlin.

Johnson, H. & Sarason, I. G. (1978). Life stress, depression and anxiety: internal-external control as a moderator variable. *Journal of Psychosomatic Research*, 22 (3), 205-208.

Jordan, J. R. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31 (1), 91-102.

Jordan, J. R., Kraus, D. R. & Ware, E. S. (1993). Observations on loss and family development. *Family Process*, 32 (4), 425-440.

Juby, H. & Farrington, D. (2001). Disentangling the link between disrupted families and delinquency. *British Journal of Criminology*, 41 (1), 22-40.

Jurasic, S. & Walper, S. (1995). *Entwicklung eines Verfahrens zur Erfassung von Individuation im Jugendalter*. Berichte aus der Arbeitsgruppe „Familienentwicklung nach der Trennung“, Nr. 4. Ludwig-Maximilians-Universität München und Technische Universität Dresden.

Jurich, A. P., Polson, C. J., Jurich, J. A. & Bates, R. A. (1985). Family factors in the lives of drug users and abusers. *Adolescence*, 20 (77), 143-159.

Käsler, H. (1993). *Mit der Trauer leben*. München: Kösel.

Kaffman, M. & Elizur, E. (1984). Children's bereavement reactions following death of the father. *International Journal of Family Therapy*, 6 (4), 259-283.

Kaffman, M. & Elizur, E. (1996). Bereavement as a significant stressor in children. In C. R. Pfeffer (Ed.), *Severe stress and mental disturbance in children* (pp. 591-628). Washington/DC, London: American Psychiatric Press.

Kaffman, M., Elizur, E. & Gluckson, L. (1987). Bereavement reactions in children: therapeutic implications. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 24 (1-2), 65-76.

Kalter, N., Lohnes, K. L., Chasin, J., Cain, A. C., Dunning, S. & Rowan, J. (2002/03). The adjustment of parentally bereaved children: I. Factors associated with short-term adjustment. *Omega – Journal of Death and Dying*, 46 (1), 15-34.

Kandt, V. E. (1994). Adolescent bereavement: turning a fragile time into acceptance and peace. *The School Counselor*, 41 (3), 203-211.

Kardiner, A. (1941). The traumatic neuroses of war. New York: Hoeber.

Kast, V. (1985). *Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses*. Stuttgart: Kreuz.

Kast, V. (1990). Verlust, Ablösung und Trauer im therapeutischen Prozess. *Integrative Therapie*, 3, 174-190.

Kast, V. (1992). Unfähig zu trauern? In R. Schmitz-Scherzer (Hrsg.), *Altern und Sterben* (S. 105-115). Bern, Göttingen, Toronto u.a.: Hans Huber.

Kast, V. (1994). *Sich einlassen und loslassen. Neue Lebensmöglichkeiten bei Trauer und Trennung*. Freiburg, Basel, Wien: Herder.

Kast, V. (1995). Der Trauerprozess. In V. Faust (Hrsg.), *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung* (S. 431-435). Stuttgart, Jena, New York: Gustav Fischer.

Kastenbaum, R. J. (1995). *Death, society and human experience*. Boston: Allyn & Bacon.

Katschnig, H. (Hrsg.) (1980). *Sozialer Stress und psychische Erkrankung. Lebensverändernde Ereignisse als Ursache seelischer Störungen?* München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.

Katschnig, H. (2001). Orpheus und Eurydike oder „Wo hört Trauer auf, wo fängt Depression an?“. In H. Katschnig & U. Demal (Hrsg.), *Trauer und Depression. Wo hört das eine auf, wo fängt das andere an?* (S. 11-24). Wien: Facultas.

Katz, S. & Florian, V. (1986/87). A comprehensive theoretical model of psychological reaction to loss. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 16 (4), 325-345.

Kaufman, K. R. & Kaufman, N. D. (2005). Childhood mourning: prospective case analysis of multiple losses. *Death Studies*, 29 (3), 237-249.

Kellehear, A. (2002). Grief and loss: past, present and future. *Medical Journal of Australia*, 177 (4), 176-177.

Kelley, P. (2001). *Trost in der Trauer. Ein Begleitbuch*. München: Droemersche Verlagsanstalt. (Originalarbeit erschienen 1997: Companions to grief)

Kendler, K. S., Karkowski, L. M. & Prescott, C. A. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 156 (6), 837-841.

Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C. & Eaves, L. J. (1992). Childhood parental loss and adult psychopathology in women – A twin study perspective. *Archives of General Psychiatry*, 49, 109-116.

Kendler, K. S., Sheth, K., Gardner, C. O. & Prescott, C. A. (2002). Childhood parental loss and risk for first-onset of major depression and alcohol dependence: the time-decay of risk and sex differences. *Psychological Medicine*, 32 (7), 1187-1194.

Kern, K. D. & Braun, W. (1985). Einfluss wichtiger Todesursachen auf die Sterblichkeit und die Lebenserwartung. *Wirtschaft und Statistik*, 3, 233-240.

Kersting, A., Fisch, S., Suslow, T., Ohrmann, P. & Arolt, V. (2003). Messinstrumente zur Erfassung von Trauer – Ein kritischer Überblick. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 53 (12), 475-484.

Kessler, R. C., Gillis-Light, J., Magee, W. J., Kendler, K. S. & Eaves, L. J. (1997). In I. H. Gotlib & B. Wheaton (Eds.), *Stress and adversity over the life course – Trajectories and turning points* (pp. 50-72). Cambridge: Cambridge University Press.

Kim, L. S., Sandler, I. N. & Tein, J.-Y. (1997). Locus of control as a stress moderator and mediator in children of divorce. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25 (2), 145-155.

Kissane, D. W. & Bloch, S. (1994). Family grief. *British Journal of Psychiatry*, 164, 728-740.

Kissane, D. W., Bloch, S., McKenzie, M., McDowall, A. C. & Nitzan, R. (1998). Family grief therapy: a preliminary account of a new model to promote healthy family functioning during palliative care and bereavement. *Psycho-oncology*, 7 (1), 14-25.

Kissane, D. W., Bloch, S., Onghena, P., McKenzie, D. P., Snyder, R. D. & Dowe, D. L. (1996). The Melbourne Family Grief Study, II: Psychosocial morbidity and grief in bereaved children. *American Journal of Psychiatry*, 153 (5), 659-666.

Kivelä, S.-L., Luukinen, H., Koski, K., Viramo, P. & Pahkala, K. (1998). Early loss of mother or father predicts depression in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 527-530.

Klass, D., Silverman, P. R. & Nickman, S. L. (Eds.) (1996). *Continuing bonds. New understandings of grief*. Washington/DC: Taylor & Francis.

Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic depressive states. *International Journal of Psychoanalysis*, 21, 123-153.

Kliewer, W. & Sandler, I. N. (1992). Locus of control and self-esteem as moderators of stressor-symptom relation in children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20 (4), 393-413.

Klimbingat, S. (2003). Gedanken und Erfahrungen zur Trauer im Bereich der Medizin. In R. Bauer-Mehren, K. Kopp-Breinlinger & P. Rechenberg-Winter (Hrsg.), *Kaleidoskop der Trauer* (S. 36-63). Regensburg: Roderer.

Knapp, L. G., Stark, L. J., Kurkjian, J. A. & Spirito, A. (1991). Assessing the coping in children and adolescents: research and practice. *Educational Psychology Review*, 3 (4), 309-334.

Knight-Birnbaum, N. (1988). Therapeutic work with bereaved children. In S. Altschul (Ed.), *Childhood bereavement and its aftermath*. Emotions and Behavior Monographs, No. 8. Madison/CT: International Universities Press.

Kohlmann, C.-W. (1997). Streßbewältigung. Ressourcen und Persönlichkeit. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 209-220). Weinheim: Beltz.

Koller, K. (1970). Parental deprivation, family background, and female delinquency. *British Journal of Psychiatry*, 116, 319-327.

Koocher, G. P. & Gudas, L. J. (1992). Grief and loss in childhood. In C. E. Walker & M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of clinical child psychology* (2nd ed.) (pp. 1025-1034). New York, Chichester, Brisbane u.a.: John Wiley & Sons.

Kopp-Breilinger, K. & Rechenberg-Winter, P. (2004). *In der Mitte der Nacht beginnt ein neuer Tag. Mit Verlust und Trauer leben*. München: Kösel.

Krämer, K. (1992). *Delinquenz, Suchtmittelumgang und andere Formen abweichenden Verhaltens*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Krakauer, E. L. (1996). Attending to dying: limitations of medical technology. In H. M. Spiro, M. G. M. Curnen & L. P. Wandel (Eds.), *Facing death. Where culture, religion, and medicine meet* (pp. 22-32). New Haven, London: Yale University Press.

Krampen, G. (1981). *Fragebogen zur Kontroll- und Kompetenziüberzeugung (IPC)*. Göttingen: Hogrefe.

Krampen, G. (1982). *Differentialpsychologie der Kontrollüberzeugung („Locus of Control“)*. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe.

Krampen, G. (1989). Perceived childrearing practices and the development of locus of control in early adolescence. *International Journal of Behavioral Development*, 12 (2), 177-193.

Krampen, G. (1992). *Sozialisation von Kontrollüberzeugungen*. Trierer Psychologische Berichte, Bd. 19, Heft 6.

Kranzler, E. M. (1990). Parent death in childhood. In L. E. Arnold (Ed.), *Childhood stress* (pp. 405-421). New York, Chichester, Brisbane u. a.: John Wiley & Sons.

Kranzler, E. M., Shaffer, D., Wasserman, G. & Davies, M. (1989). Early childhood bereavement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29 (4), 513-520.

Kraupner, H. (2005, 24./25. März). Die Ohnmacht der Ärzte. *Süddeutsche Zeitung*, S. 2.

Krause, R. (1994). Verlust, Trauer und Depression: Überlegungen auf Grundlage der Emotionsforschung. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und medizinische Psychoanalyse*, 40 (4), 324-340.

Kreye, A. (2005, 22. März). Auf Leben, Tod und Macht. *Süddeutsche Zeitung*, S. 3.

Krueger, D. W. (1983). Childhood parent loss: developmental impact and adult psychopathology. *American Journal of Psychotherapy*, 37 (4), 582-592.

Krupnick, J. L. & Solomon, F. (1987). Death of a parent or sibling during childhood. In J. Bloom-Feshbach & S. Bloom-Feshbach (Eds.), *The psychology of separation and loss. Perspectives on development, life transitions, and clinical practice* (pp. 345-372). San Francisco, London: Jossey-Bass Publishers.

Kulas, H. (1996). Locus of control in adolescence: a longitudinal study. *Adolescence*, 31 (123), 721-729.

Kurdek, L. A., Blisk, D. & Siesk, A. E. (1981). Correlates of children's long-term adjustment to their parents' divorce. *Developmental Psychology*, 17 (5), 565-597.

Kurtz, C., Bunzell, M. & Nagler, S. (1993). Anxiety and autonomy in adolescence among father-orphaned kibbutz children. *Journal of Adolescence*, 16 (4), 457-462.

Kury, H. (1980). Erziehungsstil und Aggression bei straffälligen Jugendlichen. In H. Lukesch, M. Perrez & K. A. Schneewind (Hrsg.), *Familiäre Sozialisation und Intervention* (S. 337-351). Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber.

Laajus, S. (1984). Parental losses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 69 (1), 1-12.

LaGrand, L. E. (1981). Loss reactions of college students: a descriptive analysis. *Death Education*, 5 (3), 235-248.

LaGrand, L. E. (1991). United we cope: support groups for the dying and the bereaved. *Death Studies*, 15 (2), 207-230.

Lamb, M. E. (1997). Fathers and child development: an introductory overview and guide. In M. E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development* (3rd ed.) (pp. 1-18). New York, Chichester, Brisbane u.a.: John Wiley & Sons.

Lamb, M. E. (2002). Infant-father attachments and their impact on child development. In C. S. Tamis-LeMonda & N. Cabrera (Eds.), *Handbook of father involvement. Multidisciplinary perspectives* (pp. 93-117). Mahwah/NJ, London: Lawrence Erlbaum Associates.

Lamb, M. E., Frodi, A. M., Hwang, C.-P. & Frodi, M. (1982). Varying degrees of paternal involvement in infant care: attitudinal and behavioral correlates. In M. E. Lamb (Ed.), *Nontraditional families. Parenting and child development* (pp. 117-137). Hillsdale/NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Lamb, M. E. & Oppenheimer, D. (1989). Fatherhood and father child relationships: five years of research. In S. H. Cath, A. Gurwitt & L. Gunsberg (Eds.), *Fathers and their families* (pp. 11-26). Hillsdale/NJ, Hove, London: The Analytic Press.

Lamers, E. P. (1995). Helping children during bereavement. In I. B. Corless, B. B. Germino & M. A. Pittman (Eds.), *A challenge for living. Dying, death, and bereavement* (pp. 203-220). Boston, London: Jones & Bartlett.

Lampl-De Groot, J. (1976). Mourning in a 6-year old girl. *Psychoanalytic Study of the Child*, 31, 273-281.

Lampl-De Groot, J. (1983). On the process of mourning. *Psychoanalytic Study of the Child*, 38, 9-13.

Lancaster, W. W. & Richmond, B. O. (1983). Perceived locus of control as a function of father absence, age, and geographic location. *Journal of Genetic Psychology*, 143, 51-56.

Langenmayr, A. (1987). Unvollständigkeit von Familien und ihre Auswirkung auf die Kinder. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 36 (7), 249-256.

Langenmayr, A. (2001). Trauer und Trauerverarbeitung aus psychologischer Sicht. In M. Herzog (Hrsg.), *Totengedenken und Trauerkultur. Geschichte und Zukunft des Umgangs mit Verstorbenen* (S. 23-39). Stuttgart, Berlin, Köln: W. Kohlhammer.

Larisch, H. & Lohaus, A. (1997). Coping als Prozeß: Entwicklungs-psychologische Aspekte für den Aufbau von Bewältigungsstrategien im Kindes- und Jugendalter. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 105-118). Weinheim: Beltz.

Larzelere, R. E. & Patterson, G. R. (1990). Parental management: mediator of the effect of socio-economic status on early delinquency. *Criminology*, 28 (2), 301-324.

Laucht, M. (2003). Vulnerabilität und Resilienz in der Entwicklung von Kindern. In K.-H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (S. 53-71). Stuttgart: Klett-Cotta.

Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C. D. (1981). *State-Trait-Angstinventar (STAI)*. Weinheim: Beltz Test.

Lazarus (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill Book Company.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing.

Lefcourt, H. M. (1976). *Locus of control. Current trends in theory and research*. Hillsdale/NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Lefcourt, H. M. (1981). Locus of control and stressful life events. In B. S. Dohrenwend & B. P. Dohrenwend (Eds.), *Stressful life events and their contexts* (pp. 157-166). New York: Prodist.

Lefcourt, H. M. (1985). Intimacy, social support, and locus of control as moderators of stress. In I. G. Sarason & B. R. Sarason (Eds.), *Social support: Theory, research and applications* (pp. 155-171). Dordrecht, Boston, Lancaster: Martinus Nijhoff Publishers.

Lefcourt, H. M., Miller, R. S., Ware, E. E. & Sherk, D. (1981). Locus of control as a modifier of the relationship between stressors and moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41 (2), 357-369.

Lehman, D. R., Lang, E. L., Wortman, C. B. & Sorenson, S. B. (1989). Long-term effects of sudden bereavement: marital and parent-child relationships and children's reactions. *Journal of Family Psychology*, 2 (3), 344-367.

Lehmkuhl, U. (1982). Symptomwahl als väterliches Erbe. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 10 (3), 262-273.

Lehr, U. (1980). Die Rolle von Vater und Mutter in der frühen Sozialisation des Kindes. *Therapiewoche*, 30 (5), 649-665.

Leist, M. (³1983). *Kinder begegnen dem Tod. Ein beratendes Sachbuch für Eltern und Erzieher*. Freiburg, Basel, Wien: Herder.

Lenhardt, A. C. & McCourt, B. (2000). Adolescent unresolved grief in response to death of a mother. *Professional School Counseling*, 3, 189-197.

Lester, D. & Bean, J. (1992). Attribution of causes of suicide. *Journal of Psychology*, 132, 679-680.

Lev, E. L. & McCorkle, R. (1998). Loss, grief, and bereavement in family members of cancer patients. *Seminars in Oncology Nursing*, 14 (2), 145-151.

Levang, E. (2002). *Männer trauern anders*. Freiburg im Breisgau: Herder. (Originalarbeit erschienen 1998: When men grieve. Why men grieve differently & how you can help)

Levenson, H. (1974). Activism and powerful others: distinctions within the concept of internal-external locus of control. *Journal of Personality Assessment*, 38 (4), 377-383.

Levinson, P. (1972). On sudden death. *Psychiatry*, 35 (2), 160-173.

Lieberman, M. A. (1989). Family losses are not equal. *Journal of Family Psychology*, 2 (3), 368-372.

Lin, K. K., Sandler, I. N., Ayers, T. S., Wolchik, S. A. & Luecken, L. (2004). Resilience in parentally bereaved children and adolescents seeking preventive services. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33 (4), 673-683.

Lindemann, E. (1944). The symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.

Lloyd, C. (1980). Life events and depressive disorder reviewed. *Archives of General Psychiatry*, 37, 529-535.

Lösel, F. & Bender, D. (1999). Von generellen Schutzfaktoren zu differentiellen protektiven Prozessen: Ergebnisse und Probleme der Resilienzforschung. In G. Opp,

M. Fingerle & A. Freytag (Hrsg.), *Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (S. 37-58). München: Ernst Reinhardt.

Lösel, F. & Bliesener, T. (1990). Resilience in adolescence: a study of the generalizability of protective factors. In K. Hurrelmann & F. Lösel (Eds.), *Health hazards in adolescence* (pp. 299-320). Berlin, New York: De Gruyter.

Lohaus, A. (1993). *Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe.

Lord, J. H. (1999). *Nicht einmal ein Abschiedswort. Trauer nach einem unerwarteten Todesfall*. Zürich: Kreuz. (Originalarbeit erschienen 1998: No time for goodbyes: coping with sorrow, anger, and injustice after a tragic death)

Luecken, L. J. (1998). Childhood attachment and loss experiences affect cardiovascular and cortisol function. *Psychosomatic Medicine*, 60 (6), 765-772.

Luecken, L. J. (2000a). Parental caring and loss during childhood and adult cortisol responses to stress. *Psychology and Health*, 15, 841-851.

Luecken, L. J. (2000b). Attachement and loss experiences during childhood are associated with adult hostility, depression, and social support. *Journal of Psychosomatic Research*, 49 (1), 85-91.

Lundin, T. (1984). Morbidity following sudden and unexpected bereavement. *British Journal of Psychiatry*, 144, 84-88.

Luthar, S. S. & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: a review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61 (1), 6-22.

Lynn, D. B. (1962). Sex-role and parental identification. *Child Development*, 33 (3), 555-564.

Lynn, D. B. & Sawry, W. L. (1959). The effects of father-absence on Norwegian boys and girls. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59, 258-262.

Lyon, J. B. & Vandenberg, B. R. (1989). Father death, family relationships, and subsequent psychological functioning in women. *Journal of Clinical Psychology*, 18 (4), 327-335.

Mack, K. Y. (2001). Childhood family disruption and adult well-being: the differential effects of divorce and parental death. *Death Studies*, 25 (5), 419-443.

Mackey, W. C. & Mackey, B. (2003). The presence of fathers in attenuating young male violence: Dad as a social palliative. *Marriage & Family Review*, 35 (1/2), 63-75.

Maddock, I. (2003). Grief and bereavement. *Medical Journal of Australia*, 179 (6 Suppl.), S6-S7.

Mahler, M. S. (1961). On sadness and grief in infancy and childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 332-351.

Maier, E. H. & Lachman, M. E. (2000). Consequences of early parental loss and separation for health and well-being in midlife. *International Journal of Behavioral Development*, 24 (2), 183-189.

Malkinson, R., Rubin, S. S. & Witztum, E. (Eds.) (2000). *Traumatic and nontraumatic loss and bereavement: clinical theory and practice*. Madison/CT: Psychosocial Press.

Markusen, E. & Fulton, R. (1971). Childhood bereavement and behavior disorder. A critical review. *Omega – Journal of Death and Dying*, 19 (2), 107-117.

Marris, P. (1986). *Loss and change*. London: Routledge & Kegan Paul.

Marsiglio, W. (1995). Fatherhood scholarship: an overview and agenda for the future. In W. Marsiglio (Ed.), *Fatherhood. Contemporary theory, research, and social policy* (pp. 1-20). Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.

Martin, S. & Lee, L. J. (1989). Grief work with substance abusers. *Journal for Specialists in Group Work*, 14, 46-52.

Mason, C. A., Cauce, A. M., Gonzales, N. & Hiraga, Y. (1994). Adolescent problem behavior: The effect of peers and the moderating role of father absence and the mother-child relationship. *American Journal of Community Psychology*, 22 (6), 723-743.

Masten, A. S. (2001). Resilienz in der Entwicklung: Wunder des Alltags. In G. Röper, C. von Hagen & G. C. Noam (Hrsg.), *Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer Klinischen Entwicklungspsychologie* (S. 192-219). Stuttgart, Berlin, Köln: W. Kohlhammer.

