

Trauerreaktionen

Eine empirische Studie zur Untersuchung von Trauerreaktionen in der Bundesrepublik Deutschland unter Verwendung einer deutschen Version der Hogan Grief Reaction Checklist

Zusammenfassung. Trotz zahlreicher Aktivitäten stehen für den deutschsprachigen Raum derzeit nur wenige geeignete Verfahren zur Verfügung, um die Reaktionen des sogenannten ‚normalen‘ Trauerprozesses zu messen. In dem vorliegenden Beitrag wird die Entwicklung und der Einsatz eines deutschsprachigen Meßinstrumentes, mit dessen Hilfe sich Trauerreaktionen erfassen lassen, berichtet. In Anlehnung an die Hogan Grief Reaction Checklist (HGRC) wurde ein Trauerfragebogen entwickelt und anschließend einer testtheoretischen und dimensional Analyse unterzogen. Der 61 Items umfassende Fragebogen wurde an Probanden in der gesamten Bundesrepublik Deutschland verteilt. Voraussetzung für die Teilnahme war ein Alter zwischen 18 und 55 Jahren und die Erfahrung eines subjektiv bedeutsamen Todesfalls, wobei dieses Ereignis mindestens drei Monate zurückliegen sollte. Die Analysestichprobe setzte sich aus 314 Probanden zusammen. Mit der vorliegenden Untersuchung konnte die faktorielle Struktur der HGRC weitgehend repliziert werden. Die Faktorenanalyse ergab eine Fünf-Faktoren-Lösung: „Verzweiflung und Gefühl von Distanz“, „Feindseligkeit und Bitterkeit“, „Körperliche Reaktionen“, „Innere Stärke/Persönliches Wachstum“, „Kognitiver Faktor“. Durch den Nachweis von Beziehungen zu weiteren psychologischen Konstrukten und Hintergrundvariablen wurde die Mehrdimensionalität der Reaktionen auf einen Todesfall verdeutlicht. Befunde bisheriger empirischer Studien bezüglich Korrelationen zu weiteren psychologischen Konstrukten und Ergebnisse von Gruppenvergleichen konnten überwiegend repliziert werden.

Schlüsselwörter: Trauerreaktionen, Entwicklung eines Fragebogens

I. Einführung

Jedes Jahr sterben in der Bundesrepublik Deutschland mehr als 800 000 Menschen. Geht man davon aus, daß jedem dieser Verstorbenen zwei oder drei Personen nahestanden, dann werden mindestens zwei Millionen Menschen jährlich neu mit dem Tod einer geliebten Person konfrontiert. Doch wie *über-leben* Menschen den Tod eines geliebten Menschen? Wie gehen sie mit einem solch schmerzhaften Erlebnis um? Was denken, spüren, fühlen sie und welches Verhalten zeigen sie? Die Reaktionen, die auf den Verlust einer emotional nahestehenden Person folgen sind zahlreich, vielfältig, individuell und zugleich universell.

Bei der Durchsicht der Literatur fällt eine große Übereinstimmung unter den Forschern bezüglich der Nennung von Trauerreaktionen des sogenannten normalen Trauerprozesses auf (z.B. Nolen-Hoeksema et al., 1999; Shuchter & Zisook, 1993; Stroebe, Stroebe, Schut & Bout, 1998). Daß man sich nach dem Tod einer geliebten Person traurig und niedergeschlagen fühlt, ist so selbstverständlich und allgemein akzeptiert, daß es nicht nötig scheint, dieses Trauerverhalten mit Hilfe einer wissenschaftlichen Theorie zu erklären. Hinterbliebene können aber auch aggressives

und feindseliges Verhalten zeigen, mit Ärger, Zorn und Wutausbrüchen reagieren und abweisendes und verletzendes Verhalten insbesondere jenen Personen gegenüber, die den Trauernden beistehen und helfen wollen, zum Ausdruck bringen (u.a. Sanders, 1993; Stroebe, Stroebe & Domittner, 1988).

Eine auf die nachfolgende Trauerforschung sehr einflußreiche Arbeit ist Lindemanns Beitrag (1944) „Symptomatology and Management of Acute Grief“, in dem erstmals die wichtigsten Anzeichen der Trauer zusammengefaßt worden sind. Basierend auf seinen Beobachtungen postuliert Lindemann, daß sich Trauer auf der affektiven, kognitiven, physiologischen, somatischen, sozialen und der Verhaltensebene manifestiert und der Ausdruck der Trauer sowohl innerhalb als auch zwischen den Kulturen variiert. Glick, Weiss und Parkes (1974) führten strukturierte Interviews mit Witwen und Witwern durch und identifizierten daraufhin die folgenden sechs Trauerfaktoren: depression, external anxiety, compulsive self-reliance, autonomic reaction, stimulus seeking und interpersonal fears. Die Befunde einer Reihe von Studien (u.a. Hoyt, 1980; Rees, 1971) belegen zudem, daß viele Trauernde das Gefühl haben, die verstorbene Person sei tatsächlich anwesend, sie glauben, seine Stimme zu hören oder eine Berührung von ihm zu spüren. Verschiedene theoretische Ansätze wurden formuliert, um sämtliche Trauerreaktionen zu erklären. Die in der Literatur aufgeführten Trauertheorien lassen sich in zwei Gruppen einteilen. Zum einen in die Gruppe von Trauertheorien, die von psychoanalytischen Ansätzen und der Bindungstheorie abgeleitet wurden. Zum anderen in die Gruppe von Trauertheorien, die auf der Basis von Streß- und Coping-Modellen postuliert wurden. So gesehen lassen sich die Theorien – entsprechend ihres Fokus – als Depressionsmodelle und Streßmodelle bezeichnen (Stroebe & Stroebe, 1987). Während die Depressionsmodelle Trauer als Folge von Verlusterlebnissen sehen und ihren Fokus auf die emotionalen Reaktionen der betroffenen Individuen legen, betrachten Streßmodelle Trauer als ein Lebensereignis, das eine enorme Herausforderung an die Copingstrategien der Individuen darstellt.

In der vergangenen Zeit wurden zahlreiche Untersuchungen durchgeführt, deren Forschungsgegenstand die Erfassung von Reaktionen auf den Verlust einer emotional nahestehenden Person mittels Fragebogens ist, und es liegt eine Vielzahl der in diesem Bereich veröffentlichten Arbeiten vor. Insbesondere den drei Disziplinen Psychologie, Medizin und Krankenpflege verdankt die Trauerforschung ein zunehmendes Interesse am Forschungsgegenstand Trauer, eingeschlossen der Erfassung der individuellen Trauerreaktionen. Auf diese drei verschiedenen Disziplinen läßt sich auch die Setzung verschiedener Schwerpunkte und das differenzierte methodische Vorgehen bei der Messung der Trauerreaktionen zurückführen. Aufgrund der großen Anzahl von Erhebungsverfahren zur Erfassung von Trauerreaktionen und trauerbezogenen Phänomenen, verfaßten verschiedene Autoren Überblicksarbeiten und ermöglichten somit einen Vergleich der zahlreichen Instrumente. Gabriel und Kirschling (1989) fanden mehr als 20 Skalen, die überwiegend in den 80er Jahren Verwendung fanden. Diese Instrumente ließen sich zwei Kategorien zuordnen: (1) Skalen zur Erfassung von Trauerreaktionen und (2) Instrumente zur Messung von Depression. Nach dieser Einteilung identifizierten sie neun Meßinstrumente, die der erstgenannten Kategorie angehören und beschrieben sie anhand von sieben Kriterien (Validität, Reliabilität, Handhabung, Anwendungsbereich, theoretische Basis, Aussagekraft der erhaltenen Daten und Zugänglichkeit zu den Instrumenten). Inzwischen wurden aber die meisten dieser

neun Instrumente neu konzipiert oder verworfen. Ebenfalls einen Überblick von allerdings nur vier Instrumenten erstellten 1996 Robinson und Pickett, deren Arbeit aber aufgrund bedeutsamer Mängel, wie z.B. dem Fehlen der Beschreibung wichtiger psychometrischer Merkmale, nicht zufriedenstellend ist. Zudem bezog sich die Auswahl der Skalen lediglich auf Instrumente, die zur Erfassung von Trauer infolge des Todes eines Bruders oder einer Schwester generiert wurden.

Erfassung von Trauerreaktionen

Lange Zeit wurden in der Trauerforschung die Reaktionen auf einen Todesfall über die Erfassung psychiatrischer Symptome gemessen (Neimeyer & Hogan, 2001). Doch der Einsatz solcher Instrumente ermöglicht lediglich die Erfassung von bestimmten Symptomen, die sich sowohl bei trauernden Individuen als auch bei klinischen Patienten zeigen. Es handelt sich hier also nicht um die Messung spezifischer Trauersymptome bzw. -reaktionen. Zudem dienen diese Instrumente dazu, die Ausprägung einer Pathologisierung zu messen. Wird Trauer aber als eine normale Reaktion auf einen Verlust definiert, ist die Limitation dieser Instrumente offensichtlich. Desweiteren zeigen die Befunde empirischer Untersuchungen, daß Trauersymptome ein zu Symptomen der Depression differenziertes Cluster aufweisen, was gegen eine sinnvolle Verwendung von Depressionsskalen zur Messung von Trauer spricht (Byrne & Raphael, 1997).