Mattejat, F. (1986). Zur Bedeutung des Vaters in der Adoleszenz. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 14 (1), 32-49.

Matussek, P. & May, U. (1981). Verlustereignisse in der Kindheit als prädisponierende Faktoren für neurotische und psychotische Depressionen. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 229, 189-204.

McBride, J. & Simms, S. (2001). Death in the family: adapting a family systems framework to the grief process. *American Journal of Family Therapy*, 29 (1), 59-73.

McCarthy, I. L. (1959). Research in language development. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 24, 5.

McCord, J. (1988). Identifying developmental paradigms leading to alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 49 (4), 357-362.

McCord, J. (1991a). Family relationship, juvenile delinquency, and adult criminality. *Criminology*, 29 (3), 397-417.

McCord, J. (1991b). Identifying developmental paradigms leading to alcoholism. In D. J. Pittman & H. R. White (Eds.), *Society, culture, and drinking patterns re-examined* (pp. 480-491). New Brunswick/NJ: Alcohol Research Documentation.

McDougall, J. (1989). The dead father: on early psychic trauma and its relation to disturbance in sexual identity and in creative activity. *International Journal of Psychoanalysis*, 70, 205-219.

McGoldrick, M. (1992). Verluste im Kontext verstehen. In J. Schweitzer, A. Retzer & H. R. Fischer (Hrsg.), *Systemische Praxis und Postmoderne* (S. 118-135). Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Medalie, J. H. (1990). Bereavement: health consequences and prevention strategies. In R. B. Goldbloom & R. S. Lawrence (Eds.), *Preventing disease. Beyond the rhetoric* (pp. 168-178). New York, Berlin, Heidelberg u.a.: Springer.

Menke, E. M. (2002). Handling children's grief at the first anniversary. *Journal of Pediatric Health Care*, 16 (5), 267-271.

Meshot, C. M. & Leitner, L. M. (1992/93). Adolescent mourning and parental death. *Omega – Journal of Death and Dying*, 26 (4), 287-299.

Meshot, C. M. & Leitner, L. M. (1993). Death threat, parental loss, and interpersonal style: a personal construct investigation. *Death Studies*, 17 (4), 319-332.

Meyer, J. E. (1996). Trauerreaktionen. In G. A. E. Rudolf, N. Leygraf & K. Windgassen (Hrsg.), *Psychiatrie heute. Aspekte und Perspektiven* (S. 135-143). München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.

Meyer-Krahmer, K. (1980). Die Rolle des Vaters in der Entwicklung des Kindes. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 27, 87-102.

Meyer-Probst, B. & Teichmann, H. (1984). *Rostocker Längsschnittuntersuchung – Risiken für die Persönlichkeitsentwicklung im Kindesalter*. Leipzig: Georg Thieme.

Meyers, L. S. & Wong, D. T. (1988). Validation of a new test of locus of control: the internal control index. *Educational and Psychological Measurement*, 48, 753-761.

Middleton, W., Burnett, P., Raphael, B. & Martinek, N. (1996). The bereavement response: A cluster analysis. *British Journal of Psychiatry*, 169, 167-171.

Miller, J. B. M. (1971). Reactions to the death of parent: a review of the psychoanalytic literature. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 19 (4), 697-719.

Miller, T. W. (1984). Paternal absence and its effect on adolescent self-esteem. *International Journal of Social Psychiatry*, 30 (4), 293-296.

Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (2003). *Vom Umgang mit der Trauer in der Schule. Handreichung für Lehrkräfte und Erzieher/innen*. Verfügbar unter: www.km-bw.de/servlet/PB/menu/1075886/index.html (12.02.05).

Mireault, G. C. & Bond, L. A. (1992). Parental death in childhood: perceived vulnerability, and adult depression and anxiety. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62 (4), 517-524.

Mireault, G. & Compas, B. E. (1996). A prospective study of coping and adjustment before and after a parent's death from cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 14 (4), 1-18.

Mischke, M. (1996). *Der Umgang mit dem Tod. Vom Wandel in der abendländischen Geschichte*. Berlin: Dietrich Reimer.

Mishne, J. (1992). The grieving child: manifest and hidden losses in childhood and adolescence. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 9 (6), 471-490.

Mittag, O. (1992). Psychologische und psychotherapeutische Aspekte der Trauer. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 42 (5), 150-157.

Moebius, M. (1985). Trauer. Die bittere Zeit des Leidens. *Psychologie Heute*, 12 (11), 48-55.

Monroe, B. & Kraus, F. (1996). Children and loss. *British Journal of Hospital Medicine*, 56 (6), 260-264.

Moody, R. A. & Moody, C. P. (1991). A family perspective: Helping children acknowledge and express grief following the death of a parent. *Death Studies*, 15 (6), 587-602.

Moore, D. R., Chamberlain, P. & Mukai, L. H. (1979). Children at risk for delinquency: a follow-up comparison of aggressive children and children who steal. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 7 (3), 345-355.

Moos, R. H. & Schaefer, J. A. (1986). Life transitions and crisis: A conceptual overview. In R. H. Moss (Ed.), *Coping with life crisis: An integrated approach* (pp. 3-28). New York: Plenum Press.

Moraganti, J. B., Nehrke, M. F., Hulicka, I. M. & Cataldo, J. F. (1988). Life span differences in life satisfaction, self-concept, and locus of control. *International Journal of Aging and Human Development*, 26, 45-56.

Morgan, J. D. (2003). Der historische und gesellschaftliche Kontext von Sterben, Tod und Trauer. In J. Wittkowski (Hrsg.), *Sterben, Tod und Trauer. Grundlagen. Methoden. Anwendungsfelder* (S. 14-30). Stuttgart: W. Kohlhammer.

Morin, S. M. & Welsh, L. A. (1996). Adolescents' perceptions and experiences of death and grieving. *Adolescence*, 31 (123), 585-595.

Mott, F. L. (1994). Sons, daughters and fathers' absence: differentials in father-leaving probabilities and in home environments. *Journal of Family Issues*, 15 (1), 97-128.

Mott, F. L., Kowaleski-Jones, L. & Menaghan, E. (1997). Paternal absence and child behaviour: does a child's gender make a difference? *Journal of Marriage and the Family*, 59 (1), 103-118.

Murray, A. & Sandqvist, K. (1990). Father absence and children's achievement from age 13 to 21. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 34 (1), 3-28.

Nader, K. O. (1997). Childhood traumatic loss: the interaction of trauma and grief. In C. R. Figley, B. E. Bride & N. Mazza (Eds.), *Death and trauma. The traumatology of grieving* (pp. 17-41). Washington: Taylor & Francis.

Nagera, H. (1970). Children's reactions to the death of important objects: a developmental approach. *Psychoanalytic Study of the Child*, 25, 360-400.

Nash, J. (1954). Critical periods in human development. *Bulletin of the Maritime Psychological Association*, 18-22.

Nassehi, A. & Weber, G. (1989). *Tod, Modernität und Gesellschaft. Entwurf einer Theorie der Todesverdrängung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Ness, D. E. & Pfeffer, C. R. (1990). Sequelae of bereavement resulting from suicide. *American Journal of Psychiatry*, 147 (3), 279-285.

Nestele, M. (1998). Trauer und Verlust. *Suizidprophylaxe*, 25 (2), 65-70.

Nevermann, C. & Reicher, H. (2001). *Depressionen im Kindes- und Jugendalter. Erkennen, Verstehen, Helfen*. München: C.H. Beck.

Newman, S. C. & Bland, R. C. (1994). Life events and the 1-year prevalence of major depressive episodes, generalized anxiety disorder, and panic disorder in a community sample. *Comprehensive Psychiatry*, 35 (1), 76-82.

Newman, C. J. & Schwam, J. S. (1979). The fatherless child. In J. D. Call, J. D. Noshpitz, R. L. Cohen & I. N. Berlin (Eds.), *Basic handbook of child psychiatry. Vol. 1: Development* (pp. 357-372). New York: Basic Books.

Neysters, P. & Schmitt, K. H. (2004). *Denn sie werden getröstet werden. Das Hausbuch zu Leid und Trauer, Sterben und Tod*. München: Kösel.

Nickman, S. L., Silverman, P. R. & Normand, C. (1998). Children's construction of a deceased parent: the surviving parent's contribution. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68 (1), 126-134.

Nolen-Hoeksema, S. & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115, 424-443.

Nolen-Hoeksema, S. & Larson, J. (1999). *Coping with loss*. London: LEA.

Noppe, L. D. & Noppe, I. C. (1991). Dialectical themes in adolescent conceptions of death. *Journal of Adolescent Research*, 6 (1), 28-42.

Norris-Shortle, C., Young, P. A. & Williams, M. A. (1993). Understanding death and grief for children three and younger. *Social Work*, 38 (6), 736-742.

Nuber, U. (2005). Resilienz: Immun gegen das Schicksal? *Psychologie Heute*, 32 (9), 20-27.

Nusko, G. (1986). *Coping. Bewältigungsstrategien des Ich im Zusammenhangsgefüge von Kontext-, Person und Situationsmerkmalen*. Europäische Hochschulschriften, Bd. 165. Frankfurt a.M., Bern, New York: Peter Lang.

Ochsmann, R. (1991). Kognitive und affektive Konsequenzen ontologischer Konfrontationen. In R. Ochsmann & J. Howe (Hrsg.), *Trauer – Ontologische Konsequenzen* (S. 76-87). Bericht über die 2. Tagung zur Thanato-Psychologie vom 23.-24. November 1989 in Osnabrück. Stuttgart: Ferdinand Enke.

Oltjenbruns, K. A. (1991). Positive outcomes of adolescents' experience with grief. *Journal of Adolescent Research*, 6 (1), 43-53.

Oltjenbruns, K. A. (2001). Developmental context of childhood: grief and regrief phenomena. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe & H. Shut (Eds.), *Handbook of bereavement research. Consequences, coping, and care* (pp. 169-198). Washington/DC: American Psychological Association.

Oltman, J. E. & Friedman, S. (1967). Parental deprivation in psychiatric conditions, III (in personality disorders and other conditions). *Diseases of the Nervous System*, 28 (5), 298-303.

O'Neil, M. K., Lancee, W. J. & Freeman, S. J. J. (1987). Loss and depression. A controversial link. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175 (6), 354-357.

Osterweis, M., Solomon, F. & Green, M. (1984). *Bereavement. Reactions, consequences and care*. Washington/DC: National Academy Press.

Otzelsberger, M. (1999). *Suizid. Das Trauma der Hinterbliebenen. Erfahrungen und Auswege*. Berlin: Ch. Links.

Palkowitz, R. (2002). Involved fathering and child development: advancing our understanding of good fathering. In C. S. Tamis-LeMonda & N. Cabrera (Eds.), *Handbook of father involvement. Multidisciplinary perspectives* (pp. 119-140). Mahwah/NJ, London: Lawrence Erlbaum Associates.

Parish, T. S. (1981). The relationship between years of father absence and locus of control. *Journal of Genetic Psychology*, 138 (2), 301-302.

Parish, T. S. & Copeland, T. F. (1980). Locus of control and father absence. *Journal of Genetic Psychology*, 136 (1), 147-148.

Parish, T. S. & Nunn, G. D. (1983). Locus of control as a function of family type and age at onset of father absence. *Journal of Psychology*, 113, 187-190.

Parker, G. & Manicavasagar, V. (1986). Childhood bereavement circumstances associated with adult depression. *British Journal of Medical Psychology*, 59 (4), 387-391.

Parkes, C. M. (1974). *Vereinsamung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
(Originalarbeit erschienen 1972: Bereavement)

Parkes, C. M. (1990). Risk factors in bereavement: implications for the prevention and treatment of pathologic grief. *Psychiatric Annals*, 20 (6), 308-313.

Parkes, C. M. (2001). Editorial: Bereavement dissected – A re-examination of the basic components influencing the reaction to loss. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38 (3-4), 150-156.

Parkes, C. M. (2002). Grief: lessons from the past, visions for the future. *Death Studies*, 26 (5), 367-385.

Parkes, K. R. (1984). Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful episodes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (3), 655-668.

Parnes, E. (1975). Effects of experience with loss and death among preschool children. *Children Today*, 4, 2-7.

Partridge, S. & Kotler, T. (1987). Self-esteem and adjustment from bereaved, divorced and intact families: Family type versus family environment. *Australian Journal of Psychology*, 39, 223-243.

Paulley, J. W. (1983). Pathological mourning: a key factor in the psychopathogenesis of autoimmune disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 40 (1-4), 181-190.

Payton, J. B. & Krocker-Tuskan, M. (1988). Children's reactions to loss of parent through violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27 (5), 563-566.

Pedersen, F. A. (1976). Does research on children reared in father-absent families yield information on father influences? *The Family Coordinator*, 25, 459-464.

Perkins, H. W. & Harris, L. B. (1990). Familial bereavement and health in adult life course perspective. *Journal of Marriage and the Family*, 52 (1), 233-241.

Pettle, S. A. & Britten, C. M. (1995). Talking with children about death and dying. *Child: care, health and development*, 21 (6), 395-404.

Pfeffer, C. R., Karus, D., Siegel, K. & Jiang, H. (2000). Child survivors of parental death from cancer or suicide: depressive and behavioral outcomes. *Psycho-oncology*, 9 (1), 1-10.

Pfeffer, C. R., Martins, P., Mann, J., Sunkenberg, M., Ice, A., Damore, J., Gallo, C., Karpenos, I. & Jiang, H. (1997). Child survivors of suicide: Psychosocial characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (1), 65-74.

Pfiffner, L. J., McBurnett, K. & Rathouz, P. J. (2001). Father absence and familial antisocial characteristics. *Journal of Abnormal Psychology*, 29 (5), 357-367.

Pietilä, M. (2002). Support groups: a psychological or social device for suicide bereavement? *British Journal of Guidance & Counselling*, 30 (4), 401-414.

Pisarski, W. (1988). *Anders leben – anders trauern*. München: Chr. Kaiser.

Pitt-Aikens, T. & McKinnon, M. (2000). Delinquency and being into care: a three-generational study. *British Journal of Psychotherapy*, 16 (4), 424-433.

Pleck, J. H. (1997). Paternal involvement: levels, sources, and consequences. In M. E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development* (3rd ed.) (pp. 66-103). New York, Chichester, Brisbane u.a.: John Wiley & Sons.

Prestel, A. (1996). *Die Trauer um den verstorbenen Vater: Aspekte des Trauerprozesses bei Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung von internen und externen Einflussgrößen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Ludwig-Maximilians-Universität München.

Prichard, S. & Epting, F. (1991/92). Children and death: new horizons in theory and measurement. *Omega – Journal of Death and Dying*, 24 (4), 271-288.

Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C., Reynolds, C. F. III, Maciejewski, P. K., Davidson, J. R. T., Rosenheck, R., Pilkonis, P. A., Wortman, C. B., Williams, J. B. W., Widiger, T. A., Frank, E., Kupfer, D. J. & Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. *British Journal of Psychiatry*, 174, 67-73.

Pynoos, R. S. (1992). Grief and trauma in children and adolescents. *Bereavement Care*, 11, 2-11.

Pynoos, R. S., Nader, K., Frederick, C., Gonda, L. & Stuber, M. (1987). Grief reactions in school age children following a sniper attack at school. *Israel Journal of Psychiatry*, 24, 53-63.

Radin, N. (1981a). The role of the father in cognitive, academic, and intellectual development. In M. E. Lamb (Ed.), *The role of the father in child development* (pp. 379-427). New York, Chichester, Brisbane u. a.: John Wiley & Sons.

Radin, N. (1981b). Childrearing fathers in intact families. I: Some antecedents and consequences. *Merrill-Palmer Quarterly*, 27 (4), 489-514.

Radloff, L. S. (1991). The use of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in adolescents and young adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 20 (2), 149-166.

Ragan, P. V. & McGlashan, T. H. (1986). Childhood parental death and adult psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 143 (2), 153-157.

Ramachers, G. (1994). *Entwicklung und Bedingungen von Todeskonzepten beim Kind*. Europäische Hochschulschriften, Bd. 489. Frankfurt a. M., Berlin, Bern u.a.: Peter Lang.

Ramsay, R. W. (1979). Bereavement: a behavioral treatment of pathological grief. In P. O. Sjoden, S. Bates & W. S. Dorkens (Eds.), *Trends in behavior therapy*. New York: Academic Press.

Rando, T. A. (1993). *Treatment of complicated mourning*. Champaign: Research Press.

Rando, T. A. (1997). Living and learning the reality of a loved one's dying: traumatic stress and cognitive processing in anticipatory grief. In K. J. Doka (Ed.), *Living with grief when illness is prolonged* (pp. 33-50). Bristol/PA: Taylor & Francis.

Range, L. M. & Calhoun, L. G. (1990). Responses following suicide and other types of death: the perspective of the bereaved. *Omega – Journal of Death and Dying*, 21 (4), 311-320.

Range, L. M. & Niss, N. M. (1990). Long-term bereavement from suicide, homicide, accidents, and natural deaths. *Death Studies*, 14 (5), 423-433.

Raphael, B. (1983). *The anatomy of bereavement*. New York: Basic Books.

Raphael, B., Cubis, J., Dunne, M. & Lewin, T. (1990). The impact of parental loss on adolescents' psychosocial characteristics. *Adolescence*, 25 (99), 689-700.

Raphael, B. & Wooding, S. (2003). Klinische Intervention für Trauernde. In J. Wittkowski (Hrsg.), *Sterben, Tod und Trauer. Grundlagen. Methoden. Anwendungsfelder* (S. 226-244). Stuttgart: W. Kohlhammer.

Raveis, V. H., Siegel, K. & Karus, D. (1999). Children's psychological distress following the death of a parent. *Journal of Youth and Adolescence*, 28 (2), 165-180.

Recklitis, C. J. & Noam, G. G. (1999). Clinical and developmental perspectives on adolescent coping. *Child Psychiatry and Human Development*, 30 (2), 87-101.

Reed, M. D. (1993). Sudden death and bereavement outcomes: the impact of resources on grief symptomatology and detachment. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23 (3), 204-220.

Rehberger, R. (2004). *Angst zu trauern. Trauerabwehr in Bindungstheorie und psychotherapeutischer Praxis*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Rehrl, A. (2004). Damit aus Trauer nicht Depression wird. *Psychologie Heute*, 31 (1), 65-69.

Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Hauf, A. M. C., Wasserman, M. S. & Silverman, A. B. (1999). Major depression in the transition to adulthood: risks and impairments. *Journal of Abnormal Psychology*, 108 (3), 500-510.

Reinherz, H. Z., Stewart-Berghauer, G., Pakiz, B., Frost, A. K., Moeykens, B. A. & Holmes, W. M. (1989). The relationship of early risk and current mediators to depressive symptomatology in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28 (6), 942-947.

Remschmidt, H. (1992). *Psychiatrie in der Adoleszenz*. Stuttgart, New York: Georg Thieme.

Ringel, E. (1989). Vom Umgang mit dem Tod. In M. Ziegler, I. Mörtl & H. Hummer (Hrsg.), *Sterben – Tod – Trauer* (S. 79-78). Linz: Universitätsverlag R. Trauner.

Ritscher, W. (1989). Die Ausgrenzung des Todes – gesellschaftliche, kommunikative und familiäre Aspekte. *Familiendynamik*, 14 (4), 336-347.

Robins, L. N., Bates, W. M. & O’Neal, P. (1991). Adult drinking patterns of former problem children. In D. J. Pittman & H. R. White (Eds.), *Society, culture, and drinking patterns re-examined* (pp. 460-479). New Brunswick/NJ: Alcohol Research Documentation.

Robins, L. N. & McEvoy, L. (1990). Conduct problems as predictors of substance abuse. In L. N. Robins & M. Rutter (Eds.), *Straight and devious pathways from childhood to adulthood* (pp. 182-204). Cambridge, New York, Port Chester u. a.: Cambridge University Press.

Rodgers, B. (1990). Influences of early-life and recent factors on affective disorder in women: an exploration of vulnerability models. In L. N. Robins & M. Rutter (Eds.), *Straight and devious pathways from childhood to adulthood* (pp. 314-327). Cambridge, New York, Port Chester u. a.: Cambridge University Press.

Rodgers, B. (1991). Models of stress, vulnerability and affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 21 (1), 1-13.

Rosen, H. (1991). Child and adolescent bereavement. *Child and Adolescent Social Work*, 8 (1), 5-16.

Rosenberg, C. M. (1969). Determinants of psychiatric illness in young people. *British Journal of Psychiatry*, 115, 907-915.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.

Rosenblatt, P. C. (1996). Grief that does not end. In D. Klass, P. R. Silverman & S. L. Nickman (Eds.), *Continuing bonds. New understandings of grief* (pp. 45-58). Washington/DC: Taylor & Francis.

Rosenheim, E. & Reicher, R. (1986). Children in anticipatory grief: the lonely predicament. *Journal of Clinical Child Psychology*, 15 (2), 115-119.

Rosenthal, P. A. (1980). Short-term family therapy and pathological grief resolution with children and adolescents. *Family Process*, 19 (2), 151-159.

Rossmann, H. & Rossmann, P. (2000). Affektive Störungen. In P. F. Schlottke, R. K. Silbereisen, S. Schneider & G. W. Lauth (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Serie II: Klinische Psychologie, Bd. 5: Störungen des Kindes- und Jugendalters*. Göttingen: Hogrefe.

Rotheram-Borus, M. J., Weiss, R., Alber, S. & Lester, P. (2005). Adolescent adjustment before and after HIV-related parental death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (2), 221-228.

Rotmann, M. (1991). Wenn Kinder ihre Eltern verlieren. In H. J. Schultz (Hrsg.), *Trennung. Eine Grunderfahrung des menschlichen Lebens* (S. 36-46). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.

Rubin, S. S. (1985). The resolution of bereavement: a clinical focus on the relationship to the deceased. *Psychotherapy*, 22 (2), 231-235.

Rubin, S. S., Malkinson, R. & Witztum, E. (2000). Loss, bereavement, and trauma: an overview. In R. Malkinson, S. S. Rubin & E. Witztum (Eds.), *Traumatic and nontraumatic loss and bereavement: clinical theory and practice* (pp. 5-40). Madison/CT: Psychosocial Press.

Rubinstein, G. (2004). Locus of control and helplessness: gender differences among bereaved parents. *Death Studies*, 28 (3), 211-223.

Rutter, M. (1979). Maternal deprivation, 1972-1978: new findings, new concepts, new approaches. *Child Development*, 50 (2), 283-305.

Rutter, M. (1995). Maternal deprivation. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting* (Vol. 4) (pp. 3-31). Hillsdale/NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Ryan-Wenger, N. M. (1990). Children's psychosomatic response to stress. In L. E. Arnold (Ed.), *Childhood stress* (pp. 109-140). New York, Chichester, Brisbane u.a.: John Wiley & Sons.

Rydelius, P.-A. (1983). Alcohol-abusing teenage boys – Testing a hypothesis on the relationship between alcohol abuse and social background factors, criminality and personality in teenage boys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 68 (5), 368-380.

Rynearson, E. K. (1990). Pathologic grief: the queen's croquet ground. *Psychiatric Annals*, 20 (6), 295-303.

Saldinger, A., Cain, A., Kalter, N. & Lohnes, K. (1999). Anticipating parental death in families with young children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69 (1), 39-48.

Saldinger, A., Cain, A. & Porterfield, K. (2003). Managing traumatic stress in children anticipating parental death. *Psychiatry*, 66 (2), 168-181.

Saler, L. & Skolnick, N. (1992). Childhood parental death and depression in adulthood: roles of surviving parent and family environment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62 (4), 504-516.

Samuels, A. (1988). Parental death in childhood. In S. Altschul (Ed.), *Childhood bereavement and its aftermath*. Emotions and Behavior Monographs, No. 8. Madison/CT: International Universities Press.

Sanchez, L., Fristad, M., Weller, R. A., Weller, E. B. & Moye, J. (1994). Anxiety in acutely bereaved prepubertal children. *Annals of Clinical Psychiatry*, 6 (1), 39-43.

Sander, E. & Isselstein, D. (1982). Familie ohne Vater – notwendigerweise Defizit oder möglicherweise eine Chance? *Gruppendynamik*, 13, 233-246.

Sanders, C. M. (1982/83). Effects of sudden vs. chronic illness death on bereavement outcome. *Omega – Journal of Death and Dying*, 13 (3), 227-241.

Sanders, C. M. (1988). Risk factors in bereavement outcome. *Journal of Social Issues*, 44 (3), 97-111.

Sanders, C. M., Mauger, P. A. & Strong, P. A. (1979). *A manual for the Grief Experience Inventory*. Tampa/FL.: Loss and Bereavement Ressource Center.

Sandler, I. N. (2001). Quality and ecology of adversity as common mechanism of risk of resilience. *American Journal of Community Psychology*, 29 (1), 19-61.

Sandler, I. N., Ayers, T. S. & Romer, A. L. (2002). Fostering resilience in families in which a parent has died. *Journal of Palliative Medicine*, 5 (6), 945-956.

Sandler, I. N., Kim-Bae, L. S. & MacKinnon, D. (2000). Coping and negative appraisal as mediators between control beliefs and psychological symptoms in children of divorce. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29 (3), 336-347.

Sandler, I. N. & Lakey, B. (1982). Locus of control as a stress moderator: the role of control perceptions and social support. *American Journal of Community Psychology*, 10 (1), 65-80.

Sandler, I., Wolchik, S., Davis, C., Haine, R. & Ayers, T. (2003). Correlational and experimental study of resilience in children of divorce and parentally bereaved

children. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 213-340). Cambridge: Cambridge University Press.

Santrock, J. W. (1977). Effects of father absence on sex-typed behaviors in male children: reason for the absence and age of onset of the absence. *Journal of Genetic Psychology, 130* (1), 3-10.

Sauvola, A., Koskinen, J., Hakko, H., Järvelin, M.-R. & Räsänen, P. (2002). Family type and criminal behaviour of male offspring: the northern Finland 1966 birth cohort study. *International Journal of Social Psychiatry, 48* (2), 115-121.

Scheidt, C. E. (1992). Konversionssymptome im Rahmen pathologischer Trauer. *Forum Psychoanalyse, 8*, 187-201.

Scheithauer, H. & Petermann, F. (1999). Zur Wirkungsweise von Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung, 8* (1), 3-14.

Scheithauer, H., Petermann, F. & Niebank, K. (2002). Frühkindliche Risiko- und Schutzbedingungen: Der familiäre Kontext aus entwicklungspsychopathologischer Sicht. In B. Rollett & H. Werneck (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie der Familie* (S. 69-97). Göttingen, Bern, Toronto u.a.: Hogrefe.

Schepker, R., Scherbaum, N. & Bergmann, F. (1995). Zur pathologischen Trauer bei Kindern nach frühem Tod eines Elternteils. *Kinderanalyse, 3* (3), 260-280.

Scheuring, H. (2001). *Wege der Trauer*. Würzburg: Mainpresse Zeitungsverlagsgesellschaft.

Schleiffer, R. (1979). Suizidhandlung als Familientradition. *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie, 7* (3), 208-218.

Schleiffer, R. (1988). *Elternverluste – Eine explorative Datenanalyse zur Klinik und Familiendynamik*. Berlin, Heidelberg, New York u.a.: Springer.

Schmied, G. (1988). *Sterben und Trauern in der modernen Gesellschaft*. München: R. Piper.

Schneewind, K. A. (1985). Entwicklung personaler Kontrolle im Kontext der Familie. In P. F. Kugemann, S. Preiser & K. A. Schneewind (Hrsg.), *Psychologie und komplexe Lebenswirklichkeit* (S. 203-223). Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe.

Schneewind, K. A. & Weiß, J. (1998). Die Konsequenzen von Elternverlust für Kinder und Jugendliche. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (4., korrigierte Aufl.) (S. 1037-1044). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Schoeman, L. H. & Kreitzman, R. (1997). Death of a parent: group intervention with bereaved children and their caregivers. *Psychoanalysis and Psychotherapy*, 14 (2), 221-245.

Schon, L. (2001). *Sehnsucht nach dem Vater. Die Dynamik der Vater-Sohn-Beziehung*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Schonfeld, D. J. (1993). Talking with children about death. *Journal of Pediatric Health Care*, 7 (6), 269-274.

Schuch, A. (1980). Kontrollüberzeugungen im Bereich Erziehung. In H. Lukesch, M. Perrez & K. A. Schneewind (Hrsg.), *Familiäre Sozialisation und Intervention* (S. 161-170). Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber.

Schultz, K. (1999). Bereaved children. *Canadian Family Physician*, 45, 2914-2921.

Schwab, J., Ice, J. F., Kokott, L., Stephenson, J. & Schwab-Stone, M. (1991). Familiäre Faktoren mit Einfluss auf die seelische Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen. In G. Nissen (Hrsg.), *Psychogene Psychosyndrome und ihre Therapie im Kindes- und Jugendalter* (S. 155-168). Bern, Stuttgart, Toronto: Hans Huber.

Schwartz, L. (2004). *Tod eines Elternteils und dessen Bewältigung durch Jugendliche*. Bern: Edition Soziothek.

Schwarz, B., Walper, S., Gödde, M. & Jurasic, S. (1997). *Dokumentation der Erhebungsinstrumente der 1. Hauptbefragung* (überarbeitete Version). Berichte aus der Arbeitsgruppe „Familienentwicklung nach der Trennung“, Nr. 14. Ludwig-Maximilians-Universität München und Technische Universität Dresden.

Schweitzer, R. & Niedermann, A. (2000). Wenn Kinder dem Tod begegnen. (Heil)-Pädagogische Hilfestellungen für trauernde Kinder. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 69 (2), 111-128.

Seale, C. (1998). *Constructing death. The sociology of dying and bereavement*. Cambridge: Cambridge University Press.

Sears, P. S. (1951). Doll-play aggression in normal young children: influences of sex, age, sibling status, father's absence. *Psychological Monographs*, 65 (6), 42.

Sears, R. R., Pintler, M. H. & Sears, P. S. (1946). Effect of father separation on preschool children's doll play aggression. *Child Development*, 17, 219-243.

Séguin, M., Lesage, A. & Klely, M. (1995). History of early loss among a group of suicide survivors. *Crisis*, 16 (3), 121-125.

Seibl, R., Antretter, E. & Haring, C. (2001). Konsequenzen eines Suizids für Personen im Umfeld des Suizidenten. *Psychiatrische Praxis*, 28 (7), 316-322.

Seiffge-Krenke, I. (1989). Problem intensity and the disposition of adolescents to take therapeutic advice. In M. Brambring, F. Losel & H. Skowronek (Eds.), *Children at risk: assessment, longitudinal research and intervention* (pp. 457-477). Berlin: De Gruyter.

Seitz, W. (1980). Vergleich des Erziehungshintergrundes zwischen delinquennten und nichtdelinquennten Jugendlichen. In H. Lukesch, M. Perrez & K. A. Schneewind (Hrsg.), *Familiäre Sozialisation und Intervention* (S. 353-383). Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber.

Sekaer, C. (1987). Toward a definition of “childhood mourning”. *American Journal of Psychotherapy*, 41 (2), 201-219.

Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (2005). *Pressegespräch zum Wort der deutschen Bischöfe „Tote begraben und Trauernde trösten – Bestattungskultur im Wandel aus katholischer Sicht“ am 15. Februar 2005 in Stapelfeld*. Statement des Vorsitzenden des Deutschen Bischofskonferenz, Kardinal Karl Lehmann. Pressemitteilungen der Deutschen Bischofskonferenz. Verfügbar unter: www.dbk.de/presse/pm2005/pm2005021202.html (16.02.05).

Seligman, M. E. P. (1986). *Erlernte Hilflosigkeit* (3., veränderte Aufl.). München, Weinheim: Urban & Schwarzenberg.

Seligman, L. D. & Ollendick, T. H. (1998). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: An integrative review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1 (2), 125-144.

Seligman, M. E. P. & Peterson, C. (1986). A learned helplessness perspective on childhood depression: Theory and research. In M. Rutter, C. E. Izard & P. B. Read (Eds.), *Depression in young people. Developmental and clinical perspectives* (pp. 223-249). New York, London: Guilford Press.

Servaty-Seib, H. L. & Hayslip, B. (2002/03). Post-loss adjustment and funeral perceptions of parentally bereaved adolescents and adults. *Omega – Journal of Death and Dying*, 46 (3), 251-261.

Shapiro, E. R. (1996). Family bereavement and cultural diversity: a social developmental perspective. *Family Process*, 35 (3), 313-332.

Sheperd, D. M. & Barraglough, B. M. (1976). The aftermath of parental suicide for children. *British Journal of Psychiatry*, 129, 267-276.

Sherkat, D. E. & Reed, M. D. (1991). The effects of religion and social support on self-esteem and depression among the suddenly bereaved. *Social Indicators Research*, 26 (3), 259-275.

Sheskin, A. & Wallace, S. E. (1976). Differing bereavements: suicide, natural, and accidental death. *Omega – Journal of Death and Dying*, 7 (3), 229-242.

Shneidman, E. S. (1971). You and death. *Psychology Today*, 5 (1), 43-45, 74-80.

Shoor, M. & Speed, M. H. (1976). Death, delinquency, and the mourning process. In R. Fulton (Ed.), *Death and identity* (rev. ed.) (pp. 258-263). Bowie/MD: Charles Press Publishers.

Shreeve, D. F. (1990). Pseudomaturity in the developmental line of object relations. *American Journal of Psychotherapy*, 44 (4), 536-551.

Shulman, S. (1993). Close relationships and coping behavior in adolescence. *Journal of Adolescence*, 16 (3), 267-283.

Siddique, C. M. & D'Arcy, C. (1984). Adolescence, stress, and psychological well-being. *Journal of Youth and Adolescence*, 13 (6), 459-473.

Siegel, L. J. & Griffin, N. J. (1984). Correlates of depressive symptoms in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 13 (6), 475-487.

Siegel, K., Karus, D. & Raveis, V. H. (1996). Adjustment of children facing the death of a parent due to cancer. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (3), 442-450.

Siegel, K., Mesagno, F. P. & Christ, G. (1990). A prevention program for bereaved children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60 (2), 168-175.

Siegel, K., Raveis, V. H. & Karus, D. (1996). Pattern of communication with children when a parent has cancer. In L. Baider, C. L. Cooper & A. K. De-Nour (Eds.), *Cancer and the family* (pp. 109-128). Chichester, New York, Brisbane u.a.: John Wiley & Sons.

Siegrist, J. (1980). Die Bedeutung von Lebensereignissen für die Entstehung körperlicher und psychosomatischer Erkrankungen. *Der Nervenarzt*, 51, 313-320.

Silverman, P. R. (1987). The impact of parental death on college-age women. *Psychiatric Clinics of North America*, 10 (3), 387-404.

Silverman, P. R. (2000). Children as part of the family drama: an integrated view of childhood bereavement. In R. Malkinson, S. S. Rubin & E. Witztum (Eds.), *Traumatic and nontraumatic loss and bereavement: clinical theory and practice* (pp. 67-90). Madison/CT: Psychosocial Press.

Silverman, P. R., Baker, J., Cait, C.-A. & Boerner, K. (2003). The effects of negative legacies on the adjustment of parentally bereaved children and adolescents. *Omega – Journal of Death and Dying*, 46 (4), 335-352.

Silverman, P. R. & Nickman, S. (1996). Children's construction of their dead parents. In D. Klass, P. R. Silverman & S. L. Nickman (Eds.), *Continuing bonds. New understandings of grief* (pp. 73-86). Washington/DC: Taylor & Francis.

Silverman, P. R., Nickman, S. L. & Worden, J. W. (1992). Detachment revisited: the child's reconstruction of a dead parent. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62 (4), 494-503.

Silverman, S. M. & Silverman, P. R. (1979). Parent-child communication in widowed families. *American Journal of Psychotherapy*, 33 (3), 428-441.

Silverman, P. R., Weiner, A. & El Ad, N. (1995). Parent-child communication in bereaved Israeli families. *Omega – Journal of Death and Dying*, 31 (4), 275-293.

Silverman, P. R. & Worden, J. W. (1992a). Children's reactions in the early months after the death of a parent. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62 (1), 93-104.

Silverman, P. R. & Worden, J. W. (1992b). Children's understanding of funeral ritual. *Omega – Journal of Death and Dying*, 25 (4), 319-331.

Simonds, J. F. (1975). Hallucinations in non-psychotic children. *British Journal of Psychiatry*, 129, 267-276.

Simpson, M. A. (1979). Social and psychological aspects of dying. In H. Wass (Ed.), *Dying. Facing the facts* (pp. 108-136). Washington, New York, London: Hemisphere Publishing Corporation.

Skinner, E. A. & Connell, J. P. (1986). Control understanding: suggestions for a developmental framework. In M. M. Baltes & P. B. Baltes (Eds.), *The psychology of control and aging* (pp. 35-69). Hillsdale/NJ, London: Lawrence Erlbaum Associates.

Skolnick, V. (1979). The addictions as pathological mourning: an attempt at restitution of early losses. *American Journal of Psychotherapy*, 33 (2), 281-290.

Small, N. (2001). Theories of grief: a critical review. In J. Hockey, J. Katz & N. Small (Eds.), *Grief, mourning and death ritual* (pp. 19-48). Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

Smilansky, S. (1987). *On death. Helping understanding and cope*. New York, Bern, Frankfurt a. M.: Peter Lang.

Sood, B., Weller, E. B., Weller, R. A., Fristad, M. A. & Bowes, J. M. (1992). Somatic complaints in grieving children. *Comprehensive Mental Health Care*, 2 (1), 17-25.

Specht-Tomann, M. & Tropper, D. (2000). *Wir nehmen jetzt Abschied. Kinder und Jugendliche begegnen Sterben und Tod*. Düsseldorf: Patmos.

Specht-Tomann, M. & Tropper, D. (2001). *Zeit zu trauern. Kinder und Erwachsene verstehen und begleiten*. Düsseldorf: Patmos.

Speck, O., Peterander, F. & Innerhofer, P. (Hrsg.) (1986). *Kindertherapie – Interdisziplinäre Beiträge aus Forschung und Praxis*. München, Basel: Ernst Reinhard.

Speece, M. W. & Brent, S. B. (1984). Children's understanding of death. *Child Development*, 55 (5), 1671-1686.

Speece, M. W. & Brent, S. B. (1987). Irreversibility, nonfunctionality, and universality: children's understanding of three components of a death concept. In J. E. Schowalter, P. Buschman, P. R. Patterson, A. H. Kutscher, M. Tallmer & R. G. Stevenson (Eds.), *Children and death. Perspectives from birth through adolescence* (pp. 19-29). New York, Westport/CT, London: Praeger.

Speece, M. W. & Brent, S. B. (1996). The development of children's understanding of death. In C. A. Corr & D. M. Corr (Eds.), *Handbook of childhood death and bereavement* (pp. 29-50). New York: Springer Publishing Company.

Sprang, G. & McNeil, J. (1995). *The many faces of bereavement. The nature and treatment of natural, traumatic and stigmatized grief*. New York: Brunner/Mazel.

Stambrook, M. & Parker, K. C. H. (1987). The development of the concept of death in childhood: a review of the literature. *Merrill-Palmer Quarterly*, 33 (2), 133-157.

Starr, N. B. (2002). Helping children and families deal with the psychological aspects of disaster. *Journal of Pediatric Health Care*, 16 (1), 36-39.

Statistisches Bundesamt Deutschland (2004a). *Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 2004*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.

Statistisches Bundesamt Deutschland (2004b). *Sterbefälle nach den 10 häufigsten Todesursachen insgesamt und nach Geschlecht 2003*. Verfügbar unter: www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab.php (15.03.05).

Steck, B. (2003). Psychisches Trauma und Trauerprozess beim Kind. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 154 (1), 37-41.

Steck, B. & Bürgin, D. (1996). Über die Unmöglichkeit zu trauern bei Kindern trauerkranker Eltern. *Kinderanalyse*, 4 (4), 351-361.

Steinhausen, H.-C. (2002). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. München: Urban & Schwarzenberg.

Stephenson, J. S. (1985). *Death, grief, and mourning. Individual and social realities*. New York: Free Press.

Stevenson, M. R. & Black, K. N. (1988). Paternal absence and sex-role development: a meta-analysis. *Child Development*, 59 (3), 793-814.

Stillion, J. & Wass, H. (1979). Children and death. In H. Wass (Ed.), *Dying. Facing the facts* (pp. 208-235). Washington, New York, London: Hemisphere Publishing Corporation.

Stober, B., Göhring, J. & Günzler, G. (1984). Familiäre und Umgebungsbedingungen und suizidale Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen. In G. A. E. Rudolf & R. Tölle (Hrsg.), *Prävention in der Psychiatrie*. Berlin, Heidelberg, New York u.a.: Springer.

Stoltz, L. M. (1954). *Father relations of war-born children*. Stanford: Stanford University Press.

Stoppelbein, L. & Greening, L. (2000). Posttraumatic stress symptoms in parentally bereaved children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39 (9), 1112-1119.

Strasser, P. (2003). Trauer versus Melancholie aus psychoanalytischer Sicht. In W. Mauser & J. Pfeiffer (Hrsg.), *Trauer* (S. 37-52). Freiburger Literaturpsychologische Gespräche, Jahrbuch für Literatur und Psychoanalyse, Bd. 22. Würzburg: Königshausen & Neumann.

Stroebe, M. S. & Stroebe, W. (1989/90). Who participates in bereavement research? A review and empirical study. *Omega – Journal of Death and Dying*, 20 (1), 1-29.

Stroebe, W. & Stroebe, M. S. (1987). *Bereavement and health. The psychological and physical consequences of partner loss*. Cambridge, New York, New Rochelle u.a.: Cambridge University Press.

Stubbe, H. (1985). *Formen der Trauer. Eine kulturanthropologische Untersuchung*. Berlin: Dietrich Reimer.

Stuber, M. L. & Mesrkhani, V. H. (2001). „What do we tell the children?“ Understanding childhood grief. *Western Journal of Medicine*, 174 (3), 187-190.

Taris, T. W. & Bok, I. A. (1997). Effects of parenting styles upon psychological well-being of young adults: exploring the relations among parental care, locus of control and depression. *Early Child Development and Care*, 132, 93-104.