Weitere Meßinstrumente wurden mit der Absicht entwickelt, speziell jene Reaktionen zu erfassen, die auf den Tod einer nahestehenden Person folgen. Hierzu gehören u.a. das „Texas Inventory of Grief“ (TIG; Faschinbauer, DeVaul & Zisook, 1977), das „Texas Revised Inventory of Grief“ (TRIG; Faschingbauer, Zisook & DeVaul, 1987), das „Grief Experience Inventory“ (GEI) von Sanders, Mauger und Strong (1985) und das „Inventory of Complicated Grief“ (Prigerson et al., 1995). Die Skala „Texas Inventory of Grief“ dient als Screening-Instrument und basiert auf der Theorie, daß die Dauer des Trauerprozesses abhängig ist von der Zeit. Es wurde basierend auf der rationalen Methode entwickelt und beachtet nicht den Aspekt der Multidimensionalität des Trauerprozesses. Das „Texas Revised Inventory of Grief“ erfaßt Trauer „as a present emotion of longing, as an adjustment to a past life event with several stages, as a medical psychology outcome, and as a personal experience“ (S. 1). Neben der Limitation aufgrund der Anwendung der rationalen Methode bei der Konstruktion der Skala kritisieren manche Trauerforscher, daß einige Items in der Formulierung sehr ähnlich sind und sich teilweise mit Items verschiedener Depressionsskalen überschneiden (Neimeyer & Hogan, 2001). Das „Grief Experience Inventory“ wurde generiert, indem aus der Trauerliteratur ein Set von Items ausgewählt wurde, die den aktuellen Zustand von Individuen, die selbst schon einen Trauerfall erfahren haben, repräsentieren. Zusätzlich wurden noch Aussagen von Forschern über beobachtete Trauerreaktionen beachtet. Neben Kritik an der rational-methodischen Generierung, der Itemformulierung, der Faktorenstruktur und der internen Konsistenz wurde auch das dichotome Antwortformat bemängelt, da es die Variationsbreite der möglichen Reaktionen auf einen Trauerfall auf ein Minimum reduziert und somit die Erfassung der möglicherweise wechselnden Intensität der Ausprägung der Trauerreaktionen nicht erfolgen kann.

Neben den oben beschriebenen Meßinstrumenten, die der Erfassung des sogenannten „normalen“ Trauerprozesses dienen und die für einen relativ breiten Anwendungsbereich geeignet sind, wurden desweiteren Instrumente entwickelt, die nur in einem ganz bestimmten Bereich sinnvoll eingesetzt werden können. Hierzu gehören z.B. die „Anticipatory Grief Scale“ (Theut, Jordan, Ross & Deutsch, 1991), das „Hogan Sibling Inventory of Bereavement“ (Hogan & Greenfield, 1991) die „Complicated Grief Symptoms Questions“ (Horowitz, Siegel & Hoken, 1997), die „Perinatal Grief Scale“ (Toedter, Lasker & Alhadeff, 1988) und das „Inventory of Complicated Grief“ (Prigerson et al., 1995). Die eingeschränkte Verwendung dieser Instrumente ist schon an ihrer jeweiligen Bezeichnung erkennbar; sie sind entweder nur für eine bestimmte Stichprobe (wie z.B. für Eltern, Geschwister, Pflegeperson) geeignet oder sie beabsichtigen nicht den normalen Trauerprozeß zu erfassen.

Schon diese kurze Präsentation der Instrumente zur Erfassung von Trauerreaktionen verdeutlicht bereits, daß trotz der zahlreichen Aktivitäten nur wenig geeignete Forschungsinstrumente zur Verfügung stehen, um den normalen Trauerprozeß der erwachsenen Bevölkerung im deutschsprachigen Raum zu messen. Kritik wird neben der Vernachlässigung der Erforschung der Multidimensionalität des Konstrukts Trauer insbesondere an dem rational-methodischen Vorgehen bei der Entwicklung der Skalen geäußert, da hierdurch bedeutsame Probleme mit der internen Validität eines Meßinstrumentes auftreten können.

Hogan Grief Reaction Checklist

Mit dieser Kritik setzte sich Hogan (1987) auseinander und konstruierte einen Fragebogen, dessen Skalenentwicklung auf der empirischen Methode basiert. Es handelt sich hierbei um die Hogan Grief Reaction Checklist (HGRC), mit der sich die multidimensionale Natur des sogenannten normalen Trauerprozesses aufzeigen läßt. Die erste Version des Instruments umfaßt 100 Items mit vorgegebenem Antwortformat (1 = Does not describe me at all, 2 = Does not quiet describe me, 3 = Describes me fairly well, 4 = Describes me well, 5 = Describes me very well). Die Skala wurde auf der Grundlage von Angaben, die von trauernden erwachsenen Personen, die den Tod eines geliebten Menschen erfahren haben, generiert. Laut Instruktion beantwortet der Proband jedes Item, indem er diejenige Antwortkategorie markiert, die unter Berücksichtigung des Bezugsrahmens der vergangenen zwei Wochen, am besten auf ihn zutrifft. Diese erste Version des Fragebogens wurde 586 Erwachsenen vorgelegt, die über Trauer-Selbsthilfegruppen angeworben wurden. Die Hauptachsen-Faktorenanalyse mit Varimax-Rotation ergab sechs Faktoren mit Eigenwert größer eins. Items mit einer Faktorenladung unter .40 wurden von der weiteren Analyse ausgeschlossen. Items, die auf zwei oder mehrere Faktoren luden, wurden jenem Faktor zugewiesen, bei dem das Item die höchste Ladung aufwies. Nach diesen Kriterien entschied man sich für eine sechs-Faktoren-Lösung und bezeichnete die Dimensionen wie folgt: Despair (13 Items), Panic Behavior (14 Items), Personal Growth (11 Items), Blame and Anger (7 Items), Detachment (8 Items) und Disorganization (8 Items). Die Subskala „Despair“ mißt den Streß, der durch die Trennung von einer nahestehenden Person verursacht wird. Die Skala steht für eine emotionale Trauerkomponente, die durch Gefühle von Hoffnungslosigkeit, Traurigkeit und Sehnsucht nach der verstorbenen Person gekennzeichnet ist. Physiologische Merkmale werden über die Subskala „Panic Behavior“ erfaßt, wie z.B. der Erregung des autonomen Nervensystems in Verbindung mit Angst oder

somatischen Beschwerden wie Kopf- und Rückenschmerzen, Magenbeschwerden oder Müdigkeit. Die elf Items der „Personal Growth“ - Skala messen das spirituelle und existentielle Bewußtsein der Hinterbliebenen über die Erfassung von Aussagen zu den Bereichen Nachsichtigkeit, Mitgefühl, Sorge und Verantwortung für andere sowie Toleranz gegenüber sich und dem sozialen Umfeld. Die Subskala „Blame and Anger“ umfasst Items zu Gefühlen von Bitterkeit, Feindseligkeit und dem Wunsch nach Vergeltung. Vermeidung von Zärtlichkeit und Zuneigung, Rückzug aus der sozialen Gesellschaft und Gefühl von Distanz zu der eigenen Person aber auch zu anderen betreffen die Items der Skala „Detachment“. Kognitive Merkmale, wie Konzentrationsschwierigkeiten und dem Erlernen und Behalten neuer Informationen sowie der Erinnerung an vergangene Zeiten werden über die „Disorganization“-Skala erfaßt. Die interne Konsistenz (berechnet nach Cronbachs Alpha) der sechs Skalen liegt im Bereich von .79 und .90. Die Korrelationskoeffizienten der vier Wochen später durchgeführten Test-Retest-Reliabilitätsanalyse bescheinigen die Stabilität der HGRC-Scores über die Zeit. Die Skala „Personal Growth“ korreliert negativ mit den übrigen fünf Subskalen. Aufgrund der Befunde der Faktorenanalyse wurde die anfängliche Version der HGRC mit 100 Items überarbeitet und auf 61 Items verkürzt. Zur Bestimmung der konvergenten und divergenten Validität wurden die sechs Subskalen der HGRC mit den Scores der Subskalen des „Texas Revised Inventory“, des „Grief Experience Inventory“ und des „Inventory of Traumatic Grief“ miteinander verglichen. Die Ergebnisse zeigen, daß die Subskalen der HGRC mit den entsprechenden Subskalen des TRIG, GEI und IES korrelieren, was auf ein valides Meßinstrument hinweist. Aufgrund der Befunde der Studie läßt sich zusammengefaßt feststellen, daß es sich bei der HGRC um ein reliables und valides Meßinstrument handelt, das auf die Bedeutung einer multidimensionalen Konzeptionalisierung der Trauer hinweist. Zudem liefert das Instrument einen Beleg dafür, daß es sich bei dem Faktor „Personal Growth“ um eine integrale Komponente des Konstrukts Trauer handelt. Weitere Ergebnisse der Untersuchung unterstützen die Annahme, daß Variationen des Trauerprozesses in Abhängigkeit der Todesursache und der Vergangenen Zeit seit dem Todesfall zu sehen sind.

II. Entwicklung und Validierung eines deutschsprachigen Erhebungsinstrumentes

Entwicklung des Trauerfragebogens

Die deutschsprachige Version der „Hogan Grief Reaction Checklist“ – im folgenden „Trauerfragebogen“ genannt - wurde auf folgende Weise generiert: In einem ersten Schritt wurde die 61 Items umfassende Hogan Grief Reaction Checklist aus dem amerikanischen in die deutsche Sprache übersetzt. Diese reine Übersetzung der Items führte jedoch oftmals zu sprachlich wenig glatten und teilweise leicht mißverständlichen Formulierungen. Auf Grund dieser Tatsache wurde mit verschiedenen Personen über eine geeignete Formulierung der einzelnen Items diskutiert und diese Version von drei ‚Nativespeakern‘ in die amerikanische Sprache zurückübersetzt. Im Rahmen einer Voruntersuchung wurde der Entwurf eines deutschen Trauerfragebogens vier Probanden zur Bearbeitung vorgelegt. Schließlich wurde die Endfassung des Trauerfragebogens aufgestellt, der 61 Items umfaßt. Es handelt sich dabei um geschlossene Fragen mit folgendem vorgegebenen Antwortformat: 1 = stimmt nicht, 2 = stimmt eher nicht, 3 = stimmt etwas, 4 =

stimmt größtenteils, 5 = stimmt voll und ganz. Laut Instruktion ist die befragte Person aufgefordert, sich an einen bedeutsamen Verlust einer Person durch Tod zu erinnern und sich in die Zeit der ersten Monate nach diesem Tod hineinzusetzen. Anschließend beantwortet der Proband jedes Item, indem er die für ihn entsprechende Antwortkategorie eigenhändig ankreuzt.

Rekrutierung der Stichprobe

Die Gewinnung der Probanden geschah auf ganz unterschiedliche Art und Weise. So erfolgten Aufrufe zur Teilnahme an der Fragebogenaktion über schriftliche Aushänge in Erwachsenenbildungsstätten (z.B. Volkshochschulen, Abendgymnasien, Sprachschulen), in Gemeindezentren, in Vorräumen von Kirchen, in Firmen und Unternehmen, in Einzelhandelsgeschäften, in Warteräumen von Beratungsstellen, Arztpraxen, Behörden (z.B. Einwohnermeldeamt, Arbeitsamt) und in weiteren ähnlichen Einrichtungen, die über ganz Deutschland verstreut lagen. Folgende Voraussetzungen mußten für eine Aufnahme in die Analysestichprobe erfüllt sein: das Alter der Probanden muß zwischen 18 und 55 Jahren liegen, die Erfahrung des Verlustes einer nahestehenden Person durch Tod muß gegeben sein; es darf weder der Tod eines Bekannten in den vergangenen drei Monaten eingetreten sein noch der Tod eines geliebten Menschen in nächster Zeit bevorstehen. Auf diese Aufrufe hin meldeten sich insgesamt 96 Personen, die Interesse an der Umfrage zeigten. Neun von ihnen entsprachen nicht den für die Analysestichprobe definierten Merkmalen und wurden daher nicht in die Befragung aufgenommen. Bei dieser Art der Rekrutierung kommt die Stichprobe durch Selbstselektion der Personen zustande und stellt somit keine repräsentative Stichprobe im wissenschaftlichen Sinne dar. Aus diesem Grund erfolgte die Gewinnung von Teilnehmern desweiteren durch direktes Ansprechen und Anschreiben von einzelnen Personen, die der Untersuchungsleiterin persönlich bekannt sind. Es handelt sich hierbei u.a. um Leiter und Leiterinnen von Selbsthilfegruppen (z.B. Trauergruppen, Angehörigengruppe), aber auch Personen aus den Bereichen Wirtschaft, Kultur und Politik. Zudem wurden gezielt Anfragen bei weiteren Institutionen, Organisationen, Unternehmen und Behörden anderer Regionen Deutschlands bezüglich einer Mitwirkung an der Fragebogenaktion gestellt. Von insgesamt 52 angeschriebenen Einrichtungen zeigten 36 die Bereitschaft, den Aufruf an ihre Mitglieder bzw. Mitarbeiter weiterzugeben und/oder diesen zumindest an geeigneten Stellen vor Ort auszuhängen.

Messinstrumente

State-Trait-Angstinventar (STAI). Um sowohl Zustandsangst als auch Angst als relativ überdauerndes Persönlichkeitsmerkmal zu erfassen, kam das State-Trait-Angstinventar (Laux, Glanzmann, Schaffner und Spielberger, 1981) zum Einsatz. Es handelt sich dabei um eine deutsche Version des State-Trait-Anxiety-Inventory von Spielberger, Gorsuch und Lushene (1970). Das vollstandardisierte Selbstbeurteilungsinstrument besteht aus zwei Skalen zu jeweils 20 Items. Der Proband beantwortet die Items der Skala „Zustandsangst“ (Item 1 – 20) hinsichtlich der Intensität seines Gefühls, indem er auf einer vier-Punkte-Skala (1 = überhaupt nicht, 2 = ein wenig, 3 = ziemlich, 4 = sehr) jene Antwortkategorien auswählt, die seinen augenblicklichen Gefühlszustand am besten beschreiben. Auf der Skala „Angst als Eigenschaft“ (Item 21 - 40) erfolgt die Einschätzung der eigenen Ängstlichkeit, indem die befragte Person angibt, wie häufig (1 = fast nie, 2 = manchmal, 3 = oft, 4 = fast immer) die Aussagen im allgemeinen auf ihn zutreffen.

Allgemeine Depressionsskala (ADS). Als Indikator für die „seelische Gesundheit“ einer Person wird Depression mittels der Allgemeinen Depressionsskala (Hautzinger & Bailer, 1993) erfaßt. Es handelt sich hierbei um die deutschsprachige Form der „Center for Epidemiological Studies Depression Scale“ (CES-D) von Radloff (1977). Der vollstandardisierte Selbstbeurteilungsfragebogen stellt ein aus 20 Items bestehendes Screeninginstrument dar. Er dient der Erfassung von Beschwerden im Vorfeld depressiver Erkrankungen und erfragt das Vorhandensein und die Dauer depressiver Symptome unter Berücksichtigung der Bereiche Emotion, Motivation, Kognition, Somatik und Motorik. Um den möglichst aktuellen Zustand der depressiven Beschwerden zu ermitteln, ist der Bezugsrahmen hinsichtlich des Befindens auf die vorangegangene Woche festgelegt. Für die Beantwortung der Items ist folgendes vierstufiges Antwortformat vorgegeben: 0 = selten oder überhaupt nicht, 1 = manchmal, 2 = öfters, 3 = meistens / die ganze Zeit. Der Proband ist aufgefordert jedes Item zu beantworten, indem er einschätzt, wie häufig er sich in den vergangenen sieben Tagen entsprechend des jeweiligen Items gefühlt hat.

Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF). Als weiteres Meßinstrument wurde der Trierer Persönlichkeitsfragebogen von Becker (1989) eingesetzt, durch den sich die Konstrukte „seelische Gesundheit“ und „Verhaltenskontrolle“ erfassen lassen. Im Kontext von Trauer bzw. für die vorliegende Untersuchung sind die beiden Konzepte „Sinnerleben“ und „Wertschätzung“, die wichtige Teilkomponenten des übergeordneten Konstruktes „seelische Gesundheit“ darstellen, von besonderem Interesse. Das vollstandardisierte, multidimensionale Instrument umfaßt neben 120 Items mit vierstufigem Antwortformat (1 = immer, 2 = oft, 3 = manchmal, 4 = nie) auch Fragen zu demographischen Merkmalen des Probanden. Die als Selbstaussagen formulierten Items (Item 1 – 120) repräsentieren Verhaltensweisen, Gedanken, Gefühle und Einstellungen. Der Proband beantwortet jedes Item, indem er jene Antwortkategorie markiert, die nach seiner Einschätzung am besten auf ihn zutrifft.

Skala „Religiöser Glaube“ (RG). Zur Operationalisierung der ideologischen Dimension der Religiosität fand die von Boos-Nünning (1972) entwickelte Skala „Religiöser Glaube“ Verwendung. Das Selbstbefragungsinstrument besteht aus 14 Items. Es handelt sich dabei um geschlossene Aussagen mit vorgegebenen Antwortkategorien, von denen aber nur die beiden Pole durch entgegengesetzte Zustandsbeschreibungen („überhaupt nicht einverstanden“ – „sehr einverstanden“) definiert sind. Der Untersuchungsteilnehmer beantwortet jedes Item, indem er auf einer 7-Punkte-Skala angibt, wie sehr er mit der jeweiligen Aussage einverstanden ist.