Tarter, R. E., Alterman, A. I. & Edwards, K. L. (1985). Vulnerability to alcoholism in men. A behaviour-genetic perspective. *Journal of Studies on Alcohol*, 46 (4), 329-356.

Tausch-Flammer, D. & Bickel, L. (1994). *Wenn Kinder nach dem Sterben fragen*. Freiburg im Breisgau, Basel, Wien: Herder.

Tausch-Flammer, D. & Bickel, L. (1995). *Wenn ein Mensch gestorben ist – wie gehen wir mit dem Toten um?* Freiburg im Breisgau, Basel, Wien: Herder.

Tennant, C. (1988). Parental loss in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1045-1050.

Tennant, C. (1991). Parental loss in childhood: its effects in adult life. In P. E. Bebbington (Ed.), *Social psychiatry. Theory, methodology, and practice* (pp. 305-327). New Brunswick, London: Transaction Publishers.

Tennant, C., Bebbington, P. & Hurry, J. (1980). Parental death in childhood and risk of adult depressive disorders: a review. *Psychological Medicine*, 10 (2), 289-299.

Tennant, C. & Bernardi, E. (1988). Childhood loss in alcoholics and narcotic addicts. *British Journal of Addiction*, 83, 695-703.

Tennant, C., Smith, A., Bebbington, P. & Hurry, J. (1981). Parental loss in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 38, 309-314.

Thomas, A. (1980). Untersuchungen zum Problem der vaterlosen Erziehung in ihrem Einfluss auf die psychosoziale Entwicklung des Kindes. *Psychologische Beiträge*, 22 (1), 27-48.

Thompson, M. P., Kaslow, N. J., Kingree, J. B., King, M., Bryant, L. Jr. & Rey, M. (1998). Psychological symptomatology following parental death in a predominantly minority sample of children and adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27 (4), 434-441.

Thompson, M. P., Kaslow, N. J., Price, A. W., Williams, K. & Kingree, J. B. (1998). Role of secondary stressors in the parental death-child distress relation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26 (5), 357-366.

Thompson, F. & Payne, S. (2000). Bereaved children's questions to a doctor. *Mortality*, 5 (1), 74-96.

Tomita, T. & Kitamura, T. (2002). Clinical and research measures of grief: a reconsideration. *Comprehensive Psychiatry*, 43 (2), 95-102.

Tomori, M. (2000). Self-destructive behavior in adolescents who have not completed a process of mourning: Case Study. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 37 (4), 291-296.

Tonkins, S. A. M. & Lambert, M. J. (1996). A treatment outcome study of bereavement groups for children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 13 (1), 3-21.

Traylor, E. S., Hayslip, B. Jr., Kaminski, P. L. & York, C. (2003). Relationships between grief and family system characteristics: a cross lagged longitudinal analysis. *Death Studies*, 27 (7), 575-601.

Tremblay, G. C. & Israel, A. C. (1998). Children's adjustment to parental death. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5 (4), 424-438.

Trimm, R. F. (1995). Divorce and death: helping children cope with family loss. *Comprehensive Therapy*, 21 (3), 135-138.

Tyson-Rawson, K. J. (1996). Adolescent responses to the death of a parent. In C. A. Corr & D. E. Balk (Eds.), *Handbook of adolescent death and bereavement* (pp. 155-172). New York: Springer Publishing.

Valente, S. M. & Saunders, J. M. (1993). Adolescent grief after suicide. *Crisis*, 14 (1), 16-22 & 46.

Valente, S. M., Saunders, J. M. & Street, R. (1988). Adolescent bereavement following suicide: an examination of relevant literature. *Journal of Counseling and Development*, 67 (3), 174-177.

Van der Wal, J. (1989/90). The aftermath of suicide: a review of empirical evidence. *Omega – Journal of Death and Dying*, 20 (2), 149-171.

Van Eerdewegh, M. M., Bieri, M. D., Parrilla, R. H. & Clayton, P. J. (1982). The bereaved child. *British Journal of Psychiatry*, 140, 23-29.

Van Eerdewegh, M. M., Clayton, P. J. & Van Eerdewegh, P. (1985). The bereaved child: Variables influencing early psychopathology. *British Journal of Psychiatry*, 147, 188-194.

Varga, B. (1991). *Leben und Sterben bei Kindern*. Regensburg: Roderer.

Versalle, A. & McDowell, E. E. (2005). The attitudes of men and women concerning gender differences in grief. *Omega – Journal of Death and Dying*, 50 (1), 53-67.

Vess, J., Moreland, J. & Schwebel, A. I. (1985/86). Understanding family role reallocation following a death: a theoretical framework. *Omega – Journal of Death and Dying*, 16 (2), 115-128.

Vida, S. & Grizenko, N. (1989). DSM-III-R and the phenomenology of childhood bereavement. A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34 (2), 148-155.

Videon, T. M. (2005). Parent-child relations and children's psychological well being. Do dads matter? *Journal of Family Issues*, 26 (1), 55-78.

Voigt, J. (1991). *Das Rätsel der Gefühle. Liebe – Trauer – Mitleid – Hass – Angst – Hoffnung*. München: Wilhelm Heine.

Volkan, V. D. & Zintl, E. (1993). *Life after loss. The lessons of grief*. New York: Charles Scribner's Sons.

Vollman, R. R., Ganzert, A., Picher, L. & Williams, W. V. (1971). The reactions of family systems to sudden and unexpected death. *Omega – Journal of Death and Dying*, 2 (2), 101-106.

Walker, A. C. (2003). Religious diversity in grief and bereavement. *Death Studies*, 27 (5), 461-468.

Walper, S., Schwarz, B. & Jurasic, S. (1996). *Entwicklung und Erprobung des Münchner Individuationstests*. Berichte aus der Arbeitsgruppe „Familienentwicklung nach der Trennung“, Nr. 8. Ludwig-Maximilians-Universität München und Technische Universität Dresden.

Warzecha, B. (2003). *Entwicklungspsychologie. Kindesmisshandlung – Chronische Krankheiten – Elternverlust*. Verfügbar unter: www.bielefeldts.de/skript/s_entw3.html (26.07.03).

Wass, H. (1997). Children, adolescents, and death. In S. Strack (Ed.), *Death and the quest for meaning* (pp. 193-215). Northvale/NJ, London: Jason Aronson.

Wass, H. (2003). Die Begegnung von Kindern mit dem Tod. In J. Wittkowski (Hrsg.), *Sterben, Tod und Trauer. Grundlagen. Methoden. Anwendungsfelder* (S. 87-104). Stuttgart: W. Kohlhammer.

- Watts, C. & Hall, B. (1997). Loss adjusters. *Nursing Times*, 93 (2), 40-41.
- Wayment, H. A. & Vierthaler, J. (2002). Attachment style and bereavement reactions. *Journal of Loss and Trauma*, 7 (2), 129-149.
- Weber, J. A. & Fournier, D. G. (1985). Family support and a child's adjustment to death. *Family Relations*, 34, 43-49.
- Weigel, C., Wertlieb, D. & Feldstein, M. (1989). Perceptions of control, competence, and contingency as influences on the stress-behavior symptom relation in school-age children. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (3), 456-464.
- Weinmann, M., Bader, J.-P., Endrass, J. & Hell, D. (2001). Sind Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen depressionsabhängig? – Eine Verlaufsuntersuchung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30 (3), 153-158.
- Weinstein, N. (1989). Effects of personal experience on self-protective behavior. *Psychological Bulletin*, 105 (1), 31-50.
- Weisman, A. D. (1973). Coping with untimely death. *Psychiatry*, 36 (4), 366-378.
- Weissman, M. M. & Merikangas, K. R. (1986). The epidemiology of anxiety and panic disorders: an update. *Journal of Psychiatry*, 47, 11-17.
- Weller, R. A., Weller, E. B., Fristad, M. A. & Bowes, J. M. (1991). Depression in recently bereaved children. *American Journal of Psychiatry*, 148 (4), 1536-1540.
- Wendt, W. (1984). Trauerarbeit. In J. Howe & R. Ochsmann (Hrsg.), *Tod – Sterben – Trauer* (S. 352-357). Bericht über die 1. Tagung zur Thanato-Psychologie vom 4.-6. November 1982 in Vechta. Frankfurt a. M.: Fachbuchhandlung für Psychologie.
- Werner, E. E. (2003). Widerstandsfähigkeit und schützende Faktoren im Leben von Kindern, die unter ungünstigen Bedingungen aufwachsen. In I. Flehmig (Hrsg.), *Kindheit heute. Realität und Wunschdenken* (S. 183-193). Dortmund: Modernes Lernen.

Wessel, M. A. (1983). Children, when parents die. In J. E. Schowalter, P. R. Patterson, M. Tallmer, A. H. Kutscher, S. V. Gullo & D. Peretz (Eds.), *The child and death* (pp. 125-133). New York: Columbia University Press.

Wessel, M. A. (1996). When children mourn a loved one. In H. M. Spiro, M. G. M. Curnen & L. P. Wandel (Eds.), *Facing death. Where culture, religion, and medicine meet* (pp. 77-80). New Haven, London: Yale University Press.

Weyerer, S., Fichter, M. M. & Möhrle, W. (1987). Der Verlust von Vater oder Mutter in der Kindheit und das Auftreten psychischer Erkrankungen im Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 15 (4), 288-301.

Wheaton, B., Roszell, P. & Hall, K. (1997). The impact of twenty childhood and adult traumatic stressors on the risk of psychiatric disorder. In I. H. Gotlib & B. Wheaton (Eds.), *Stress and adversity over the life course – Trajectories and turning points* (pp. 50-72). Cambridge: Cambridge University Press.

White, H. R., Bates, M. E. & Johnson, V. (1991). Learning to drink: familial, peer, and media influences. In D. J. Pittman & H. R. White (Eds.), *Society, culture, and drinking patterns re-examined* (pp. 177-197). New Brunswick/NJ: Alcohol Research Documentation.

White, J. L., Moffitt, T. E., Earls, F., Robins, L. & Silva, P. A. (1990). How early can we tell?: predictors of childhood conduct disorder and adolescent delinquency. *Criminology*, 28 (4), 507-528.

Wienforth, J. (1985). Suizidalität und Weitergabe von Todeserlebnissen in der Familie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und medizinische Psychoanalyse*, 31 (4), 365-379.

Wilkening, K. (1997). *Wir leben endlich. Zum Umgang mit Sterben, Tod und Trauer*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Williams, E. & Radin, N. (1999). Effects of father participation in child rearing: twenty-year follow-up. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69 (3), 328-336.

Winch, R. F. (1949). The relation between the loss of a parent and progress in courtship. *Journal of Social Psychology*, 29, 51-56.

Winkel, H. (2002). "Trauer ist doch ein großes Gefühl ..." Zur biographiegenerierenden Funktion von Verlusterfahrungen und der Codierung von Trauerkommunikation. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

Wintsch, H. (1996). Kind und Tod – Familie und Tod. In B. Metzmacher, H. Petzold & H. Zaepfel (Hrsg.), *Praxis der Integrativen Kindertherapie. Integrative Kindertherapie in Theorie und Praxis*, Bd. 2 (S. 343-371). Paderborn: Junfermann.

Wittkowski, J. (1990). *Psychologie des Todes*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Wolf, D. (1991). *Einen geliebten Menschen verlieren. Vom schmerzlichen Umgang mit der Trauer*. Mannheim: PAL Verlagsgesellschaft.

Wolfenstein, M. (1966). How is mourning possible? *Psychoanalytic Study of the Child*, 21, 62-69.

Wolfenstein, M. (1969). Loss, rage and repetition. *Psychoanalytic Study of the Child*, 24, 432-462.

Worden, J. W. (1996). *Children and grief – When a parent dies*. New York: Guilford Press.

Worden, J. W. (1999). *Beratung und Therapie in Traueraffären. Ein Handbuch* (2., erw. Aufl.). Bern, Göttingen, Toronto u.a.: Hans Huber. (Originalarbeit erschienen 1991: Grief counseling and grief therapy)

Worden, J. W., Davies, B. & McCown, D. (1999). Comparing parent loss with sibling loss. *Death Studies*, 23 (1), 1-15.

Worden, J. W. & Silverman, P. (1996). Parental death and adjustment of school-age children. *Omega – Journal of death and dying*, 33 (2), 91-102.

Worthington, R. C. (1994). Models of linear and cyclical grief. Different approaches to different experiences. *Clinical Pediatrics*, 33 (5), 297-300.

Wylie, B. J. (2001). *Vom Sinn der Trauer. Trauern als kreativer Prozess*. Bern, München, Wien: Scherz. (Originalarbeit erschienen 1996: Life's losses)

Yamamoto, K. (1979). Children's ratings of the stressful experiences. *Developmental Psychology*, 15 (5), 581-582.

Yates, T. T. & Bannard, J. R. (1988). The "haunted child": grief, hallucinations, and family dynamics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27 (5), 573-581.

Yeaworth, R. C., York, J., Hussey, M. A., Ingle, M. E. & Goodwin, T. (1980). The development of an Adolescent Life Change Event Scale. *Adolescena*, 15, 91-97.

Youll, J. & Wilson, K. (1996). A therapeutic approach to bereavement counselling. *Nursing Times*, 92 (16), 40-42.

Young, T. W. & Shorr, D. N. (1986). Factors affecting locus of control in school children. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 112 (4), 407-417.

Zahner, G. E. P. & Murphy, J. M. (1989). Loss in childhood: anxiety in adulthood. *Comprehensive Psychiatry*, 30 (6), 553-563.

Zambelli, G. C. & DeRosa, A. P. (1992). Bereavement support groups for school-age children: theory, intervention, and case example. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62 (4), 484-493.

Zeitlin, S. V. (2001). Grief and bereavement. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 28 (2), 415-425.

Zerbe, K. J. & Steinberg, D. L. (2000). Coming to terms with grief and loss. *Postgraduate Medicine*, 108 (6), 97-106.

Zisook, S. & DeVaul, R. A. (1976/77). Grief-related facsimile illness. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 7 (4), 329-336.

Zisook, S. & DeVaul, R. A. (1983). Grief, unresolved grief, and depression. *Psychosomatics*, 24 (3), 247-256.

Zisook, S. & DeVaul, R. A. (1985). Unresolved grief. *American Journal of Psychoanalysis*, 45 (4), 370-379.

Zisook, S., DeVaul, R. A. & Click, M. A. (1982). Measuring symptoms of grief and bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 139 (12), 1590-1593.

Zisook, S., Shuchter, S. & Schuckit, M. (1986). Factors in the persistence of unresolved grief among psychiatric outpatients. *Psychosomatics*, 26 (6), 497-503.

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

Literaturangaben zu Seite 7

Saint-Exupéry, A. de (4⁴1988). *Der kleine Prinz*. Düsseldorf: Karl Rauch. (Originalarbeit erschienen 1946: Le petit prince)

Shakespeare, W. (3²⁰⁰⁰). *Macbeth* (neu übersetzt und mit Anmerkungen von F. Günther). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellen

9.1 Stichprobenbeschreibung

Tab. 9.1.1-1	Regionale Verteilung der teilnehmenden Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf die einzelnen deutschen Bundesländer	110
Tab. 9.1.1-2	Altersgruppen der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen	111
Tab. 9.1.1-3	Partnerschaft getrennt nach Altersgruppen	112
Tab. 9.1.1-4	Wohnsituation der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen unter Berücksichtigung des Alters	113
Tab. 9.1.1-5	Verteilung der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen auf Schule, Ausbildung und Erwerbstätigkeit	113
Tab. 9.1.2-1	Erinnerungen der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen an den Vater	116
Tab. 9.1.2-2	Verhaltensweisen, die seit dem Tod des Vaters aufgetreten sein könnten	116
Tab. 9.1.3-1	Vergleich der Untergruppen zur vergangenen Zeit seit dem Verlust des Vaters	118
Tab. 9.1.3-2	Vergleich der Untergruppen zum Alter der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen	119
Tab. 9.1.3-3	Vergleich der Untergruppen zur Todesursache des Vaters (<i>erwartet vs unerwartet</i>)	120
Tab. 9.1.3-4	Vergleich der Untergruppen zur Todesursache des Vaters (<i>natürlich und unnatürlich</i>)	121
Tab. 9.1.3-5	Vergleich der Untergruppen zum Geschlecht	122

9.2 Messinstrumente

Tab. 9.2.1-1	Die Aspekte der Gegenwärtigen Trauer mit Beispielitems und Crohnbachs Alpha	124
Tab. 9.2.2-1	Skala zu den somatischen Symptomen der Trauer	126
Tab. 9.2.3-1	Skalen der Individuation mit Beispielitem	128
Tab. 9.2.3-2	Skalen der Individuation mit Crohnbachs Alpha nach der Zusammenfassung	129
Tab. 9.2.3-3	Primärskalen der Kontrollüberzeugung (Darstellung nach Krampen, 1981, S. 21)	130

10. Ergebnisse

Tab. 10.1-1	Deskriptive Werte zu den Trauerskalen für die Gesamtstichprobe	136
Tab. 10.1-2	Korrelationen (nach Pearson) der einzelnen Trauerskalen	139
Tab. 10.1-3	Deskriptive Werte zu Depression, somatischen Symptomen, Angst sowie Selbstwert für die Gesamtstichprobe	141
Tab. 10.1-4	Korrelationen (nach Pearson) von Depression, somatischen Symptomen, Angst und des Selbstwerts	142
Tab. 10.1-5	Korrelationen (nach Pearson) von Depression, somatischen Symptomen, Angst und Selbstwert mit den Aspekten der Trauer	143
Tab. 10.1-6	Prädiktoren für Depression, somatische Symptome und Angst	145
Tab. 10.2-1	Deskriptive Werte der drei Zeitgruppen für <i>Kummer</i>	146
Tab. 10.2-2	Ergebnisse der Post-hoc-Tests zu dem Vergleich der drei Zeitgruppen für <i>Kummer</i>	147
Tab. 10.2-3	Deskriptive Werte der drei Zeitgruppen für die Traueraspekte <i>Kognitive Verdrängung, Soziale Verdrängung, Fehlende Akzeptanz</i> sowie die Schuldgefühle	148
Tab. 10.2-4	Ergebnisse der Post-Hoc-Tests der drei Zeitgruppen	149
Tab. 10.2-5	Deskriptive Werte der drei Zeitgruppen für <i>Identifizierung, Idealisierung</i> und <i>Interne Repräsentanz</i>	151
Tab. 10.2-6	Deskriptive Werte der drei Zeitgruppen für Depression, somatische Symptome und Angst	152
Tab. 10.2-7	Ergebnisse der Post-Hoc-Tests zu drei Verlustgruppen für Depression	152
Tab. 10.3.1-1	Deskriptive Werte der Traueraspekte <i>Kummer, Kognitive</i> und <i>Soziale Verdrängung</i> in den drei Altersgruppen	154
Tab. 10.3.1-2	Deskriptive Werte zu den Aspekten der Trauer in den drei Altersgruppen	155
Tab. 10.3.1-3	Ergebnisse zur Bedeutung des Alters für die Aspekte der Trauer	155
Tab. 10.3.1-4	Vergleich von Depression, somatischen Symptomen und Selbstwert mit den Normwerten gleichaltriger Altersgruppen (Mittelwerte und Standardabweichungen)	157
Tab. 10.3.1-5	Bedeutung des Alters für Depression, Angst, somatische Symptome und den Selbstwert	159
Tab. 10.3.1-6	Post-Hoc-Tests der Altersgruppen für Depression, Angst und somatische Symptome	160
Tab. 10.3.2-1	F-Werte der Interaktionseffekte zu dem Einfluss von Alter und vergangener Zeit auf den Trauerprozess	161
Tab. 10.3.2-2	Mittelwerte (und Standardabweichungen) der Subgruppen bei der <i>Fehlenden Akzeptanz</i> für Alter und vergangene Zeit	161

Tab. 10.3.2-3	Mittelwerte der Subgruppen bei der <i>Kognitiven Verdrängung</i> und der <i>Sozialen Verdrängung</i> für Alter und vergangene Zeit	163
Tab. 10.4-1	Die drei Skalen der Beziehung zur Mutter	164
Tab. 10.4-2	Der Einfluss der Verbundenheit mit der Mutter auf die Aspekte der Trauer	165
Tab. 10.4-3	Der Einfluss der Verbundenheit mit der Mutter auf Depression, Angst und somatische Symptome	166
Tab. 10.4-4	Der Einfluss der unsicheren Bindung auf die Aspekte der Trauer	167
Tab. 10.4-5	Der Einfluss der unsicheren Bindung an die Mutter auf Depression, Angst und somatische Symptome	168
Tab. 10.4-6	Der Einfluss der Angst vor Verlust der Mutter auf die Aspekte der Trauer	170
Tab. 10.4-7	Der Einfluss der Angst vor Verlust der Mutter auf Depression, Angst und somatische Symptome	172
Tab. 10.4-8	Ausprägung der Skalen der Beziehung zur Mutter in den drei Altersgruppen	173
Tab. 10.5-1	Ausprägung der Primärskalen und der Tertiärskala der Kontrollüberzeugung in der Gesamtstichprobe	175
Tab. 10.5.1-1	Einfluss der Kontrollüberzeugung (Tertiärskala) auf die Traueraaspekte	176
Tab. 10.5.1-2	Einfluss der Kontrollüberzeugung (Tertiärskala) auf Depression, Angst und somatische Symptome	176
Tab. 10.5.1-3	Einfluss der Internalität auf die Aspekte der Trauer	178
Tab. 10.5.1-4	Einfluss der Internalität auf Depression, Angst und somatische Symptome	179
Tab. 10.5.1-5	Einfluss des Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten auf die Aspekte der Trauer	179
Tab. 10.5.1-6	Einfluss des Selbstkonzepts eigener Fähigkeiten auf Depression, Angst und somatische Symptome	180
Tab. 10.5.1-7	Einfluss der sozial bedingten Externalität auf die Aspekte der Trauer	181
Tab. 10.5.1-8	Einfluss der sozial bedingten Externalität auf Depression, Angst und somatische Symptome	181
Tab. 10.5.1-9	Einfluss der fatalistischen Externalität auf die Aspekte der Trauer	182
Tab. 10.5.1-10	Einfluss der fatalistischen Externalität auf Depression, Angst und somatische Symptome	182
Tab. 10.5.2-1	Korrelationen von unsicherer Bindung, Depression und Kontrollüberzeugung (Tertiärskala)	184
Tab. 10.5.2-2	Korrelation von Angst vor Verlust der Mutter, Depression und Kontrollüberzeugung (Tertiärskala)	185

Tab. 10.6-1	Einfluss der Todesursache (<i>erwartet</i> vs <i>unerwartet</i>) auf die Traueraspekte	186
Tab. 10.6-2	Einfluss der Todesursache (<i>erwartet</i> vs <i>unerwartet</i>) auf Depression, somatische Symptome und Angst	187
Tab. 10.6-3	Einfluss der Todesursache (<i>natürlich</i> vs <i>unnatürlich</i>) auf die Trauerskalen	189
Tab. 10.6-4	Einfluss der Todesursache (<i>natürlich</i> vs <i>unnatürlich</i>) auf Depression, somatische Symptome und Angst	190
Tab. 10.7.1-1	Geschlechtsunterschiede bei den Aspekten <i>Kummer, Fehlende Akzeptanz</i> und jeweils beiden Skalen zu Schuld und Verdrängung ..	191
Tab. 10.7.1-2	Geschlechtsunterschiede bei den Aspekten <i>Identifizierung, Idealisierung</i> und <i>Interne Repräsentanz</i>	192
Tab. 10.7.1-3	Geschlechtsunterschiede bei Depression, Angst und somatischen Symptomen	193
Tab. 10.7.1-4	Kummer und Fehlende Akzeptanz als Prädiktoren bei Mädchen/jungen Frauen und Jungen/jungen Männern	194
Tab. 10.7.2-1	F-Werte der Interaktionseffekte zu dem Einfluss von Geschlecht und Alter auf die Aspekte der Trauer	196
Tab. 10.7.2-2	Mittelwerte (und Standardabweichungen) der Subgruppen bei der <i>Internen Repräsentanz</i> für Geschlecht und Alter	196

Abbildungen

Abb. 1-1	Häufigste Todesursachen 2002 insgesamt und für Männer und Frauen getrennt (<i>im Anhang</i>)	318
Abb. 1-2	Sterbefälle in Deutschland 2003 nach den 10 häufigsten Todesursachen insgesamt und nach Geschlecht (<i>im Anhang</i>)	319
Abb. 2.2.3-1	<i>Social Readjustment Rating Scale (SRRS)</i> (<i>im Anhang</i>)	320
Abb. 2.2.3-2	Vergleich von Trauer und posttraumatischem Stress (<i>im Anhang</i>)	321
Abb. 3.1-1	<i>Adolescent Life Change Event Scale (ALCES)</i> (<i>im Anhang</i>)	322
Abb. 3.3-1	Die vier wichtigsten Dimensionen des Todeskonzepts (<i>im Anhang</i>)	321
Abb. 4.1-1	Die Bedeutung des Vaters in den unterschiedlichen Entwicklungsphasen aus psychoanalytischer Betrachtungsweise (<i>im Anhang</i>)	323
Abb. 6.1.1-1	Modellvorstellung zyklischer Trauer (<i>im Anhang</i>)	324
Abb. 6.1.1-2	Modellvorstellung linearer Trauer (<i>im Anhang</i>)	324

Abb. 6.1.4-1	Phasenmodell zur Trauer nach Kast (<i>im Anhang</i>)	325
Abb. 6.3-1	Merkmale einer Major Depression (nach DSM-IV) bei Kindern und Jugendlichen (<i>im Anhang</i>)	326
Abb. 6.3-2	Merkmale einer dysthymen Störungen (nach DSM-IV) bei Kindern und Jugendlichen (<i>im Anhang</i>)	326
Abb. 6.3-3	Integratives Modell zur Entstehung depressiver Erkrankungen (<i>im Anhang</i>)	327
Abb. 6.3-4	Altersbezogene Symptome depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter (<i>im Anhang</i>)	328
Abb. 6.3-5	Vergleich von Depression und Depression bei Trauer (<i>im Anhang</i>)	329
Abb. 6.3-6	Psychosomatische Komponenten bei unterschiedlichen Depressionsformen (<i>im Anhang</i>)	330
Abb. 6.5-1	Diagnosevorschlag für die komplizierte Trauerreaktion nach Horowitz et al. (1997) (<i>im Anhang</i>)	331
Abb. 6.5-2	Diagnosevorschlag für die komplizierte Trauerreaktion nach Jacobs (1999) (<i>im Anhang</i>)	332
Abb. 6.5-3	Häufige Erfahrungen während der Trauer und ihre pathologische Intensivierung (<i>im Anhang</i>)	333
Abb. 6.5-4	Schematischer Vergleich zwischen einer einfachen und einer komplizierten Trauerreaktion in den Dimensionen Verlauf, Symptomatik, physische Gesundheit und soziale Folgen (<i>im Anhang</i>)	334
Abb. 7-1	Wirkung der Einflussfaktoren auf die Trauerreaktion (<i>im Anhang</i>)	335

9.1 Stichprobe

Abb. 9.1.2-1	Todesursache des Vaters	115
Abb. 9.1.2-2	Anteile ausgewählter Todesursachen nach Altersgruppen und Geschlecht (<i>im Anhang</i>)	336

10. Ergebnisse

Abb. 10.1-1	Mittelwerte und Standardabweichungen der Trauerskalen für die Gesamtstichprobe	137
Abb. 10.1-2	Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen somatischen Symptome in der Gesamtstichprobe (n = 90) (<i>im Anhang</i>)	337
Abb. 10.2-1	Verlauf des Kummers in Abhängigkeit von der vergangenen Zeit ..	147

Abb. 10.2-2	Verlauf von <i>Fehlender Akzeptanz</i> , <i>Pathologischer Schuld</i> und <i>Normalem Schuldgefühl</i> in Abhängigkeit von der vergangenen Zeit	150
Abb. 10.2-3	Verlauf der Depression in Abhängigkeit von der seit dem Verlust vergangenen Zeit	153
Abb. 10.3.1-1	Die Ausprägung der beiden Skalen der Schuld in den drei Altersgruppen	156
Abb. 10.3.1-2	Vergleich der Verlustgruppe mit den Normwerten bei Selbstwert und Depression	158
Abb. 10.3.2-1	Interaktion von Zeit und Alter bei der <i>Fehlenden Akzeptanz</i>	162
Abb. 10.4-1	Mittelwerte der drei Skalen der Beziehung zur Mutter	164
Abb. 10.4-2	Zusammenhang von unsicherer Bindung zur Mutter und dem Trauerprozess am Beispiel Angst	169
Abb. 10.4-3	Zusammenhang von Angst vor Verlust der Mutter und der Trauer am Beispiel <i>Fehlende Akzeptanz</i>	171
Abb. 10.4-4	Ausprägung der Skalen der Beziehung zur Mutter in den drei Altersgruppen	173
Abb. 10.5-1	Ausprägung der Skalen der Kontrollüberzeugung in der Gesamtstichprobe und in den einzelnen Altersgruppen	174
Abb. 10.5.1-1	Zusammenhang der Kontrollüberzeugung (Tertiärskala) und der Trauer am Beispiel Angst	177
Abb. 10.5.2-1	Ausgangsmodell zur Kontrollüberzeugung als Mediator im Trauerprozess	183
Abb. 10.5.2-2	Die Kontrollüberzeugung als Mediator zwischen einer unsicheren Bindung zur Mutter und Depression im Trauerprozess	184
Abb. 10.5.2-3	Die Kontrollüberzeugung als Mediator zwischen einer unsicheren Bindung zur Mutter und Depression im Trauerprozess	184
Abb. 10.7.1-1	Die Trauerspekte <i>Kummer</i> , <i>Fehlende Akzeptanz</i> und <i>Soziale Verdrängung</i> im Geschlechtsvergleich	192
Abb. 10.7.2-1	Interaktion von Geschlecht und Alter bei der <i>Internen Repräsentanz</i>	197

Anhang 1

Abb. I-1 Häufigste Todesursachen 2002 insgesamt und für Männer und Frauen getrennt (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2004b)

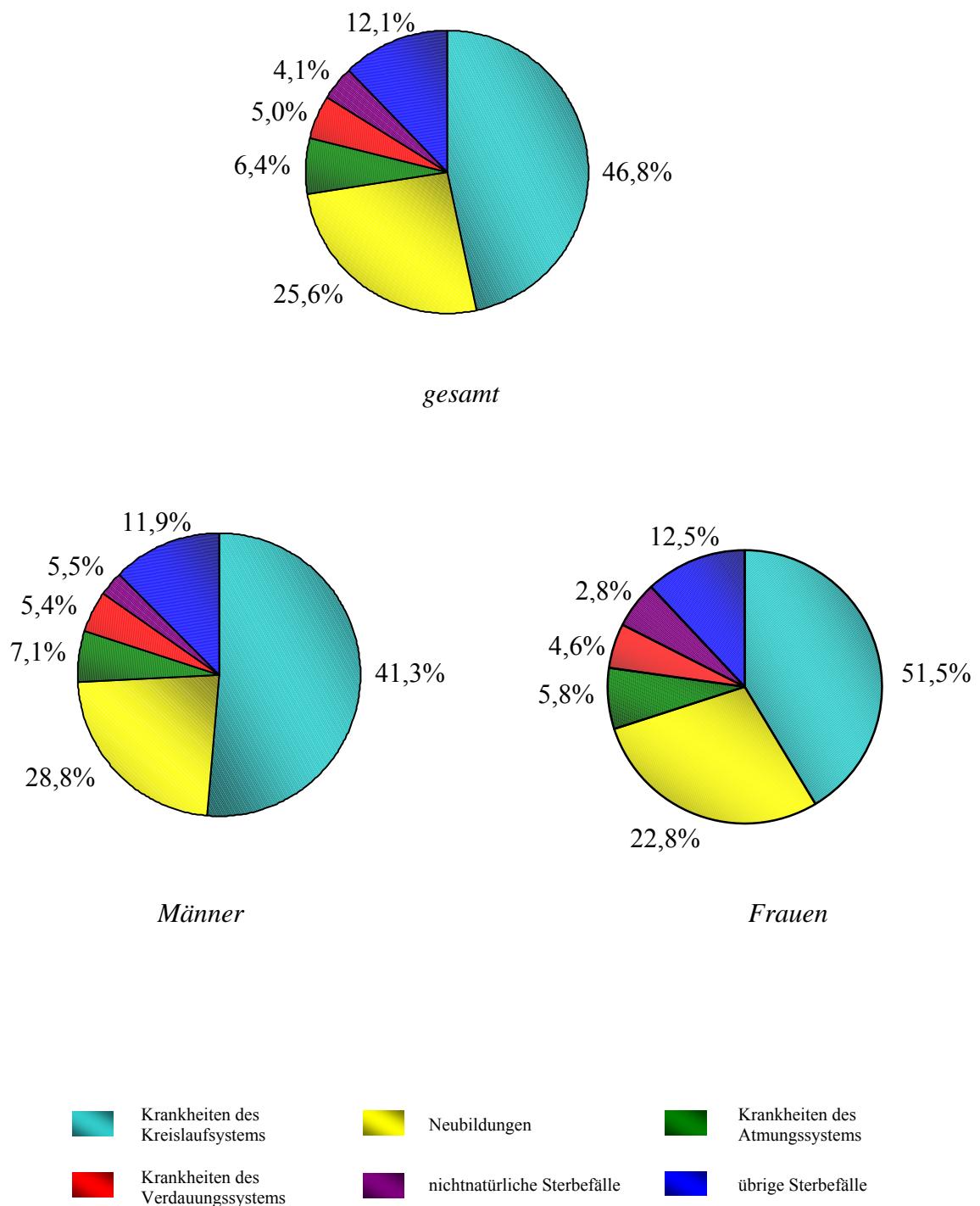


Abb. 1-2 Sterbefälle in Deutschland 2003 nach den 10 häufigsten Todesursachen insgesamt und nach Geschlecht (Statistisches Bundesamt Deutschland, 2004b)

Sterbefälle nach den 10 häufigsten Todesursachen ¹ insgesamt und nach Geschlecht 2003			
ICD-10 ² Pos.Nr.	Todesursache	Gestorbene insgesamt	
		Anzahl	Anteil an insgesamt in %
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	92 673	10,9
I21	Akuter Myokardinfarkt	64 229	7,5
I50	Herzinsuffizienz	59 117	6,9
I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	39 286	4,6
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	37 579	4,4
C18	Bösartige Neubildung des Dickdarmes	21 282	2,5
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	20 888	2,4
J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	19 925	2,3
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	17 437	2,0
E14	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	16 678	2,0
ICD-10 ² Pos.Nr.	Todesursache	Gestorbene männlich	
		Anzahl	Anteil an insgesamt in %
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	38 471	9,7
I21	Akuter Myokardinfarkt	34 679	8,8
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	28 652	7,2
I50	Herzinsuffizienz	18 920	4,8
I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	13 017	3,3
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	12 961	3,3
C61	Bösartige Neubildung der Prostata	11 510	2,9
C18	Bösartige Neubildung des Dickdarmes	9 307	2,3
J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	8 817	2,2
K70	Alkoholische Leberkrankheit	7 752	2,0
ICD-10 ² Pos.Nr.	Todesursache	Gestorbene weiblich	
		Anzahl	Anteil an insgesamt in %
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	54 202	11,8
I50	Herzinsuffizienz	40 197	8,8
I21	Akuter Myokardinfarkt	29 550	6,5
I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	24 562	5,4
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	17 173	3,8
C18	Bösartige Neubildung des Dickdarmes	12 071	2,6
J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	11 438	2,5
E14	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	10 634	2,3
I11	Hypertensive Herzkrankheit	10 318	2,3
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	10 393	2,3

¹ Ohne Totgeborene und ohne gerichtliche Todeserklärungen.

² Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision)

Abb. 2.2.3-1 Social Readjustment Rating Scale (Holmes & Rahe, 1967)

Rank	Life event	Mean value
1	Death of spouse	100
2	Divorce	73
3	Marital separation	65
4	Jail term	63
5	Death of a close family member	63
6	Personal injury or illness	53
7	Marriage	50
8	Fired at work	47
9	Marital reconciliation	45
10	Retirement	45
11	Change in health of family member	44
12	Pregnancy	40
13	Sex difficulties	39
14	Gain of a new family member	39
15	Business readjustment	39
16	Change in financial state	38
17	Death of a close friend	37
18	Change to different line of work	36
19	Change in a number of arguments with spouse	35
20	Mortgage over \$10,000	31
21	Foreclosure of mortgage or loan	30
22	Change in responsibilities in work	29
23	Son or daughter leaving home	29
24	Trouble with in-laws	29
25	Outstanding personal achievement	28
26	Wife begin or stop work	26
27	Begin or end school	26
28	Change in living conditions	25
29	Revision of personal habits	24
30	Trouble with boss	23
31	Change in work hours or conditions	20
32	Change in residence	20
33	Change in schools	20
34	Change in recreation	19
35	Change in church activities	19
36	Change in social activities	18
37	Mortgage or loan less than \$10,000	17
38	Change in sleeping habits	16
39	Change in number of family get-togethers	15
40	Change in eating habits	15
41	Vacation	13
42	Christmas	12
43	Minor violations of the law	11

*Abb. 2.2.3-2 Vergleich von Trauer und posttraumatischem Stress
(Raphael & Wooding, 2003, S. 237)*

	Trauer	Posttraumatischer Stress
<i>Kognition</i>	Konzentration auf die verlorene Person und auf Erinnerungsbilder von ihr	Konzentration auf den Tod und auf Bilder des Grauens
<i>Affekte</i>	Sehnsucht nach der verlorenen Person Trennungsangst Ärger/Wut (externalisierend) Betrübnis	Streben nach Sicherheit/Geborgenheit Angst aufgrund von Bedrohung Ärger/Wut, Irritierbarkeit und Erinnerungen an die Bedrohung Benommenheit
<i>Erregung</i>	Erregung beim flüchtigen Gedanken an die verlorene Person Reaktion auf Hinweise auf die verlorene Person	Erregung wegen möglicher weiterer Bedrohungen Stressreaktion

*Abb. 3.3-1 Die vier wichtigsten Dimensionen des Todeskonzepts
(Specht-Tomann & Tropper, 2000)*

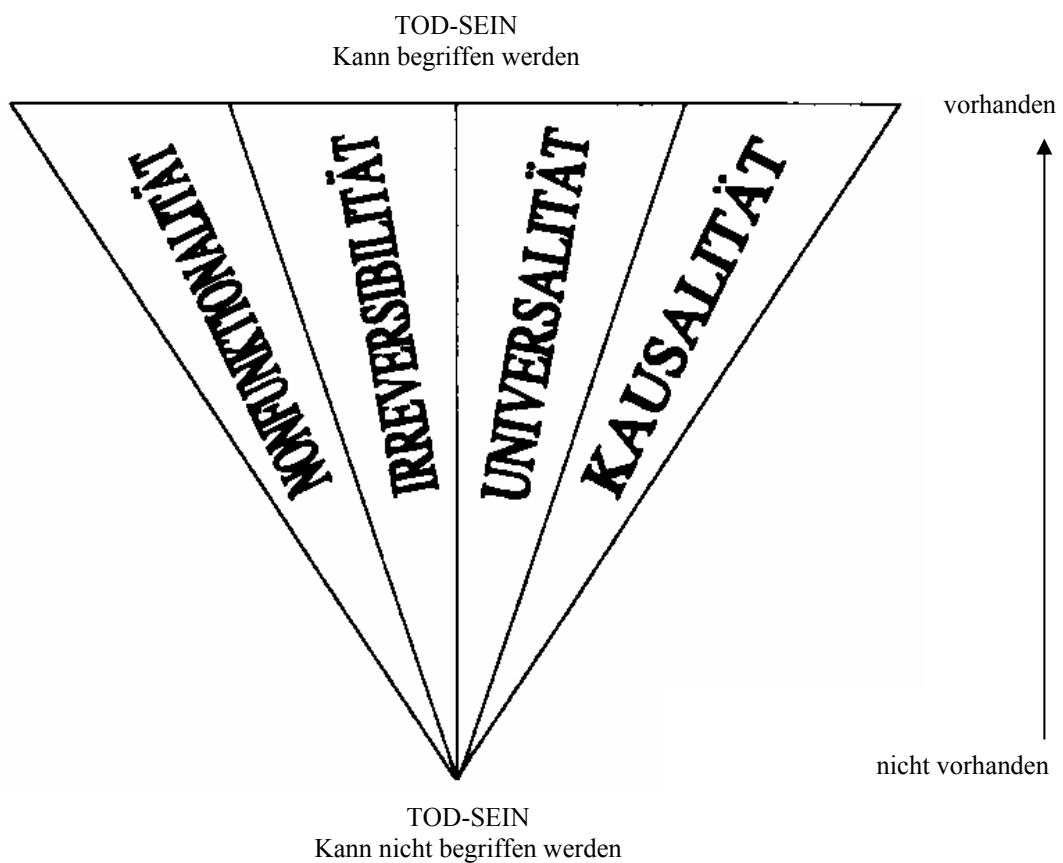


Abb. 3.1-1 Adolescent Life Change Event Scale (ALCES) (Yeaworth, York, Hussey, Ingle & Goodwin, 1980)

Rank	Life Change Event	Life Change Unit*
1	A parent dying	98
2	Brother or sister dying	95
3	Close friend dying	92
4	Parents getting divorced or separated	86
5	Failing one or more subjects in school	86
6	Being arrested by the police	85
7	Flunking a grade in school	84
8	Family member (other than yourself) having trouble with alcohol	79
9	Getting into drugs or alcohol	77
10	Losing a favourite pet	77
11	Parent or relative in your family (other than yourself) getting very sick	77
12	Losing a job	74
13	Breaking up with a close girlfriend or boyfriend	74
14	Quitting school	73
15	Close girlfriend getting pregnant	69
16	Parent losing job	69
17	Getting badly hurt or sick	64
18	Hassling with parents	64
19	Trouble with teacher or principal	63
20	Having problems with any of the followings: acne, overweight, underweight, too tall, too short	63
21	Starting a new school	57
22	Moving to a new home	51
23	Change in physical appearance	47
24	Hassling with brother or sister	46
25	Starting menstrual periods (for girls)	45
26	Having someone new move in with your family (grandparent, adopted brother or sister, or other)	35
27	Starting a job	34
28	Mother getting pregnant	31
29	Starting to date	31
30	Making new friends	27
31	Brother or sister getting	26