Skala „Glaube an ein Leben nach dem Tod“ (GLNT). Der Glaube einer Person an ein Leben nach dem Tod wurde mittels einer von Ochsmann (1984) entwickelten Skala gemessen. Es handelt sich dabei um eine deutsche Version des „Belief in Afterlife-Fragebogens“ (BIAL) von Osarchuk und Tatz (1973). Die Skala ist ein zehn Items umfassendes Selbstbefragungsinstrument. Bei dem neunstufigen Antwortformat sind nur die beiden Pole mit „trifft überhaupt nicht zu“ bzw. mit „trifft sehr stark zu“ bezeichnet. Der Befragte ist aufgefordert anzugeben, wie sehr die Feststellungen auf ihn persönlich zutreffen.

Existenzskala (ESK). Mit Hilfe der Existenzskala von Längle und Orgler (1988) wird die Fähigkeit einer Person, mit sich selbst und der Welt umgehen zu können, gemessen. Von den Autoren wird dies mit „Kompetenz der Person für Existenz“ bezeichnet (Längle & Orgler, 1996). Das Instrument umfaßt 46 Items und beschreibt in Anlehnung an Frankl (1984) die noetische Dimension des Menschen. Dies erfolgt mittels vier Subskalen („Selbstdistanzierung“, „Selbsttranszendenz“, „Freiheit“, „Verantwortung“). Der Gesamtscore der Existenzskala verweist auf die Fähigkeit einer Person, sich mit den verschiedenen Situationen des Lebens auseinandersetzen zu können und so zu einer sinnerfüllten Lebensgestaltung zu kommen, die authentisch begründet ist. Der Proband beantwortet jedes Item, indem er sich bezüglich seiner „personal-existentiellen“ Fähigkeit im Umgang mit Alltags- und Lebenssituationen selbst einschätzt. Auf einer sechs-Punkte-Skala (1 = stimmt, 2 = stimmt mit Einschränkungen, 3 = stimmt eher schon, 4 = stimmt eher nicht, 5 = stimmt nicht mit Einschränkungen, 6 = stimmt nicht) markiert der Proband eigenhändig die entsprechende Antwortkategorie.

Gießener Beschwerdebogen (GBB). Der Gießener Beschwerdebogen von Brähler und Scheer (1983) wurde ausgewählt, um mögliche körperliche Beschwerden der Befragten zu erfassen. Es handelt sich bei diesem Erhebungsbogen um eine Weiterentwicklung des von Zenz entwickelten Beschwerdeboogens (BSB). Bei diesem Instrument geht es nicht um eine Identifizierung organischer Krankheiten, sondern um die psychosomatische Bedingtheit oder Mitbedingtheit körperlicher Mißempfindungen. Der Fragebogen ermöglicht die Erfassung einzelner physischer Beschwerden, die Erhebung von vier verschiedenen Beschwerdekplexen sowie die Ermittlung eines Gesamtwertes für den Beschwerdedruck eines Probanden. Der GBB umfaßt insgesamt 59 Items. 57 Items lassen sich den Bereichen Allgemeinbefinden, Vegetativum, Schmerz und Emotionalität zuordnen, zwei Fragen beziehen sich auf die körperliche oder seelische Bedingtheit der Beschwerden. Auf einer fünfstufigen Skala (0 = nicht, 1 = kaum, 2 = einigermaßen, 3 = erheblich, 4 = stark) gibt der Proband an, wie sehr er sich durch bestimmte Beschwerden belästigt fühlt. Es ist anzumerken, daß für die vorliegende Untersuchung eine spezielle Instruktion zu dem GBB formuliert wurde. Hierbei wird der Untersuchungsteilnehmer aufgefordert, sich an einen für ihn bedeutsamen Verlust einer Person durch Tod zu erinnern und sich dann in die Zeit der ersten Monate nach dem Tod hineinzusetzen. Anschließend markiert der Proband die für ihn zutreffende Antwortkategorie.

Durchführung der Untersuchung

In der Zeit von Anfang März bis Ende Juli 2001 fand die Verteilung von 400 Datenerhebungsbögen statt. Die Verteilung der Erhebungsbögen erfolgte in der gesamten Bundesrepublik Deutschland, und zwar an 118 Einzelpersonen und an 36 Mitarbeiter von verschiedenen Institutionen, die ihre Bereitschaft der Verteilung einer bestimmten Anzahl von Instrumenten erklärt hatten. 302 der Bögen wurden von der Untersuchungsleiterin selbst an 86 Einzelpersonen und 28 Institutionen (z.B. Beratungsstellen, Behörden) ausgehändigt. In diesen Fällen informierte die Untersuchungsleiterin persönlich den Teilnehmer bzw. den angesprochenen Personenkreis über Inhalt und Ziel der Untersuchung, erklärte den organisatorischen Ablauf der Befragung und beantwortete sämtliche Fragen der Teilnehmerschaft. 98

Untersuchungsinstrumente wurden an Einzelpersonen und an bestimmte Mitarbeiter von Institutionen über den Postweg zugesandt oder von Boten im Auftrag der Untersuchungsleiterin überbracht. In diesen Fällen erfolgte die Unterrichtung über die Studie und die Einweisung in die Befragung immer sowohl schriftlich als auch telefonisch. Außerdem wurde allen Teilnehmern angeboten, sich bei Rückfragen, Zweifeln, Unsicherheiten oder Anmerkungen zu der Studie mit der Untersuchungsleiterin schriftlich oder telefonisch in Verbindung zu setzen. Um die Anonymität zu gewährleisten, erfolgte die Rückgabe des Untersuchungsmaterials in Institutionen, Beratungsstellen und ähnlichen Einrichtungen über aufgestellte Urnen, die zu einem vereinbarten Zeitpunkt von der Untersuchungsleiterin abgeholt und es bestand zugleich an diesem Tag für die Teilnehmer die Möglichkeit zu einem persönlichen Austausch mit ihr. Außerdem wurde mit jeder beteiligten Gruppe ein Termin für ein Nachgespräch vereinbart. Auch viele Einzelpersonen äußerten den Wunsch, daß ihr Erhebungsbogen von der Untersuchungsleiterin abgeholt werden sollte und nutzen dann diese Gelegenheit zugleich für ein Gespräch. Die Dauer dieser Nachgespräche variierte zwischen 60 Minuten und 3,5 Stunden, die durchschnittliche Dauer lag bei zwei Stunden. Auf Bitte der Teilnehmer wurde in einigen Fällen noch ein zweites, selten ein drittes und mit drei Personen insgesamt vier Nachgespräche geführt.

Wie bereits erwähnt, wurde von den insgesamt 400 von der Untersuchungsleiterin verteilten Erhebungsinstrumente nicht jeder persönlich ausgehändigt. In einigen Fällen wurden mehrere Exemplare an bestimmte Mitarbeiter von Einrichtungen versendet, die ihre Bereitschaft zur Weitergabe des Untersuchungsmaterials erklärt hatten. Daher ist es nicht möglich die exakte Anzahl der Bögen, die tatsächlich potentielle Teilnehmer erreicht haben, anzugeben. Außerdem wurden - ohne einer vorherigen Absprache mit der Untersuchungsleiterin – weitere Datenerhebungsbögen von den Teilnehmern kopiert und ebenfalls verteilt. Es konnte nicht in allen Fällen die genaue Anzahl der zusätzlich kopierten und verteilten Bögen ermittelt werden, es wird eine Zahl von 43 angenommen. Damit liegt der Gesamtrücklauf der Erhebungsinstrumente bei 72,46 %.

III. Ergebnisse

Analysestichprobe

Von den 321 zurückgegebenen Datenerhebungsbögen konnten nicht alle in die Auswertung aufgenommen werden. Die Gründe für das Ausscheiden einiger Befragten lag im wesentlichen an den nicht erfüllten Voraussetzungen für die Teilnahme an der Untersuchung. Nach der Reduzierung des Datensatzes liegt der Studie eine Analysestichprobe von 314 Probanden zugrunde.

Von den insgesamt 314 Probanden liegt der Anteil der weiblichen Befragten bei 55,1 %, der Anteil der männlichen Teilnehmer bei 44,9 %. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmer beträgt 31,66 Jahre ($SD = 8,81$; $Md = 32$ Jahre). Der jüngste Proband ist 18, der älteste 55 Jahre alt. Die Verteilung der Stichprobe in der Bundesrepublik Deutschland zeigt sich wie folgt: der höchste Anteil entfällt auf Süddeutschland (45,22 %), aus dem westdeutschen Raum beteiligten sich 88 Personen (28,03 %) an der Umfrage, und die Gebiete Norddeutschland und Ostdeutschland sind mit 45 (14,44 %) bzw. 39 (12,42 %) Teilnehmern vertreten.