* Figures rounded to the nearest whole number

Abb. 4.1-1 Die Bedeutung des Vaters in den unterschiedlichen Entwicklungsphasen (Schon, 2001, S. 96)

Alter des Sohnes	Funktion des Vaters	Stichworte
1. und 2. Lj.	der nährende Vater der haltende Vater der „dyadische“ Vater	primäre Väterlichkeit alternative Bindung
1,5 bis 3 Jahre	der Vater als Befreier der Vater als Störenfried der „triadische“ Vater	frühe Triangulierung strukturelle Triade Separation – Individuation
ab 1,5 Jahre (evtl. früher)	Einer, der so ist wie: der Vater als Modell für Männlichkeit/männliche Körperlichkeit	Identifikation Geschlechtsidentität
2 bis 4 Jahre	der Vater als Modulator negativer/aggressiver Affekte	frühe Triangulierung; väterlicher Spielmodus; von der Spaltung zur Ambivalenz
3,5 bis 6 Jahre (Adoleszenz)	der ödipale Vater der Vater als Rivale triadischer Vater	Mutter als Liebesobjekt heterosexuelle Strebungen „positiver Ödipuskomplex“
(ödipale Phase) Adoleszenz	Vater als Liebesobjekt dyadischer und triadischer Vater	Mutter als Rivalin homosexuelle Strebungen „negativer Ödipuskomplex“
Latenz mittlere Kindheit	der Vater als Lehrer und Vorbild	Stärkung männlicher Identifikation
Adoleszenz	der Anti-Vater	partielle Ent-Identifizierung und Ent-Idealisierung; Finden der eigenen Identität
3. Jahrezehnt	der Vater als Unterstützer erwachsener Männlichkeit	reife Genitalität
Erwachsenenalter	der Vater als Vorbild und Mentor für Vaterschaft	Sohn → Vater Vater → Großvater
mittleres und spätes Erwachsenenalter	der Vater als „weiser“ Alter	Auseinandersetzung mit der Sterblichkeit

Abb. 6.1.1-1 Modellvorstellung zyklischer Trauer (Worthington, 1994)

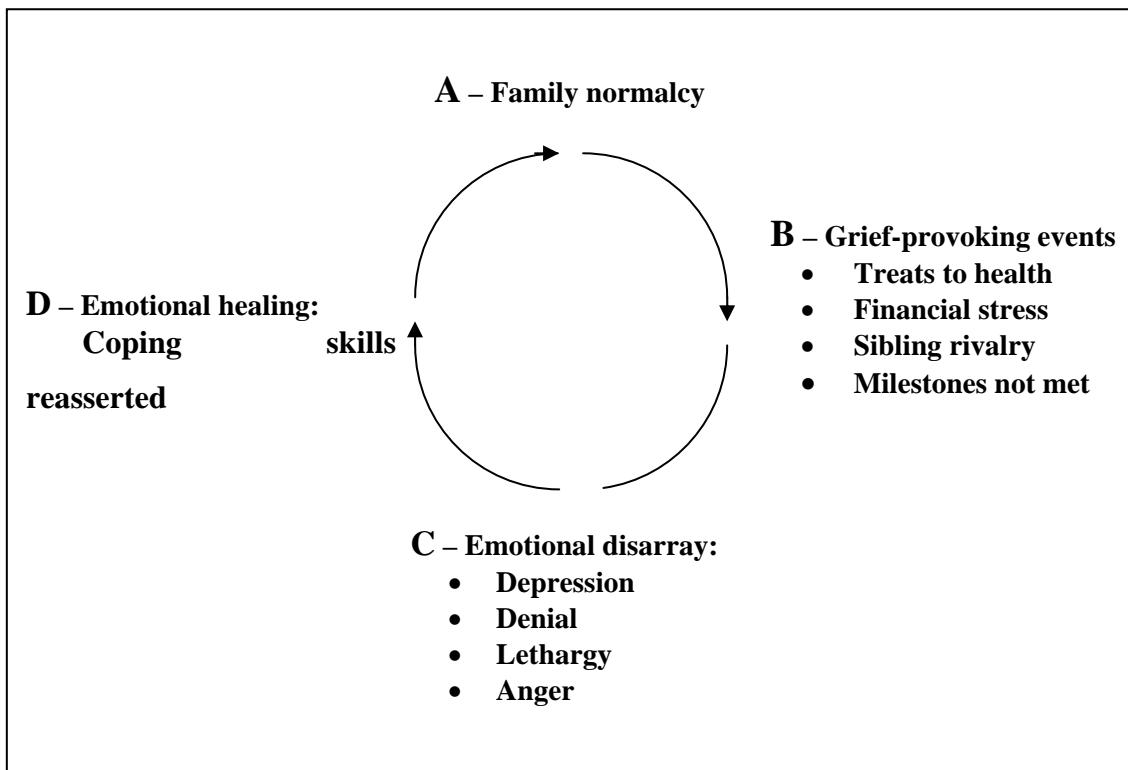


Abb. 6.1.1-2 Modellvorstellung linearer Trauer (Worthington, 1994)

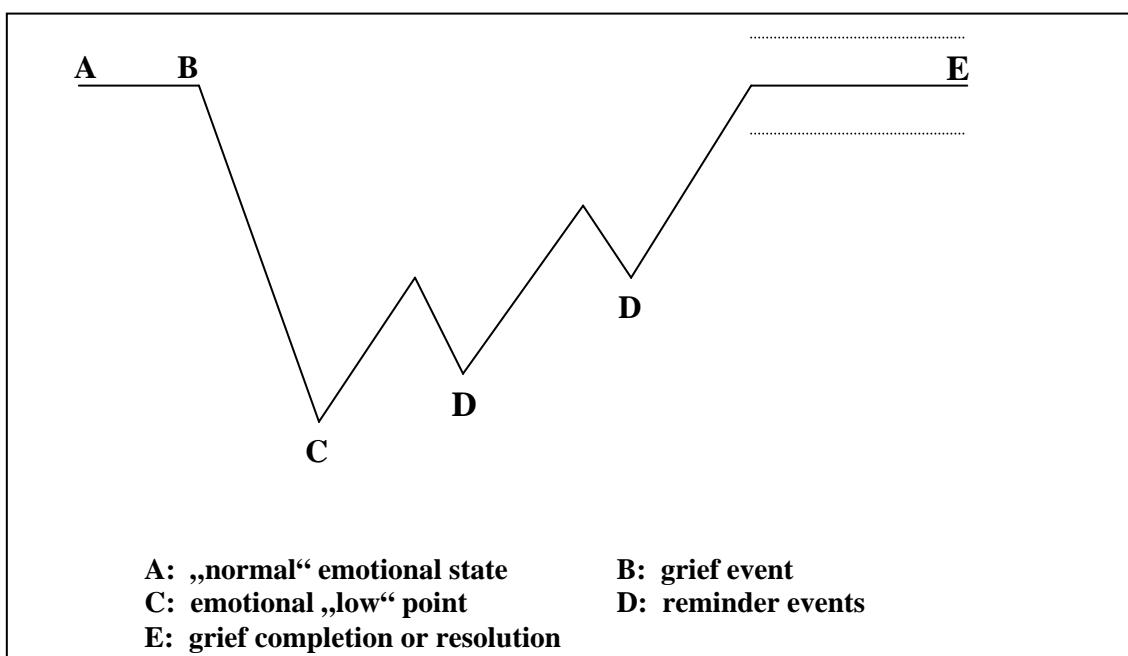


Abb. 6.1.4-1 Phasenmodell zur Trauer nach Kast (bearbeitet von Kopp-Breinlinger & Rechenberg-Winter, 2004, S. 57/58)

Phase	Typische Gefühle	Typische Äußerungen	Körperliche und seelische Reaktionen	Begleiter
<i>Nicht-wahrhaben-Wollen</i>	Leere, Hohlheit, Empfindungslosigkeit, Betäubung, Chaos, Starre	Das ist nicht möglich! Es ist nicht wahr! Ich glaube es nicht!	Schock, Herzrasen, Unruhe, Sprachlosigkeit, Verwirrung, auch Funktionsnieren	Alltägliche Besorgungen, Trauernde nicht alleine lassen. Da sein, Starre aushalten, Wärme/Mitgefühl zeigen
<i>Aufbrechende Emotionen</i>	Wut, Zorn, Ohnmacht, Freude, Angst, Traurigkeit, Schuldgefühle	Wie konnte er mir das antun? Warum hat sie mich zurückgelassen? Die Ärzte sind schuld! Wäre ich nur nicht weggefahren!	Reizbarkeit, Depression, Desinteresse, Panikattacken, Atemnot, Schlaf- und Essstörungen. Anklagen und Idealisieren	Zuhören, Wutausbrüche und depressive Phasen zulassen, nicht wegtrösten, am Erinnern teilnehmen, eigene Geschichten zurückhalten
<i>Suche und sich trennen</i>	Einsamkeit, Verzweiflung, Hilflosigkeit	Ich habe sie gesehen. Nachts war sie da. Ich suche sie überall. Ich träume oft von ihr. Wie lange muss sich noch leben?	Depressive Zustände, auch suizidale Gedanken, Realitätsverlust, lautes Reden oder innere Zwiegespräche mit dem Verstorbenen, überaktiv/apathisch	Viel Geduld, nicht zensieren, alles aus-sprechen lassen, auch Fantasien, Ängste etc., nicht drängen, zuhören
<i>Neuer Selbst- und Weltbezug</i>	Freude, Sinn, Selbstachtung, Befreiung, Dankbarkeit, Ruhe	Ich kann Neues wagen. Ich bin stolz, was ich geschafft habe. Mein Leben hat wieder einen Sinn! Er ist mein innerer Begleiter.	Normalisierung der Körperreaktionen, Normalisierung im Alltagsrhythmus, anfällig für Rückfälle, labile Phasen, Überreaktion bei neuen Verlusten	Trauerbegleitung behutsam beenden oder umgestalten, Neues akzeptieren, neue Netze unterstützen, sensibel bleiben für Rückfälle, eigene Bedürftigkeit des Helfers prüfen

Abb. 6.3-1 Merkmale einer Major Depression (nach DSM-IV) bei Kindern und Jugendlichen (Nevermann & Reicher, 2001, S. 54)

Merkmale einer Major Depression (nach DSM-IV)
<ul style="list-style-type: none">• Depressive Verstimmung, bei Kindern und Jugendlichen auch reizbare Verstimmung• Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an Aktivitäten• Gewichtsverlust ohne Diät oder Gewichtszunahme; verminderter oder gesteigerter Appetit (bei Kindern auch das Ausbleiben der notwendigen Gewichtszunahme)• Schlaflosigkeit oder vermehrtes Schlafbedürfnis• Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung (durch andere beobachtbar, nicht nur das eigene Gefühl der Rastlosigkeit oder Verlangsamung)• Müdigkeit oder Energieverlust• Gefühle von Wertlosigkeit oder übermäßige oder unangemessene Schuldgefühle (die auch wahnschaftes Ausmaß annehmen können)• Verminderte Fähigkeit zu denken oder sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit• Wiederkehrende Gedanken an den Tod, wiederkehrende Suizidvorstellungen ohne genauen Plan, tatsächlicher Suizidversuch

Abb. 6.3-2 Merkmale einer dysthymen Störungen (nach DSM-IV) bei Kindern und Jugendlichen (Nevermann & Reicher, 2001, S. 65)

Merkmale einer Dysthymen Störung (nach DSM-IV)
<ul style="list-style-type: none">• Depressive Verstimmung (bei Kindern und Jugendlichen auch reizbare Verstimmung)• Appetitlosigkeit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen• Schlaflosigkeit oder übermäßiges Schlafbedürfnis• Energiemangel oder Erschöpfung• Geringes Selbstwertgefühl• Konzentrationsstörungen oder Entscheidungserschwernis• Gefühle der Hoffnungslosigkeit

Abb. 6.3-3 Integratives Modell zur Entstehung depressiver Erkrankungen (Hell, 1995)

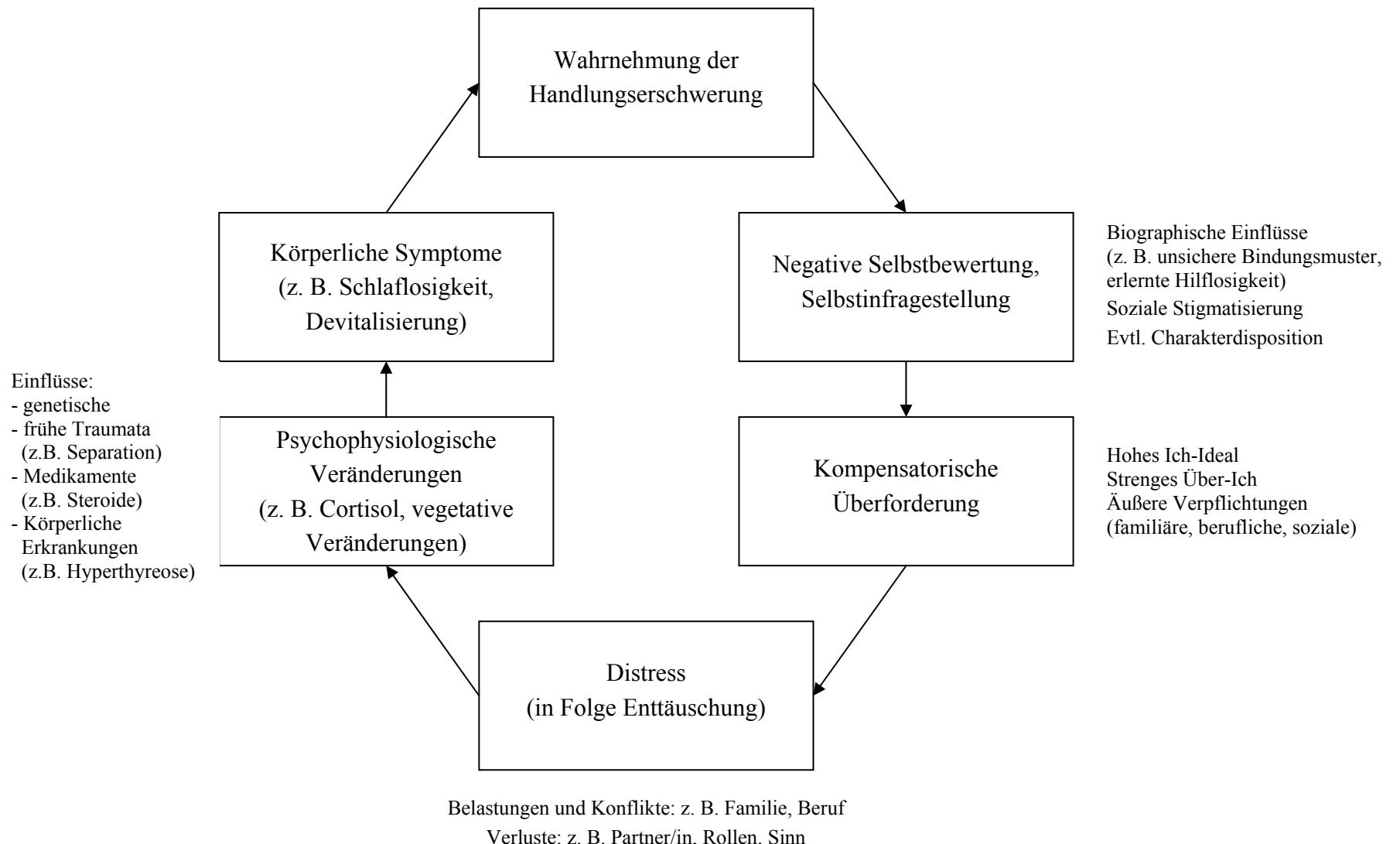


Abb. 6.3-4 Altersbezogene Symptome depressiver Störungen im Kindes- und Jugendalter (Nevermann & Reicher, 2001, S. 37)

	Psychische Symptome Verhaltensmerkmale	Psychosomatische und körperliche Symptome
<i>Klein- und Vorschulkinder (3-5 Jahre)</i>	Schreien, Jammern, Reizbarkeit, starke Anlehnungsbedürftigkeit, gestörtes Spielen, Spielhemmung, nervöse Unruhe, Traurigkeit, Wut, Apathie, sozialer Rückzug	Weinkrämpfe, Einkoten (ab 3. Lebensjahr), Einnässen, Schaukelbewegungen, Appetitstötungen bzw. Nahrungsverweigerung, Gewichtsverlust, Rückstand in der allgemeinen und motorischen Entwicklung, Schlafstörungen, Kränkeln
<i>Jüngere Schulkinder (6-12 Jahre)</i>	Geringes Selbstwertgefühl, Lustlosigkeit, Gereiztheit, Unsicherheit, mangelnde Belastbarkeit, Selbstbestrafung, Stehlen, Spielhemmung, sozialer Rückzug, Einsamkeit, Kontaktsucht, Angst, Lernhemmung, Schulversagen, Suizidgedanken	Einnässen, Einkoten, Dunkelangst, genitale Manipulationen, Wein- und Schreikrämpfe, Müdigkeit, Ernährungsprobleme
<i>Ältere Schulkinder, Jugendliche (12-18 Jahre)</i>	Stimmungsschwankungen, Verlust an Interesse, Reduzierung von Aktivitäten, mangelnder Antrieb, Zukunftslosigkeit, Bedrücktheit, Wut, starke Selbstzweifel, geringes Selbstwertgefühl, Minderwertigkeitsgefühle, Grübeln, oft schlechte Schulleistungen, delinquentes Verhalten, Drogenmissbrauch, sozialer Rückzug, Suizidimpulse	Druckgefühle in Brust und Magen, vegetative, funktionelle Störungen, Libidoverlust, Verstopfung, Kopf- und Rückenschmerzen, Ruhelosigkeit, Appetitverlust, Schlaflosigkeit

*Abb. 6.3-5 Vergleich von Depression als Erkrankung und Depression bei Trauer
(Fartacek & Nindl, 2001, S. 40)*

Depression	Trauer
Leere mit Gefühlsverlust verbunden Abwehr der Gefühle (besonders Aggression)	Leere nur in der ersten Phase, dann Gefühlschaos
Lähmung, Hilflosigkeit	Trauernder erlebt sich als sehr lebendig
passiv, entschlussunfähig	aktiv, entschlussfähig Verarbeitung des Verlusts (Wert des Verlorenen wird erhalten)
Gedankenzirkel: Gedanken kreisen um die Leere (Sorge um die Sorge, Selbstvorwürfe, Entwertung von sich und Idealisierung anderer)	Gedanken sind beim anderen, beim Verlorenen (Selbst-Transzendenz)
Sinnlosigkeit	Trauernder will traurig sein, ist sich und seiner Mitwelt verständlich – sinnvoll
depressiver Mensch fühlt sich von der Welt ausgestoßen	Rückzug zur Selbstbesinnung, um sich wieder der Welt zuzuwenden
leiden unter etwas/jemand	trauern über etwas/jemanden

Abb. 6.3-6 Psychosomatische Komponenten bei unterschiedlichen Depressionsformen (Hülshoff, 2001, S. 98)

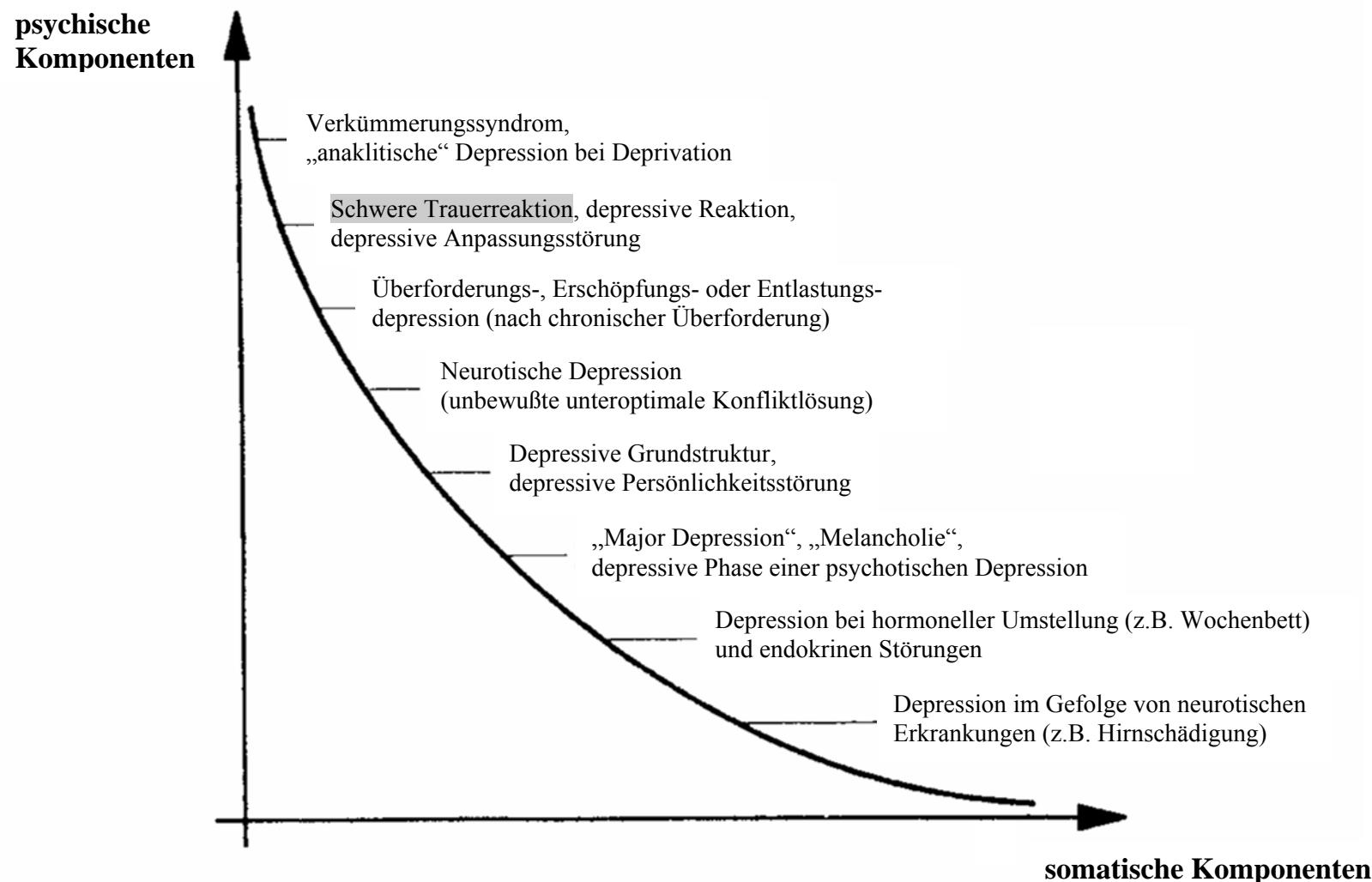


Abb. 6.5-1 Diagnosevorschlag für die komplizierte Trauerreaktion nach Horowitz et al. (1997) (Darstellung nach Znoj, 2004, S. 13/14)

Komplizierte Trauer nach Horowitz et al. (1997)	
A) Ereignis-Kriterium:	Der Trauerfall muss mindestens 14 Monate zurückliegen; der Trauerfall schließt den Verlust des Gatte oder der Gattin, eines nahen Verwandten oder des Intimpartners ein.
B) Anzeichen und Symptomkriterien:	In den letzten drei Monaten sollen täglich mindestens drei der folgenden sieben Anzeichen mit einer Intensität auftreten, die das tägliche Funktionieren beeinträchtigen:
B1: Intrusive Phänomene	<ul style="list-style-type: none">- intrusive Fantasien, ungewollte Gedanken, welche die Beziehung mit dem oder der Verstorbenen zum Inhalt haben- Erinnerungsattacken oder emotionale Schübe („spells“) in Bezug auf die Beziehung mit der verstorbenen Person- äußerst starkes Verlangen oder der Wunsch, dass die verstorbene Person anwesend sein
B2: Anzeichen von Vermeidung und Anpassungsprobleme	<ul style="list-style-type: none">- Gefühle, zu stark alleine zu sein oder das Gefühl, innerlich leer zu sein- exzessives Vermeiden von anderen Personen, von Plätzen oder Aktivitäten, die mit der Person in Verbindung standen- unüblich starke Schlafschwierigkeiten- Verlust des Interesses an Arbeit, sozialen Aktivitäten, Erziehung und sozialen Verpflichtungen in einem „maladaptiven“ Ausmaß

Abb. 6.5-2 Diagnosevorschlag für die komplizierte Trauerreaktion nach Jacobs (1999) (Darstellung nach Znoj, 2004, S. 14/15)

Traumatische Trauer nach Jacobs (1999)	
A-Kriterium	Die Person hat den Tod einer ihr nahe stehenden Person erfahren. Die Reaktion beinhaltet drei der vier unten angeführten Symptome, die mindestens manchmal vorkommen:
a)	intrusive Gedanken bezüglich der verstorbenen Person
b)	sich nach der verstorbenen Person sehen, nach ihr verlangen
c)	nach der verstorbenen Person suchen
d)	Einsamkeit als Ergebnis eines Todesfalls
B-Kriterium	Als Reaktion auf den Verlust sind mindestens vier der folgenden acht Symptome klar und ausdauernd feststellbar:
-	das Gefühl, das Leben sei zwecklos oder die Zukunft sinnlos
-	Gefühl emotionaler Taubheit, sich niemanden und keiner Sache zugehörig fühlen, emotional nicht mehr reagieren können
-	Schwierigkeiten, den Tod akzeptieren zu können, Unglauben
-	das Gefühl, das Leben sei sinnlos und leer
-	Gefühl, ein Teil von sich selbst sei gestorben
-	ein zerbrochenes Lebensgefühl und Lebensperspektive (kein Gefühl der Sicherheit, Vertrautheit und Kontrolle)
-	Übernahme von Verhaltensweisen und Symptomen der verstorbenen Person oder Verhalten, das mit der verstorbenen Person eng verbunden ist
-	exzessive Reizbarkeit, Ärgerreaktionen, Bitterkeit oder Ärger gegenüber der verstorbenen Person.
C-Kriterium	Die genannten Störungen oder Symptome dauern während mindestens zweier Monate an.
D-Kriterium	Die Störung verursacht klinisch relevante Einbußen psychischen Funktionierens in sozialen Bereichen, im Beruf oder in anderen wichtigen Lebensbereichen.

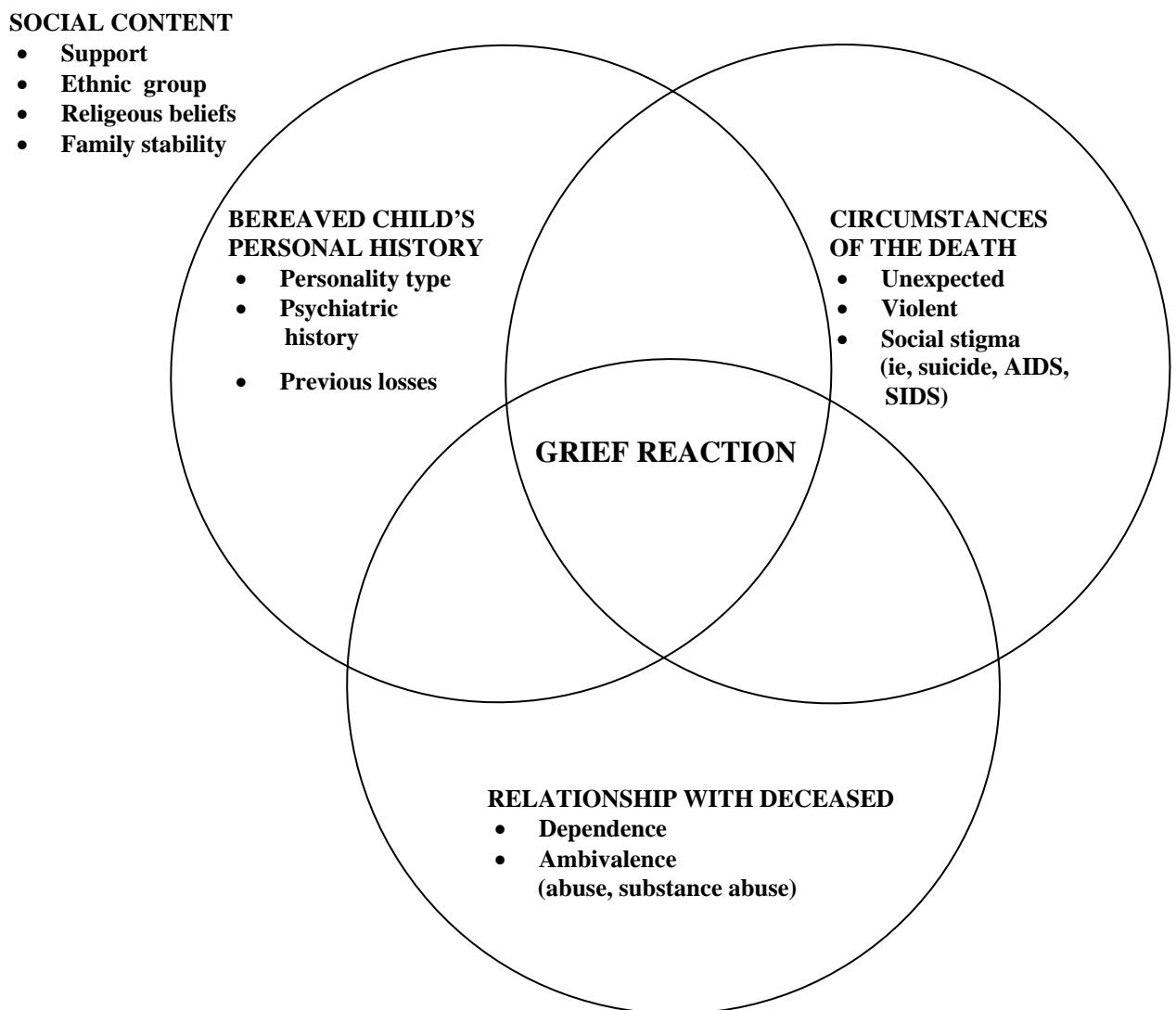
Abb. 6.5-3 Häufige Erfahrungen während der Trauer und ihre pathologische Intensivierung (Horowitz, 1990, zit. nach Krause, 1994)

Phase	normale Reaktion	pathologische Intensivierung
<i>Sterben</i>	Emotionsausdruck und unmittelbares coping mit dem Prozess des Sterbens	Vermeiden, Überwältigung, Konfusion, Selbstbestrafung, unangemessene Feindseligkeit
<i>Tod und Aufschrei</i>	Aufschrei von Emotionalität bei Nachricht vom Tod und Suche nach Hilfe bei anderen oder Isolation mit Selbst-zerstörung	Panik, dissoziative Reaktion, reaktive Psychose
<i>Abwehr (Verleugnung)</i>	Vermeidung von Erinnerungen, sozialer Rückzug, Fokussieren auf anderes, emotionale Vertaubung, nicht an die Implikation für das Selbst oder an bestimmte Themata denken	unangepasste Vermeidungsreaktion, Drogen- und Alkoholmissbrauch, kontraphobische Verzückung, Promiskuität, Abwesenheitszustände, phobische Vermeidung; Todes- und Unwirklichkeitsgefühle
<i>Wiedererfahrung (Intrusion)</i>	eindringende Erfahrungen einschließlich Wiedererinnerung negativer Beziehungs- Beziehungserfahrungen mit dem Toten, schlechte Träume, reduzierte Konzentrationsfähigkeit, zwanghaftes Agieren	Überfluten mit negativen imagines und Emotionen, unkontrollierbare Vorstellungen, selbstbehindernde, zwanghafte Reinszenierungen, nächtliche Terroranfälle, Albträume, Bestürztheit über das Eindringen von Ärger, Angst, Verzweiflung, Schuld oder Schuldthematik; physiologische Erschöpfung durch Übererregung
<i>Durcharbeiten</i>	Wiedererinnerung an den Toten und Kontemplation über das Selbst mit reduzierter Intrusion von Erinnerungen und Fantasien; zunehmende rationale Akzeptanz; reduzierte Taubheit und Vermeidung; bessere Dosierung der Erinnerungen und ein Gefühl, sie durchzuarbeiten	Gefühl der Unfähigkeit, den Tod mit einem Selbstgefühl zu integrieren unter Fortführung des Lebens; fortdauerndes Verdängen von Themata, die sich als ängstliche, depressive, wütende, schamvolle und Schuldgefühle und psychophysiologische Syndrome manifestieren
<i>Vervollständigung, Beendigung</i>	Reduktion der emotionalen Pendelbewegungen mit einem Gefühl der Selbstkohärenz und der Bereitschaft, neue Beziehungen einzugehen; Befähigung, positive innere Zustände zu erleben	Unfähigkeit, den Trauerprozess zu beenden, der mit einer Arbeitsunfähigkeit, schöpferischen Reduktion und einer Unfähigkeit, positive emotionale, mentale Zustände zu erleben, verbunden ist

Abb. 6.5-4 Schematischer Vergleich zwischen einer einfachen und einer komplizierten Trauerreaktion in den Dimensionen Verlauf, Symptomatik, physische Gesundheit und soziale Folgen (Znoj, 2004, S. 12)

	Einfach Trauerreaktion	Komplizierte Trauerreaktion
<i>Verlauf</i>	Allmähliche Anpassung an die neue Realität, vergleichsweise abnehmende Intensität der gefühlten Trauer. Anpassung an neue Wirklichkeit ohne die verstorbene Person gelingt.	Starke, impulsive emotionale Reaktionen wie Wut, Schuldgefühle und Angst. Manchmal verzögerte Trauerreaktion. Keine kontinuierliche Abnahme der Trauerintensität. Die Trauer wird oft nicht als Traurigkeit erlebt. Anpassung an neue Wirklichkeit gelingt nicht.
<i>Symptomatik</i>	Trauerreaktion mit Rückzug und häufigerem Weinen. Der Ausdruck der Trauerreaktion ist stark von kulturellen Normen geprägt.	Selbstschädigendes Verhalten, Panikattacken, depressive Reaktion, exzessive Reizbarkeit, anhaltende und häufige Intrusionen, Gefühl innerlicher Leere und allgemeiner Sinnlosigkeit.
<i>Gesundheit</i>	Langfristig keine gesundheitlichen Folgen.	Schlaf- und Essstörungen, erhöhte Anfälligkeit für Infektionserkrankungen.
<i>Soziale Folgen</i>	Kurzfristig Rückzug aus dem gewohnten sozialen Umfeld, langfristig keine negativen Folgen.	Vernachlässigung des sozialen Netzes, Einbußen im Bereich des beruflichen Funktionierens, Vereinsamung.

Abb. 7-1 Wirkung der Einflussfaktoren auf die Trauerreaktion (Schultz, 1999)



*Abb. 9.1.2-2 Anteile ausgewählter Todesursachen nach Altersgruppen und Geschlecht
(Kern & Braun, 1985)*

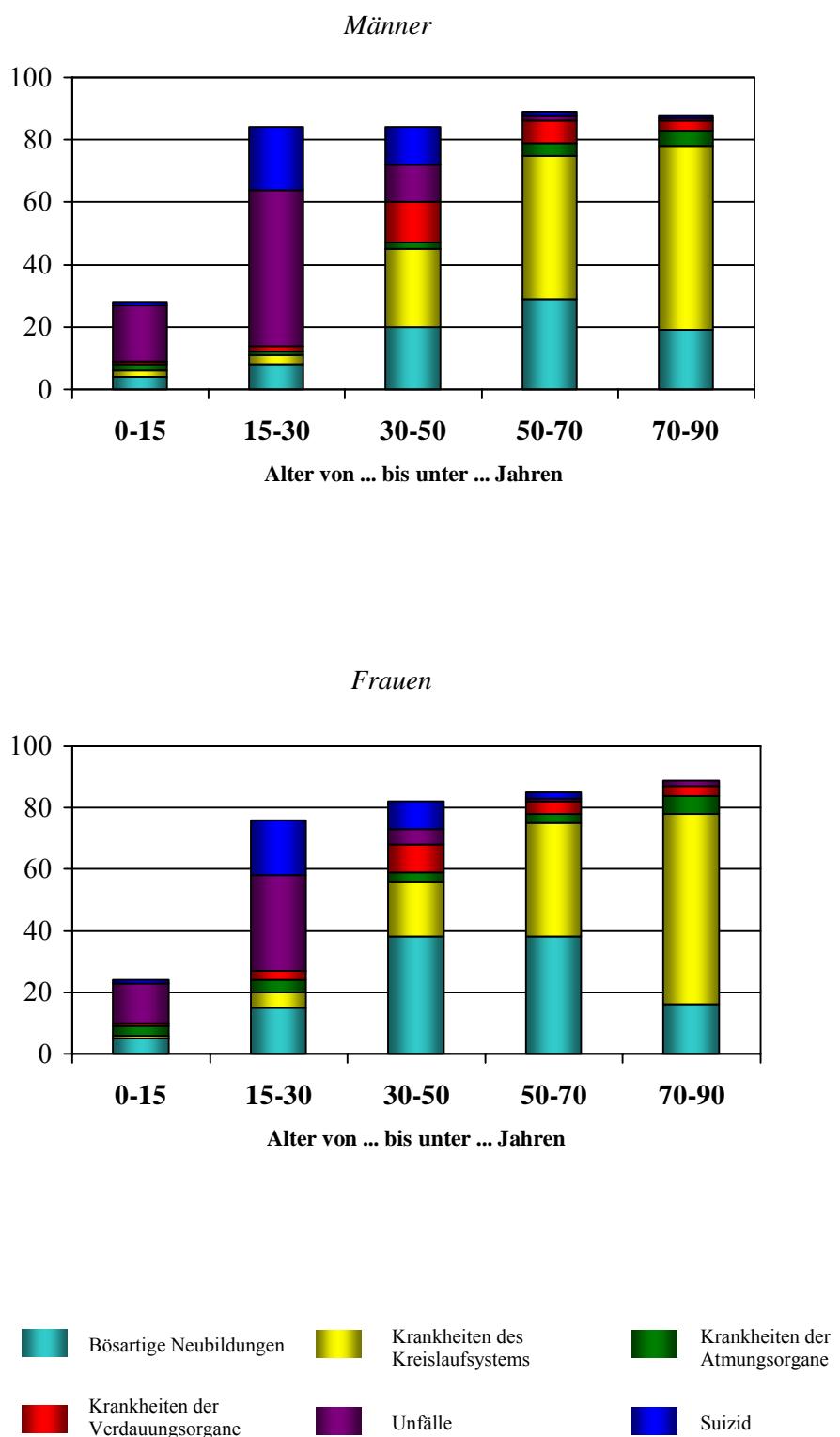
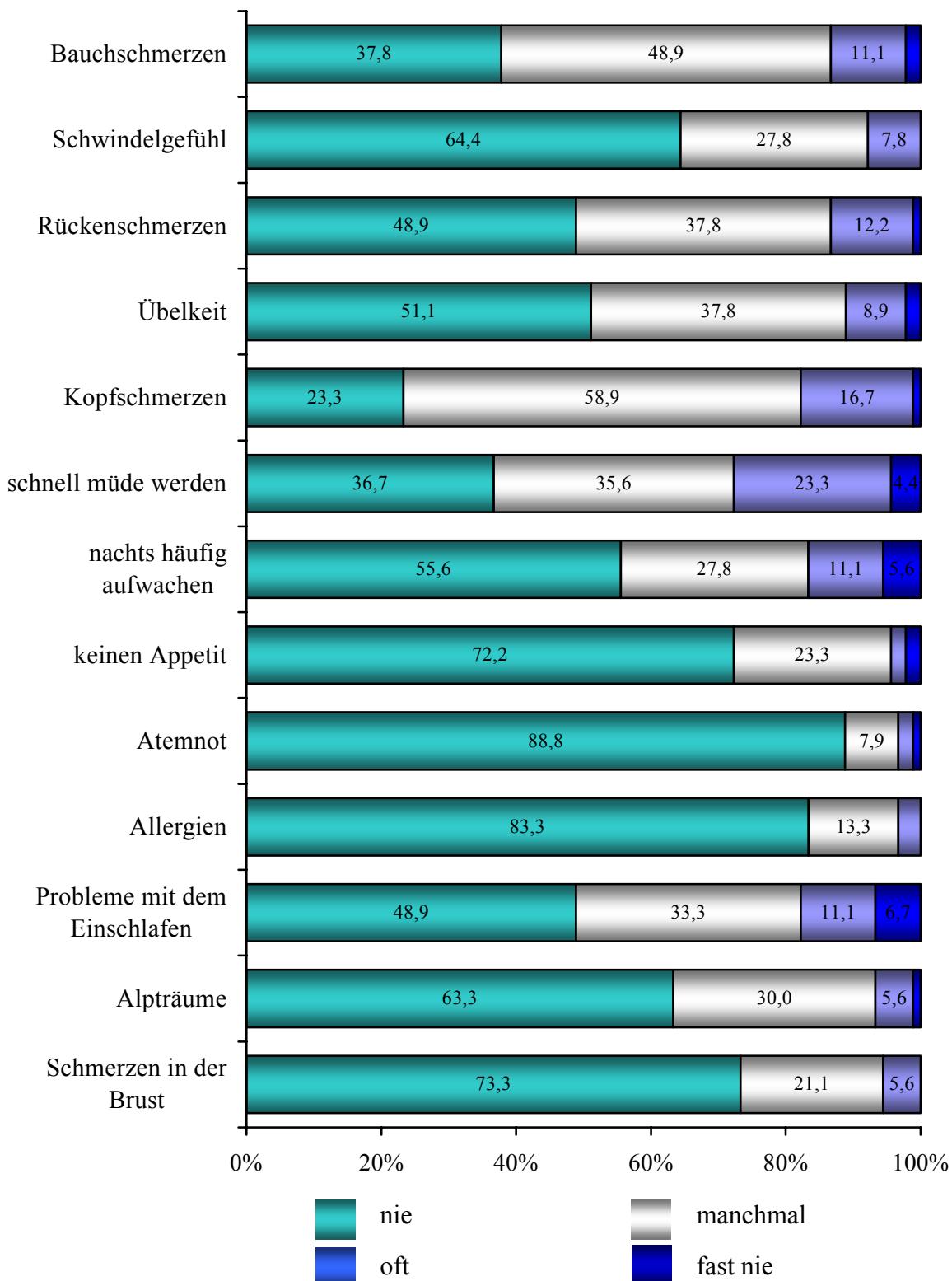


Abb. 10.1-4 Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen somatischen Symptome in der Gesamtstichprobe ($n = 90$)



Abweichungen von 100% entstehen durch Rundungsungenauigkeiten

Fragebogen

8. Nun geht es um Ihre Mutter.

1. Wissen Sie, welchen höchsten Schulabschluss und welche Ausbildung Ihre Mutter hat?

- keinen
- einfacher Hauptschulabschluss
- qualifizierter Hauptschulabschluss
- mittlere Reife
- Fachhochschulreife
- Hochschulreife/Abitur

- Ausbildung als _____
- Studium/Fachhochschulstudium, Fachrichtung _____

2. Welchen Beruf übt Ihre Mutter derzeit aus oder hat sie zuletzt ausgeübt?

3. Ist Ihre Mutter momentan berufstätig, sei es auch nur stundenweise oder in Umschulung?

Ja, und zwar...