Das Beziehungsverhältnis zwischen den Umfrageteilnehmern und den von ihnen ausgewählten verstorbenen Personen wurde mit der fünfstufigen Variable „Beziehung zur verstorbenen Person“ erfasst. Die größte Untergruppe stellt hierbei mit 24,2 Prozent die Gruppe der leiblichen Kinder dar. Bei 69 Verstorbenen (22,0 %) handelt es sich um einen Bruder oder eine Schwester, ebenso häufig wurde der Tod eines Freundes oder einer Freundin genannt. 39 Befragte (12,4 %) gaben einen Elternteil als bedeutsamen Verlust an. Einen recht großen Anteil an der Grundgesamtheit bildet mit 19,4 Prozent die Gruppe „andere Beziehung“. Hier wurden Familienangehörige wie Ehepartner, Tante, Onkel, Cousin, Großeltern, aber auch nicht verwandtschaftliche Beziehungen wie nicht-ehelicher Lebenspartner oder Nachbar aufgeführt. Da bei dieser Untergruppe das Beziehungsverhältnis zur verstorbenen Person sehr häufig nicht näher beschrieben wurde, ist eine Aufspaltung dieser Subgruppe nicht sinnvoll.

In über der Hälfte der Fälle (65,6 %) wurde der Verlust der nahestehenden Person durch Krankheit angegeben ($N = 206$). Die zweitgrößte Gruppe stellt mit einem Anteil an der Gesamtstichprobe von 27,7 Prozent ($N = 87$) die Untergruppe „Unfall“ dar. Bei 16 Personen (5,1 %) trat der Tod durch Suizid ein, und in einem Fall (0,3 %) wurde Mord als Todesursache genannt. Die Untergruppe „andere Todesursache“ wurde von vier Befragten (1,3 %) markiert, hierzu aber keine näheren Angaben gegeben. Abbildung 4.1 veranschaulicht die Verteilung der Variable „Todesursache“.

Die Multidimensionalität des Konstrukts Trauer

Zur Untersuchung der multidimensionalen Natur des Konstrukts Trauer wurde eine Hauptachsenfaktorenanalyse mit Varimax-Rotation durchgeführt. Nach dem Kriterium der Eigenwerte größer eins (Kaiser-Guttman-Kriterium) ergeben sich neun Faktoren, die zusammen 70,109 Prozent der Varianz aufklären. Für welche Anzahl von Faktoren das Screeplot-Kriterium spricht, ist nach der graphischen Darstellung nicht eindeutig erkennbar. Zur Bestimmung der optimalen Anzahl zu extrahierender Faktoren wurden daher zwei weitere Kriterien herangezogen: (1) Unrotiert sollen durch einen Faktor mehr als drei Prozent der Gesamtvarianz

aufgeklärt werden. (2) Ein Faktor muß von mindestens vier Markiertvariablen definiert werden. Als Markiertvariable gilt ein Item, wenn es die beiden folgenden Merkmale aufweist: (1) eine bedeutsame Ladungshöhe ($a \geq .40$) sowie (2) relative Eindimensionalität, d.h. der prozentuale Anteil der beiden höchsten Ladungen eines Items an der Kommunalität soll um mindestens 25% differieren: $[a_1^2 - a_2^2] / h^2 \geq .25$.

Lediglich fünf Faktoren erfüllen alle Entscheidungskriterien. Aus diesem Grund wurde sich für eine Fünf-Faktoren-Lösung entschieden, für die neben den statistischen Kriterien auch inhaltliche Überlegungen sprachen.

Der erste Faktor (F1) klärt unrotiert 35,234 Prozent der Gesamtvarianz auf, der zweite Faktor (F2) 11,310 Prozent, Faktor 3 (F3) 7,469 Prozent, Faktor 4 (F4) 3,744 Prozent und der fünfte Faktor (F5) 3,364 Prozent; zusammen klären diese fünf Faktoren 61,120 Prozent der Gesamtvarianz auf. Items, die auf zwei oder mehrere Faktoren laden, wurden jenem Faktor zugewiesen, bei dem das Item die höchste Ladung aufweist; jedes Item wurde also nur einem Faktor zugewiesen. Beträgt die Faktorladung eines Items weniger als .40, wurde nach inhaltlichen Gesichtspunkten entschieden, ob das Item beibehalten oder von der weiteren Analyse ausgeschlossen wurde.

Auf Faktor 1 laden 27 Items. Die Itemmittelwerte der Subskala 1 bewegen sich zwischen 2.3248 und 4.6369 (*SD* von .7028 bis 1.2976). In die Reliabilitätsanalyse gingen 314 Fälle ein. Die korrigierten Itemtrennschärfen sind alle sehr gut und liegen zwischen .4579 und .8504. Auch die interne Konsistenz ist mit $\alpha = .9626$ sehr gut.

Faktor 2 wird von sieben Items beladen. Im Durchschnitt liegen die Itemmittelwerte der Subskala 2 bei 2.1165 mit einer Spannweite von 1.7070 bis 2.5510 (*SD* von 1.1081 bis 1.5758), die korrigierten Itemtrennschärfen liegen zwischen .5836 und .8691. Die interne Konsistenz ist mit $\alpha = .9297$ bei nur sieben Items sehr gut.

Auf Faktor 3 laden zehn Items. Mit einer Spannweite von 1.2643 bis 3.2611 liegen die Itemmittelwerte im Durchschnitt bei 2.0376 (*SD* von .6219 bis 1.2545). Die korrigierten Trennschärfen der Items bewegen sich zwischen .4160 und .8077. Die interne Konsistenz ist mit $\alpha = .8936$ bei nur zehn Items noch als sehr gut zu bezeichnen.

Der vierte Faktor wird von zehn Items beladen. Die Itemmittelwerte dieses Faktors liegen zwischen 2.5924 und 3.6592 (*SD* von .8980 bis 1.3653), die korrigierten Itemtrennschärfen zwischen .6804 und .8227. Die Reliabilitätsanalyse ergab eine sehr gute interne Konsistenz (berechnet nach Cronbachs Alpha) von .9377.

Auf Faktor 5 laden fünf Items. Der Itemmittelwert liegt im Durchschnitt bei 2.6185 bei einer Spannweite von 1.9522 bis 3.3631 (*SD* von .7332 bis .9036). Die korrigierten Itemtrennschärfen bewegen sich zwischen .4332 und .7135 und liegen damit alle in einem sehr guten Bereich. Die Reliabilitätsanalyse ergab ein Alpha von .8111.

Tabelle 1 zeigt die Faktorenladungsmatrix der Hauptachsen-Faktorenanalyse mit Varimax-Rotation für alle 61 Items des Trauerfragebogens.

Tabelle 1: Faktorenladungsmatrix

	Faktor								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
T_28	.840								
T_29	.811								
T_23	.776								
T_22	.768								
T_21	.758								
T_57	.737				.409				
T_60	-.721							.307	
T_04	.695								
T_14	.690								
T_01	.684								
T_54	.666	.308							
T_06	.661								
T_25	.658								
T_43	.641					.435			
T_27	.627		.301						
T_59	.627								
T_50	.622		.396						
T_53	.605				.306				
T_40	.600								
T_09	.593								
T_44	.590		.303						
T_03	.587								.362
T_17	.545						.345	.316	
T_47	.491		.368					.431	
T_35	.489								
T_33	.463							.338	
T_26	.401				.383				
T_48		.912							
T_15		.883							
T_42		.877							
T_37		.863							
T_58		.763							
T_61		-.682		.514					
T_41		-.676		.543					
T_19		-.670		.511					
T_05		.664							
T_08		.622				.343			
T_30		-.614		.598					
T_13			.810						
T_38			.782						
T_07			.758						
T_18			.750						
T_52			.730	-.316					
T_34			.606						
T_31	.419		.574						
T_56			.553						.330
T_55			.507			-.339			
T_16	.313		.364						
T_24			-.414	.708					
T_51	-.312		-.330	.633					
T_12				.574					
T_02	-.412			.558					
T_45	-.495			.526					
T_36	-.326	-.472		.506					
T_49	.371				.707				
T_39					.620				
T_20	.518				.600				
T_32	.407				.516				
T_46					.422		.388		
T_10						.402			
T_11	.334						.522		

Anmerkungen. Extraktionsmethode: Hauptachsen-Faktorenanalyse,
Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

Im folgenden werden die einzelnen Trauer-Subskalen benannt und mit den jeweils zugehörigen Items vorgestellt. Zu jedem Item ist der Mittelwert (M), die Standardabweichung (SD) und die korrigierte Itemtrennschärfe ($r_{i(t-i)}$) angegeben.