- Vollzeit
- Teilzeit mit ___ Std./Woche
- unregelmäßig
- in Umschulung / Fortbildung

Nein, sondern

- arbeitslos
- Hausfrau
- (Invaliden-) Rentnerin
- anderes, nämlich _____

Weiß nicht

9. Wie verstehen Sie sich mit Ihrer Mutter?

	stimmt nicht 1	stimmt wenig 2	stimmt ziemlich 3	stimmt genau 4
1. Ich möchte später am liebsten in der gleichen Stadt leben wie meine Mutter, so dass wir viel Zeit miteinander verbringen können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ich komme meistens am besten zurecht, wenn ich alleine bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Wenn meine Mutter möchte, dass ich mich mehr um sie kümmere, ärgert mich das.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Es regt mich auf, wenn meine Mutter mich über meine Angelegenheiten ausfragt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Es fällt mir sehr schwer, wenn meine Mutter mich über meine Angelegenheiten ausfragt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Meine Mutter und ich haben zwar manchmal unterschiedliche Meinungen, wir verstehen uns aber trotzdem sehr gut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ich habe oft Angst, dass meine Mutter schwer krank werden oder sterben könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Wenn ich meine Mutter enttäuscht habe, habe ich Angst, dass sie mich nicht mehr liebt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ich kann meiner Mutter nicht wirklich vertrauen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Meine Mutter wäre sehr böse auf mich, wenn ich in der Schule/in der Ausbildung/in der Arbeit Ärger hätte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Oft wünsche ich mir, meine Mutter wäre weniger fürsorglich und besorgt um mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ich fühle mich einsam, wenn ich länger als 2 Wochen von meiner Mutter getrennt bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Ich möchte meiner Mutter keine persönlichen Sachen erzählen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Ich bin meiner Mutter oft im Wege.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Meine Mutter bleibt mir wichtig, auch wenn ich mehr meinen eigenen Interessen nachgehe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Es macht mich unsicher, wenn ich anderer Meinung bin als meine Mutter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	stimmt nicht 1	stimmt wenig 2	stimmt ziemlich 3	stimmt genau 4
17. Ich habe oft Angst, dass meine Mutter eines Tages nicht mehr nach Hause kommt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Es stört mich sehr, wenn meine Mutter dauernd alles von mir wissen will.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Eigentlich brauche ich meine Mutter nicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Auch wenn ich manches nicht gut finde, was meine Mutter macht, versuche ich, sie zu verstehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Am liebsten würde ich immer mit meiner Mutter zusammen verreisen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Ich glaube oft, dass meine Mutter mich nicht mag.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Ich fühle mich von meiner Mutter eingeengt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Ich habe das Gefühl, dass ich meine Mutter mehr mag als sie mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Ich mache mir oft Sorgen, dass meiner Mutter etwas Schlimmes passieren könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Ich möchte mehr mit meiner Mutter unternehmen, habe aber Angst, lästig zu sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mir wäre es lieber, wenn meine Mutter nicht so an mit hängen würde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Meine Mutter will mich nicht richtig verstehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Ich habe es gern, wenn sich meine Mutter mit mir unterhält.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Meistens habe ich keine Lust, mit meiner Mutter zusammen zu sein.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Manchmal glaube ich, dass ich meiner Mutter ganz egal bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Ich möchte alles zusammen mit meiner Mutter erleben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Ich fühle mich andauernd von meiner Mutter kontrolliert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Auch wenn ich mit meiner Mutter manchmal streite, mögen wir uns gegenseitig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Wenn ich meiner Mutter zeige, dass ich sie mag, bin ich unsicher, ob sie sich freut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	stimmt nicht 1	stimmt wenig 2	stimmt ziemlich 3	stimmt genau 4
36. Ich habe oft Angst, etwas falsch zu machen und meine Mutter zu enttäuschen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Meine Mutter interessiert sich nicht besonders dafür, was mit mir los ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Wenn meine Mutter mich dauernd in ihrer Nähe haben will, wird mir das oft zuviel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Ich komme auch gut ohne die Zuneigung meiner Mutter zurecht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Wenn meine Mutter in der Nähe ist, habe ich das Gefühl, dass mir nichts Schlimmes passieren kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Mir ist egal, was meine Mutter von mir denkt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Ich verstecke meine Gefühle vor meiner Mutter, damit sie sich nicht darüber lustig macht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Wenn ich etwas angestellt habe, frage ich mich, ob sie mich noch mag.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Wenn ich etwas zu entscheiden habe, frage ich fast immer meine Mutter, was ich tun soll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Manchmal mache ich mir Sorgen darüber, wie ich später einmal ohne meine Mutter zuretkommen soll.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Teil 2

1. Hier geht es um Ihren leiblichen verstorbenen Vater. Wie gut erinnern Sie sich noch an ihn?

- gar nicht mehr
- wenig
- mittel
- gut
- sehr gut

2. Wie war Ihr Vater?

Erinnern Sie sich bitte so gut Sie können und beantworten Sie dann, wie sehr jeder der folgenden Sätze für Ihren Vater zutrifft.

	trifft überhaupt nicht zu 1	trifft wenig zu 2	trifft teilweise zu 3	trifft ziemlich zu 4	trifft ganz genau zu 5
1. Mein Vater war ein ganz besonderer Mensch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mein Vater konnte einfach alles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mein Vater hatte auch seine kleinen Fehler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mein Vater hat mich nie enttäuscht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mein Vater wusste mehr als andere Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Manchmal habe ich mich auch über meinen Vater geärgert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Egal was los war, mein Vater hatte immer Zeit für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	trifft überhaupt nicht zu 1	trifft wenig zu 2	trifft teilweise zu 3	trifft ziemlich zu 4	trifft ganz genau zu 5
8. Mein Vater ...					
hat mich beschützt und mir Sicherheit gegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
war ein guter Freund für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat sich nicht besonders um mich gekümmert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat mich ziemlich verwöhnt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
war ziemlich streng.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat viele Dinge mit mir unternommen, die mir Spaß gemacht haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie haben Sie diese Fragen beantwortet?

- Ich habe mich überwiegend selbst erinnert.
- Ich habe mein Wissen vor allem aus Erzählungen anderer.

3. Wissen Sie, welchen höchsten Schulabschluss und welche Ausbildung Ihr Vater hatte?

- keinen
- einfacher Hauptschulabschluss
- qualifizierter Hauptschulabschluss
- mittlere Reife
- Fachhochschulreife
- Hochschulreife/Abitur

- Ausbildung als _____

- Studium/Fachhochschulstudium, Fachrichtung _____

Welchen Beruf hat er zuletzt ausgeübt?

5. Wann ist Ihr Vater gestorben?

(Monat) (Jahr)

Wie alt waren Sie damals? _____ Jahre

Wie alt war Ihr Vater, als er starb? _____ Jahre

Was war die Todesursache? _____

6. Wussten Sie, dass Ihr Vater sterben wird? Nein Ja ⇒ Haben Sie sich voneinander verabschiedet? Nein
 Ja**7. Wer hat sich nach dem Tod Ihres Vaters am meisten um Sie gekümmert?***(Schreiben Sie bitte in Klammern, was diese Person für Sie ist: Wenn es z.B. eine Oma war, dann schreiben Sie bitte in Klammern „Mutter meines Vaters“)*

_____ (_____)

_____ (_____)

_____ (_____)

8. Zu wem sind Sie nach dem Tod ihres Vaters gegangen, wenn Sie sich sehr traurig oder schlecht gefühlt haben?*(Schreiben Sie bitte wieder in Klammern, was diese Person für Sie ist.)*

_____ (_____)

_____ (_____)

9. Musste Ihre Familie nach dem Tod Ihres Vaters umziehen? Nein Ja ⇒ Mussten Sie deshalb die Schule wechseln? Nein
 Ja

10. Bei den folgenden Fragen geht es um Verhaltensweisen, die seit dem Tod Ihres Vaters aufgetreten sein können.

1. Waren Sie bei der Beerdigung (Gottesdienst, Bestattung) dabei?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2. Haben Sie Erinnerungsstücke an Ihren Vater für sich behalten (z.B. Fotos, Kleidungsstücke, persönliche Gegenstände)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
3. Haben Sie sich mit Ihrer Mutter offen über Einzelheiten zum Tod Ihres Vaters unterhalten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
4. Hat Ihre Mutter Ihre Fragen zu den Todesumständen offen beantwortet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
5. Haben Sie Ihrer Mutter gesagt oder gezeigt, dass Sie Sorgen hatten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
6. Haben Ihnen Verwandte oder Freunde der Familie Geschichten über Ihren Vater erzählt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
7. Haben Sie nach dem Tod Ihres Vaters mit anderen darüber gesprochen, dass Sie sich früher auch manchmal über Ihren Vater geärgert haben?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
8. Haben Sie Ihre Mutter in den 2 Jahren nach dem Tod Ihres Vaters öfter als ein- oder zweimal weinen gesehen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
9. Gab es in den ersten Paar Jahren nach dem Tod Bilder von Ihrem Vater in Eurer Wohnung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
10. Haben Sie sich in der Zeit nach dem Tod Ihres Vaters Fotoalben, Dias oder Videos angesehen, auf denen Ihr Vater zu sehen ist?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
11. Haben Sie Fragen über den Tod Ihres Vaters gestellt (z.B. „Wie war er?“ „Was würde er davon halten?“ „Was habt ihr beiden miteinander unternommen?“)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
12. Waren Sie nach der Beerdigung Ihres Vaters nochmals an seinem Grab?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
13. Hat ein anderer Erwachsener Ihnen gegenüber teilweise die Rolle Ihres verstorbenen Vaters übernommen? Wenn ja, Sind Sie damit einverstanden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

11. Denken Sie bitte an die Zeit zurück, als Ihr Vater gestorben ist.

Bitte versuchen Sie sich zu erinnern, wie es Ihnen damals ging.

Nachdem mein Vater gestorben war ...	trifft überhaupt nicht zu	trifft wenig zu	trifft teilweise zu	trifft ziemlich zu	trifft ganz genau zu
	1	2	3	4	5
1. ging es mir überhaupt nicht gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. fiel es mir schwer, mich auf die Schule/Ausbildung/den Beruf zu konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. haben mich gemeinsame Spiele mit meinen Freunden nicht besonders interessiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. war ich ärgerlich, dass mein Vater mich verlassen hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. habe ich mich innerlich ganz betäubt gefühlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. konnte sich eine Zeitlang nur schlecht schlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. hatte ich zu nichts mehr Lust.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Wie fühlen Sie sich heute, wenn Sie an Ihren verstorbenen Vater denken?

	trifft überhaupt nicht zu	trifft wenig zu	trifft teilweise zu	trifft ziemlich zu	trifft ganz genau zu
	1	2	3	4	5
1. Inzwischen geht es mir wieder so gut wie vor dem Tod meines Vaters.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich versuche, nicht an meinen Vater zu denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich bin meinen Vater in seiner Persönlichkeit ähnlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	trifft überhaupt nicht zu 1	trifft wenig zu 2	trifft teilweise zu 3	trifft ziemlich zu 4	trifft ganz genau zu 5
4. In meinem Inneren weine ich noch um meinen Vater.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich fühle mich schuldig, wenn ich an meinen Vater denke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich kann den Tod meines Vaters nicht akzeptieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Manchmal fühle ich mich meinem Vater innerlich ganz nahe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich zeige meine Tränen nicht, wenn ich an meinen Vater denke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich vermisste meinen Vater sehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich vermeide es, an meinen Vater erinnert zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich bin mit dem Verlust meines Vaters gut fertig geworden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich fühle mich von meinem Vater im Stich gelassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich habe die Gewohnheiten und Interessen meines Vaters übernommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich habe ein schlechtes Gewissen, weil ich früher meinem Vater nicht immer gehorcht habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Gedanken über meinen Vater beschäftigen mich sehr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich würde mich besser fühlen, wenn ich richtig weinen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Wenn mir mein Vater einfällt, versuche ich sofort an etwas anderes zu denken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich entdecke viele Seiten meines Vaters auch an mir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Wenn ich an meinen Vater denke, werde ich sehr traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich vermeide, dass mich jemand wegen meinem Vater weinen sieht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

trifft überhaupt nicht zu	trifft wenig zu	trifft teilweise zu	trifft ziemlich zu	trifft ganz genau zu
1	2	3	4	5

21. Manchmal stelle ich mir vor, was mein Vater jetzt wohl machen würde.
22. Ich habe ein schlechtes Gewissen, weil ich meinem Vater früher manchmal widersprochen habe.
23. Ich fühle mich mitverantwortlich für den Tod meines Vaters.
24. Ich fühle mich von meinem Vater allein gelassen.

13. Wie haben sich Ihre leiblichen Eltern miteinander verstanden?

- sehr schlecht
- eher schlecht
- teils/teils
- eher gut
- sehr gut

14. Vergleichen Sie andere Männer mit Ihrem Vater?

- nie
- selten
- manchmal
- oft
- sehr oft

15. Haben Sie einen „Ersatz-Vater“?

16. Hat Ihre Mutter einen neuen Partner?

- Nein

Ja \Rightarrow Der Partner meiner Mutter lebt in einer anderen Wohnung
 Sie leben zusammen in einer Wohnung
 Meine Mutter hat wieder geheiratet

Die nächsten beiden Fragen brauchen Sie nur beantworten, falls Ihre Mutter wieder verheiratet ist oder einen neuen Partner hat.

17. Wie verstehen Sie sich mit Ihrem Stiefvater oder dem Freund Ihrer Mutter?

- sehr schlecht
 - eher schlecht
 - teils/teils
 - eher gut
 - sehr gut

18. Empfinden Sie Ihren Stiefvater oder den Partner Ihrer Mutter als „Ersatzvater“?

- gar nicht
 - ein bisschen
 - teilweise
 - ja ziemlich
 - ja völlig

Teil 3

1. Familienstand

- ledig
- verheiratet
- verlobt
- geschieden

2. Partnerschaft und Kinder

Haben Sie eine Partnerin oder einen Partner?

- Ja
- Nein

Haben Sie eigene Kinder?

- Ja ⇒ Wie viele _____?
- Nein

3. Wo wohnen Sie?

- bei Ihrer Mutter
 - Ohne Partner der Mutter
 - Mit Partner der Mutter
- nicht bei Ihrer Mutter, sondern:
 - Ich wohne alleine
 - Mit meinem Partner/meiner Partnerin
 - Zimmer zur Untermiete/WG
 - Studenten-/Lehrlingswohnheim
 - Bei den Großeltern
 - Anderes, nämlich _____

4. Manche Familien haben wenig Geld zur Verfügung. Treffen die folgenden Aussagen auch auf Sie oder Ihre Familie zu?

	stimmt nicht 1	stimmt wenig 2	stimmt ziemlich 3	stimmt sehr 4
1. Wenn ich Sachen (z.B. für die Schule / Ausbildung) brauche, fehlt manchmal zuhause das Geld dafür.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Manche Sachen kann ich mit meinen Freunden nicht unternehmen, weil ich kein Geld dafür habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Meine Eltern machen sich oft Sorgen, ob sie die Rechnungen bezahlen können.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Wir haben genügend Geld für alles, was wir brauchen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ich muss häufig auf etwas verzichten, weil meine Familie sich einschränken muss.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Andere, die ich kenne, haben meist bessere Kleidung als ich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Andere in meinem Alter haben meistens mehr Geld für Unternehmungen als ich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ich kann mir nicht soviel kaufen wie andere in meinem Alter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Unser Geld ist meistens knapp.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Schule, Ausbildung und Beruf

Was machen Sie gerade?

- Grundschule
- Gymnasium, Realschule, Hauptschule, FOS, BOS
- Wehr-/Zivildienst/FSJ
- Berufsausbildung
- Studium
- Erwerbstätig
- Arbeitslos
- Sonstiges, nämlich _____

Diese Fragen brauchen Sie nur zu beantworten, wenn Sie zur Schule gehen:

Auf welche Schule gehen Sie gerade?

- Grundschule
- Hauptschule
- Realschule
- Mittelschule/Sekundarschule: Hauptschulzweig
- Mittelschule/Sekundarschule: Realschulzweig
- Gymnasium
- Gesamtschule
- Sonderschule
- Anderes: _____

Haben Sie einmal die Schule gewechselt?

- ja ⇒ Wie oft? _____ mal
- nein

Falls Sie die Schule gewechselt haben, was war der Grund?

(Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft)

- Umzug
- schlechte Noten
- Ärger mit Mitschüler/innen
- Ärger mit Lehrer/innen
- andere Gründe, nämlich: _____

Mussten Sie eine Klasse wiederholen?

- ja
- nein

Diese Fragen brauchen Sie nur zu beantworten, wenn Sie nicht zur Schule gehen:

Welchen Schulabschluss haben Sie?

- keinen
- einfacher Hauptschulabschluss
- qualifizierter Hauptschulabschluss
- mittlere Reife
- Fachhochschulreife
- Hochschulreife/Abitur

Was machen Sie zur Zeit?

- eine Ausbildung als _____
- Hochschulstudium/Fachhochstudium, Fachrichtung _____
- FOS, Fachrichtung _____
- BOS
- Wehrdienst/Zivildienst
- Freiwilliges soziales Jahr
- erwerbstätig als _____
- arbeitslos
- anderes: _____

Vielen Dank!

**Haben Sie noch Anmerkungen oder
Verbesserungsvorschläge?**

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name	Sabine Weiß
Geburtsdatum	20. Juni 1979
Geburtsort	München
Familienstand	ledig

Schullaufbahn

1986 – 1999	Grundschule an der Guardinistraße in München
1990 – 1999	Dante-Gymnasium in München Abitur 1999

Hochschulstudium

1999	Beginn des Studiums in Pädagogik, Psychologie und Familienrecht an der Ludwig-Maximilians-Universität in München
2001	Zwischenprüfung
2001/2002	Teilnahme am Pilotprojekt <i>Medizinpädagogik</i> an der LMU und der TU München
2004	Erwerb des akademischen Grades des Magister Artiums (M.A.)
	Eintritt in den Promotionsstudiengang
2005/2006	Erwerb des akademischen Grades eines Dr. phil.

Praktika und Arbeitsfelder

- 2000 Pflegepraktikum im Pflegedienst des Wohnstifts Augustinum Neufriedenheim München
Anschließend einjährige studienbegleitende Tätigkeit als Pflegehelferin (Aushilfe)
- Praktikum im Kinder- und Jugendmuseum der Pädagogischen Aktion München
- 2001 Kurzzeit-Praktikum in der Montessori-Schule der Aktion Sonnenschein e.V.
- 2001/2002 Studienbegleitendes Jahrespraktikum in der Montessori-Schule der Aktion Sonnenschein in einer Diagnose-Förder-Klasse

Entwicklung und Durchführung eines kunstpädagogischen Förderprojekts zur Steigerung der Körperwahrnehmung und der Kreativität bei verhaltensauffälligen und behinderten Kindern (mit Lernbehinderung, Teilleistungsstörungen, ADS, ADHS usw.)
- 2002 Praktikum in der Pädagogisch-Psychologischen Informations- und Beratungsstelle (PIB) in München

Praktikum im Betreuten Einzelwohnen des FrauenTherapieZentrums München für Frauen mit psychischen Erkrankungen und/oder Sucht
- 2002/2003 Projekt zur Förderung der Frage- und Antwortkompetenz bei hochbegabten Kindern an der Europäischen Schule München unter wissenschaftlicher Begleitung des Departments für Psychologie an der LMU München
- 2003 Einzelbeobachtungen von Kindern mit verschiedenen und teilweise mehrfachen Behinderungen und Störungen sowie Verhaltensauffälligkeit

Praktikum im Sozialdienst der Stiftsklinik Augustinum München für Innere Medizin
- seit 2003 Psychologische Einzelberatung und Gesprächsgruppenanleitung in der kardiologischen Reha-Klinik Augustinum Ammermühle