Tabelle 2: Präsentation der Trauer-Subskalen F1 bis F5

Subskala F1: „Verzweiflung und Gefühl von Distanz“				
Itemnr.	Item	M	SD	$r_{i(t-i)}$
28	Ich fühle mich unfähig, mit der derzeitigen Situation fertig zu werden.	3.72	1.17	.85
29	Ich quäle mich oft mit Gedanken über ihren/seinen Tod.	4.29	.93	.77
23	Ich habe mein Selbstvertrauen verloren.	3.38	1.19	.80
22	Ich weiß nicht mehr, wer ich wirklich bin.	2.88	1.07	.73
21	Ich fühle mich wankend und unsicher.	3.60	1.10	.73
57	Alle Aufgaben erscheinen mir unüberwindlich.	3.68	1.14	.80
04	Ich mache mir ständig Sorgen.	3.77	1.04	.74
14	Ich fühle eine Schwere in meinem Herzen.	4.64	.70	.55
01	All meine Hoffnungen sind zerschlagen.	3.90	1.07	.68
54	Ich spüre eine Distanz zwischen mir und anderen.	3.38	1.23	.77
06	Ich fühle mich, als stände ich unter Schock.	4.07	1.02	.61
25	Ich glaube nicht, daß ich jemals wieder glücklich sein werde.	3.35	1.24	.77
43	Ich habe das Gefühl, als würde ich mich selber nicht kennen.	3.01	1.02	.61
27	Ich bin oft voller Angst.	3.17	1.22	.73
59	Mich schmerzt oft die Einsamkeit.	3.61	1.16	.78
50	Ich fühle mich häufiger krank.	2.83	1.22	.73
53	Ich habe Angst davor, daß ich die Kontrolle über mich verliere.	2.60	.98	.67
40	Es fällt mir schwer zu akzeptieren, daß der Tod endgültig ist.	4.16	.99	.67
09	Ich habe das Gefühl, wertlos zu sein.	3.00	1.30	.74
44	Ich bin oft müde.	3.68	1.10	.59
03	Über das Kommen und Gehen meiner Traurigkeit habe ich kaum Kontrolle.	3.75	.86	.59
17	Ich möchte sterben, um bei ihr/ihm zu sein.	2.86	1.16	.66
47	Ich habe keine Hoffnung mehr.	2.61	1.24	.72
35	Ich vermeide Zärtlichkeiten.	2.91	1.27	.67
33	Ich fühle mich so, als wäre ich in Trance.	2.80	.91	.58
26	Es fällt mir schwer, mich an Dinge aus der Vergangenheit zu erinnern.	2.72	.82	.49
11	Ich denke, es wäre besser gewesen, wenn ich gestorben wäre und sie/er noch leben würde.	2.32	1.13	.46

Subskala F2: „Feindseligkeit und Bitterkeit“

Itemnr.	Item	M	SD	r_{i(t-i)}
48	Ich möchte anderen Schaden zufügen.	1.71	1.20	.87
15	Ich spüre Rachegefühle in mir.	1.79	1.31	.84
42	Ich schiebe anderen die Schuld zu.	2.33	1.58	.86
37	Ich habe feindselige Gefühle.	1.83	1.33	.85
58	Ich werde oft ärgerlich.	2.19	1.21	.74
05	Ich bin oft verbittert.	2.55	1.30	.70
08	Ich bin gereizt.	2.42	1.11	.58

Subskala F3: „Körperliche Reaktionen“

Itemnr.	Item	M	SD	r_{i(t-i)}
13	Ich habe häufig Kopfschmerzen.	2.07	1.18	.81
38	Manchmal ist mir schwindelig.	1.65	.93	.74
07	Manchmal fängt mein Herz grundlos an zu rasen.	1.80	1.01	.72
18	Ich habe häufig Muskelverspannungen.	2.08	1.15	.71
52	Ich habe oft Rückenschmerzen.	2.03	1.23	.73
34	Ich leide unter Kurzatmigkeit.	1.26	.62	.55
31	Schon Kleinigkeiten lösen bei mir Panikattacken aus.	2.13	1.13	.67
56	Ich erschrecke leicht.	1.95	.93	.55
55	Ich weine häufig.	3.26	1.26	.54
16	Ich fühle ein Brennen in meinem Magen.	2.14	1.01	.42

Subskala F4: „Innere Stärke / Persönliches Wachstum“

Itemnr.	Item	M	SD	r_{i(t-i)}
61	Ich zeige anderen gegenüber jetzt mehr Anteilnahme.	3.50	1.22	.80
41	Ich bin anderen gegenüber toleranter.	3.26	1.13	.79
19	Ich habe jetzt mehr Mitgefühl für andere.	3.51	1.18	.75
30	Ich bin jetzt eine nachsichtigere Person.	3.19	1.13	.82
24	Durch die Trauer, die ich erlebt habe, bin ich innerlich stärker geworden.	3.60	1.37	.80
51	Ich habe einen Wendepunkt erreicht, an dem ich begonnen habe, einen Teil meiner Trauer loszulassen.	3.66	1.36	.75
12	Ich sehe jetzt wieder hoffnungsvoller in die Zukunft.	2.73	1.13	.68
02	Ich habe gelernt, mit dem Leben besser zurechtzukommen.	2.78	.90	.69
45	Ich sehe voller Hoffnung in die Zukunft.	2.72	1.18	.69
36	Ich bin mir gegenüber toleranter geworden.	2.59	1.07	.74

Subskala F5: „Kognitiver Faktor“

Itemnr.	Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r_{i(t-i)}</i>
49	Ich habe Schwierigkeiten, neue Informationen zu behalten.	2.52	.75	.71
39	Ich habe Schwierigkeiten, neue Dinge zu lernen	2.47	.78	.63
20	Ich vergesse jetzt häufiger Dinge, wie z.B. Namen oder Telefonnummer.	2.80	.90	.62
32	Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren.	3.36	.79	.63
46	Abstraktes Denken fällt mir seit ihrem/seinem Tod schwer.	1.95	.73	.43

Anmerkungen. *M* = Itemmittelwert, *SD* = Standardabweichung, *r_{i(t-i)}* = korrigierte Itemtrennschärfe.

Analyse des Trauerfragebogens

Von den insgesamt 61 Items des Trauerfragebogens wurden 12 Items (Item 2, 10, 12, 19, 24, 30, 36, 41, 45, 51, 60, 61) rekodiert, so daß eine hohe Ausprägung aller Items entweder als das Vorhandensein vieler verschiedener Trauerreaktionen und/oder eines starken Erlebens vorhandener Reaktionen zu verstehen ist, was sich als Ausdruck intensiver Trauer interpretieren läßt. Der Itemmittelwert der Skala liegt im Durchschnitt bei 2.8849 mit einer Spannweite von 1.2643 bis 4.6369 (*SD* von .6219 bis 1.5758). Die korrigierten Itemtrennschärfen bewegen sich zwischen .2599 und .7917. In die Reliabilitätsanalyse wurden alle 314 Fälle aufgenommen. Die interne Konsistenz, berechnet nach Cronbachs Alpha, ist mit .9671 als sehr gut zu bezeichnen.

Korrelation der Trauerskala mit den in dieser Studie eingesetzten Meßinstrumenten

Das Konstrukt „Gesundheit“ wird hier in physische und psychische Gesundheit gesplittet. Aspekte seelischer Gesundheit wurden mit Hilfe der ADS erfaßt. Zur Erfassung von körperlichen Beschwerden diente der GBB. Zwischen der ADS und dem Trauerfragebogen findet sich eine signifikante Relation ($r = .435$; $p < .01$) und auch zwischen dem GBB und der Trauerskala zeigt sich eine bedeutsame Beziehung ($r = .596$; $p < .01$).

Sowohl zwischen Trauer und Angst als Zustand als auch zwischen Trauer und Ängstlichkeit findet sich ein statistisch bedeutsamer Zusammenhang ($r = .385$; $p < .01$ bzw. $r = .425$; $p < .01$).

Mit Hilfe der Existenzskala wurde über die Ermittlung des Grades der inneren Erfülltheit einer Person die Fähigkeit gemessen, das eigene Leben sinnvoll zu gestalten. Es zeigt sich eine signifikante negative Korrelation zwischen Trauer und der Fähigkeit, das eigene Leben sinnerfüllt zu gestalten ($r = -.589$; $p < .01$). Auch bei der Skala „Sinnerfülltheit“, einer Subskala des Trierer Persönlichkeitsfragebogens,

findet sich eine bedeutsame negative Korrelation ($r = -.541; p < .01$).

Eine hochsignifikante negative Beziehung zeigt sich zwischen Trauer und der Skala „Religiöser Glaube“ ($r = -.504; p < .01$).

Ein signifikanter negativer Zusammenhang findet zwischen dem Glauben einer Person an ein Leben nach dem Tod und Trauer ($r = -.573; p < .01$).

Zur Überprüfung der Annahme, daß keine bedeutsame Relation zwischen Trauer und dem Selbstwertgefühl einer Person besteht, wurde ebenfalls eine Korrelationsanalyse durchgeführt. Das Selbstwertgefühl einer Person wurde mit Hilfe der Subskala „SWG“ des Trierer Persönlichkeitsfragebogens erfaßt. Hierbei findet sich ein statistisch bedeutsamer negativer Zusammenhang ($r = -.544; p < .01$).

Bei den partiellen Korrelationsanalysen zwischen Trauer und den in der vorliegenden Untersuchung eingesetzten Meßinstrumenten zeigen sich hochsignifikante Zusammenhänge nur noch bei der Korrelation mit folgenden Instrumenten: STAI II ($r = -.181; p = .001$), Gießener Beschwerdebogen ($r = .481; p = .000$), Existenzskala ($r = -.174; p = .001$) und „Glaube an ein Leben nach dem Tod“ ($r = -.217; p = .000$). Eine negativ signifikante Relation findet sich zwischen Trauer und der Subskala des TPF „Sinnerfülltheit“ ($r = -.122; p = .017$).

Gruppenvergleiche

Geschlecht

Es zeigt sich bei der Gruppe der männlichen Probanden ($N = 141$) ein Mittelwert von 2.6789 ($SD = .5057$), die Gruppe der weiblichen Befragten ($N = 173$) erreicht einen Mittelwert von 3.0529 ($SD = .6845$). Der anschließend durchgeführte t-Test für unabhängige Stichproben ergibt einen signifikanten Unterschied der Mittelwerte zwischen der männlichen und der weiblichen Stichprobe ($t = -5.562, df = 309.161, p < .01$).

Todesursache

Um den Einfluß der Todesursache auf Trauer zu überprüfen, wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) mit der fünfstufigen Variable Todesursache (Krankheit, Unfall, Suizid, Mord, andere) als unabhängige Variable und Trauer als abhängige Variable durchgeführt. Nach der Gruppenstatistik weisen die Mittelwerte der fünf Untergruppen der Variable Todesursache eine Spannweite von 2.4180 bis 3.3279 (SD von .3763 bis .6643) auf, den niedrigsten Mittelwert erzielt die Subgruppe „andere“ ($N = 4$), den höchsten die Untergruppe „Mord“ ($N = 1$). Bei der an der Gesamtstichprobe anteilmäßig größten Subgruppe („Krankheit“) mit 206 Personen findet sich ein niedrigerer Mittelwert als bei der nächst größeren Untergruppe „Unfall“ ($N = 87$), (vgl. Tabelle 4). Die ANOVA ergibt einen signifikanten Haupteffekt des Einflußfaktors Todesursache auf Trauer [$F_{(4, 309)} = 12.723; p < .01$]. Ein Post-Hoc-Test (Scheffé) wurde nicht durchgeführt, da eine Gruppe weniger als zwei Fälle aufweist.

Tabelle 4: Einfluß der Todesursache auf Trauer

Todesursache	N	%	M	SD
Krankheit	206	65.6	2.7325	.5705
Unfall	87	27.7	3.2583	.6643
Suizid	16	5.1	2.9068	.5267
Mord	1	0.3	3.3279	--
Andere	4	1.3	2.4180	.3763
Gesamt	314	100	2.8849	.6376

Beziehung zum Verstorbenen

Der Einfluß der Beziehung zum Verstorbenen auf Trauer wurde ebenfalls anhand einer einfaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA) mit der fünfstufigen Variable „Beziehung zum Verstorbenen“ (Elternteil, leibliches Kind, Bruder/Schwester, Freund/in, andere Beziehung) als unabhängige Variable und Trauer als abhängige Variable untersucht. Den niedrigsten Mittelwert weist die Subgruppe „andere Beziehung“, den höchsten Wert die Gruppe „leibliches Kind“ auf (vgl. Tabelle 5). Die ANOVA ergibt einen signifikanten Haupteffekt des Einflußfaktors Beziehung auf Trauer [$F_{(4, 309)} = 10.58; p < .01$]. Post-Hoc-Vergleiche (nach Scheffé) zeigen signifikante Unterschiede der Mittelwerte zwischen der Beziehungsgruppe „Elternteil“ und der Gruppe „leibliches Kind“ ($p = .020$), zwischen den Gruppen „leibliches Kind“ und „Bruder/Schwester“ ($p = .008$), zwischen „leibliches Kind“ und „andere Beziehung“ ($p = .000$), zwischen den Gruppen „Freund/in“ und „andere Beziehung“ ($p = .001$).

Tabelle 5: Einfluß der Beziehung zur verstorbenen Person auf Trauer

Beziehung zur verstorbenen Person	N	%	M	SD
Elternteil	39	12.4	2.7566	.6382
Leibliches Kind	76	24,2	3.1654	.6714
Bruder/Schwester	69	22.0	2.7909	.5133
Freund/in	69	22.0	3.0330	.5483
andere Beziehung	61	19.4	2.5563	.6362
gesamt	314	100	2.8849	.6376

Anmerkungen. N = Anzahl der Fälle, % = relative Häufigkeit, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung.

Vergangene Zeit seit dem Tod

Vergleicht man die Mittelwerte der Gruppe „Person in den letzten drei Jahren verstorben“ ($N = 166$) mit derjenigen Stichprobengruppe, bei denen der Tod schon mehr als drei Jahre zurückliegt ($N = 148$), zeigt sich, daß die erstgenannte Untergruppe einen höheren Trauer-Mittelwert erreicht ($M = 3.1902$; $SD = .5943$) als die zweitgenannte Teilstichprobe ($M = 2.5425$; $SD = .4959$). Durch den anschließenden t-Test für unabhängige Stichproben wurde deutlich, daß es sich hierbei um einen signifikanten Unterschied der Mittelwerte handelt ($t = 10.521$; $df = 310.670$; $p < .01$).

IV. Diskussion

Die faktorielle Struktur der HGRC konnte weitgehend repliziert werden. Den Befunden nach zu urteilen, hat sich das von Hogan betonte multidimensionale Konstrukt des Trauerprozesses bestätigt. Im Unterschied zu der Sechs-Faktoren-Lösung bei der HGRC ergab die Faktorenanalyse des deutschen Trauerfragebogens eine Fünf-Faktoren-Lösung. Es zeigen sich aber dennoch starke Parallelen hinsichtlich der Dimensionalität der beiden Trauer-Instrumente. So entspricht die Subskala „Körperliche Reaktionen“ (F3) des deutschen Fragebogens weitgehend der Skala „Panic Behavior“ (F2) der HGRC. Die Items der Skala „Innere Stärke/Persönliches Wachstum“ (F4) sind zu einem großen Teil mit den Items der „Personal Growth“-Skala übereinstimmend. Der „Kognitive Faktor“ (F5) entspricht etwa der HGRC-Subskala „Disorganization“ (F2) und die Skala „Feindseligkeit und Bitterkeit“ ist bezüglich der Anzahl und Inhalte der Items völlig identisch mit denen der HGRC. Faktor 1 des deutschen Fragebogens („Verzweiflung und Gefühl von Distanz“) setzt sich überwiegend aus den Items der Subskalen „Despair“ (F1) und „Detachment“ (F5) der HGRC zusammen.

Demnach sind alle in der Hogan-Studie gefundenen Dimensionen auch in der deutschen Untersuchung aufgetaucht, nur mit dem Unterschied, daß sich zwei Subskalen der HGRC in der vorliegenden Studie zu *einem* Faktor verbunden haben. Die Aufspaltung dieses einen Faktors in die entsprechenden beiden Dimensionen der HGRC war nicht möglich. Exploratorisch durchgeführte Faktorenanalysen mit verschiedenen Teilstichproben (nur mit männlichen bzw. weiblichen Untersuchungsteilnehmern, mit der Altersgruppe 18 bis 32 Jahre bzw. der Gruppe der 33 bis 55-jährigen, mit den Subgruppen Todesursache Unfall und Todesursache Krankheit sowie den Beziehungsgruppen Freund/in, Bruder/Schwester) führten trotz weniger Variationen hinsichtlich der Itemgruppierung zu keiner vergleichbaren Zerlegung des Faktors. Inwieweit hier die Formulierung der Items, die Zusammensetzung der Analytestichprobe, kulturelle Normen, populationsspezifische Vorstellungen oder weitere potentielle Faktoren von Bedeutung sind, bleibt bei der vorliegenden Datenbasis offen. Betont werden sollte an dieser Stelle aber besonders, daß - ebenso wie in der Hogan-Studie der Faktor „Personal Growth“ – die Dimension „Innere Stärke/Persönliches Wachstum“ als integraler Bestandteil des Trauerprozesses identifiziert werden konnte.

Die entsprechenden Subskalen der HGRC und des deutschen Trauerfragebogens unterscheiden sich wie bereits weiter oben geschildert nur gering in der

Zusammensetzung der Items. Diese wenigen Abweichungen der deutschen Itemgruppierung im Vergleich zu derjenigen der HGRC führte jedoch zu einer Umbenennung der Faktoren. Deutlich wird mit dieser Neubezeichnung die bereits von Lindemann (1944) postulierte Manifestation der Trauerreaktionen auf verschiedenen Ebenen. Mit Ausnahme der physiologischen Ebene, die weder objektiv beobachtbar noch von den Betroffenen selbst ohne spezifische Untersuchungen eindeutig erkennbar ist, lassen sich die fünf Dimensionen der deutschen Version relativ gut den von Lindemann genannten Ebenen zuordnen. So läßt sich der Faktor „Körperliche Reaktionen“ eindeutig der somatischen Ebene, und der „Kognitive Faktor“ klar der kognitiven Ebene zuschreiben. Die übrigen drei Dimensionen „Verzweiflung und Gefühle von Distanz“, „Bitterkeit und Feindseligkeit“ und „Innere Stärke/Persönliches Wachstum“ finden sich dagegen in mehreren Ebenen zugleich wieder. So lassen sich bspw. die Items des Faktor 1 („Verzweiflung und Gefühle von Distanz“) der kognitiven, affektiven, somatischen, sozialen oder der Verhaltensebene zuordnen.

Weiterhin sollte überprüft werden, inwieweit die HGRC in anderen Ländern bzw. Kulturen sinnvoll eingesetzt werden kann. Denn wenn sich schon zwischen zwei westlich orientierten Staaten (BRD, USA) – wenn auch nur geringfügige - dimensionale und korrelationsanalytische Abweichungen zeigen, sollte hinterfragt werden, welche Bedeutung den interkulturellen Unterschieden zukommt.

Ebenso wie bei der Hogan-Studie zeigte sich bei der vorliegenden Untersuchung ein signifikanter Mittelwertunterschied zwischen den Gruppen „Person in den letzten drei Jahren verstorben“ und der Gruppe „Person vor mehr als drei Jahren verstorben“; die erstgenannte Gruppe erreicht einen bedeutsamen höheren Trauerscore. Demnach würden Trauerreaktionen in Abhängigkeit von der Zeit in ihrer Intensität nachlassen. Ob es sich dabei um einen linearen Prozeß oder einen kurvenlinearen Verlauf handelt, bleibt offen. Gerade in jüngeren Arbeiten wird der Trauerprozeß oft als zeitlos beschrieben (Curry & Stone, 1992; Hogan & DeSantis, 1992; Shuchter & Zisook, 1993) und das Konzept des ‚chronic sorrow‘ findet zunehmend Beachtung und Akzeptanz. Ob das hier vorliegende Ergebnis für oder gegen diesen Ansatz spricht ist nicht eindeutig. Auf den ersten Blick erhält man den Eindruck, daß Trauer mit der Zeit vollständig verschwindet. Da aber die Befundlage der vorliegenden Untersuchung keine Aussage darüber zuläßt, wie der Verlauf der Trauer nach den drei Jahren aussieht, ob er also kontinuierlich gegen Null läuft, ob er irgendwann einen Stop erfährt oder Schwankungen aufweist, läßt sich dieser erste Blick nicht ohne kritische Hinterfragung und Zweifel annehmen. Zudem ist zu beachten, daß Trauer von der hiesigen sozialen Gesellschaft nur in einem gewissen Zeitrahmen als normal angesehen wird und über diese Festlegung hinaus unerwünscht ist. Umfragen in der Fußgängerzone von Mainz und Wiesbaden ergaben, daß eine große Anzahl von Befragten bereits *ein* Trauerjahr als zu lang empfinden. Infolge dessen könnte es zu einem Anstieg eines sozial erwünschten Antwortverhaltens kommen, wenn der Todesfall mehr als 12 Monate, oder wie in der vorliegenden Arbeit, mehr als drei Jahre zurück liegt.

Viele empirische Studien haben sich mit der Frage beschäftigt, ob die Todesursache Einfluß auf den Trauerprozeß nimmt. Die Befunde der vorliegenden Untersuchung spiegeln weitgehend das Bild bisheriger Forschungsergebnisse wider. Die Subgruppen Mord und Unfall erreichen in der hier beschriebenen Arbeit die höchsten

Trauer-Mittelwerte. Geht man von der Annahme aus, daß ein plötzlicher, nicht vorhersehbarer, unerwarteter Tod zu einer intensiveren Trauerreaktion als bei Krankheit führt, überrascht der hier vorgefundene Befund nicht, da Mord und Unfall in vielen Fällen nicht vorhersagbare Verlusterlebnisse darstellen. Handelt es sich bei der Todesursache um eine Krankheit, kann man zumindest von einer – wenn auch evtl. nur sehr kurzen – Vorbereitung auf den Tod ausgehen. Ob die hier ablaufende antizipatorische Trauer aber tatsächlich zu einer weniger intensiv empfundenen Trauer oder zu einer Moderation des Trauerverlaufes (was sich hier in einem vergleichsweise niedrigeren Mittelwert ausdrückt) führt, kann, wie bereits weiter oben aufgeführt, hier nicht aufgezeigt werden und bedarf weiterer Untersuchung. So könnte die Todesursache Krankheit zwar möglicherweise zu weniger intensiv erlebten Trauerreaktionen führen, dafür aber durch einen vergleichsweise lang andauernden Verlauf gekennzeichnet sein. Die hier vorliegende Datenbasis reicht für derartige Einzelaspekte aber leider nicht aus. Dieser signifikante Haupteffekt des Faktors Todesursache auf Trauer zeigte sich nur bei der Gesamtskala Trauer. Bei der Untersuchung des Einflusses auf die fünf Subskalen des Trauerfragebogens zeigte sich dagegen kein bedeutsamer Befund. Dies erstaunt ein wenig, könnte man doch annehmen, daß der Verlust eines geliebten Menschen durch einen Mord oder Verkehrsunfall von mehr feindseligen Gedanken und Gefühlen von Bitterkeit begleitet wird als im Fall einer Krankheit.

Auch die Beziehung zu der verstorbenen Person hat einen bedeutsamen Einfluß auf den Trauerprozeß. Es verwundert nicht, daß die Subgruppe „leibliches Kind“ den höchsten Trauer-Mittelwert erreicht. Bemerkenswert ist, daß der Mittelwert der Subgruppe Freund/in über dem der Gruppe Bruder/Schwester liegt. Dieses Ergebnis ist zwar nur tendenziell und nicht statistisch bedeutsam, bekräftigt aber die bereits weiter oben geäußerte Forderung nach intensiver Auseinandersetzung mit dem spezifischen Bereich der Trauer um einen guten Freund bzw. um eine gute Freundin. Weiterhin ist interessant, daß der Trauer-Mittelwert der Subgruppe Elternteil unter dem Durchschnittsmittelwert der gesamten Analysestichprobe liegt. Zwar ist der Tod eines betagten Elternteils ganz allgemein betrachtet leichter anzunehmen und zu bewältigen als der einer jüngeren Person, dennoch könnte man davon ausgehen, daß solch ein emotionales Verlusterlebnis sich nicht von rationalen Erklärungen beeindrucken läßt. Gerade hier könnten aber „vernunftgeleitete Gedanken“ und den daraus folgenden Verhaltensweisen und Handlungen eine *kognitive Bewältigungsstrategie* darstellen, die einen besseren Umgang mit der individuellen Trauer ermöglicht. Wie schon bei dem Faktor Todesursache zeigte sich auch hier kein signifikanter Einfluß der Beziehung zur verstorbenen Person auf die fünf Trauerfaktoren.

Die Befunde der vorliegenden Untersuchung liefern einen Beitrag zur Trauerforschung. Die Ergebnisanalysen unterstreichen die multidimensionale Natur des Konstrukts Trauer und zugleich die Individualität einer Trauerreaktion. Für die soziale Gesellschaft sollte dieser Befund insofern von Bedeutung sein, daß sie nicht alle trauernden Personen einem bestimmten Stereotypen zuordnen sollten, nach dessen Vorgaben diese sich zu verhalten haben. Es ist eine dimensionale Struktur vorhanden, die bei Berücksichtigung der Individualität einer trauernden Person und weiteren Todes- und Lebensumstände ein guter und hilfreicher Ansatz darstellt, um Trauernden aus ihrem Schmerz zu verhelfen, ihnen Unterstützung zu geben und eine hilfreiche Hand entgegenzustrecken. Diese Erkenntnis reicht aber nicht aus, wenn

dem Einzelnen der Mut fehlt, das auf der Trauer liegende Tabu zu durchbrechen. Daß der Trauerprozeß nicht nur negativ behaftet ist, sondern für den Hinterbliebenen auch mit einem persönlichen Wachstum an innerer Stärke verbunden sein kann, wurde ebenfalls durch die Befunde der vorliegenden Untersuchung aufgezeigt.

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine Querschnittsstudie. Damit ist die Erhaltung von statistisch bedeutsamen und damit aussagekräftigen Befunden hinsichtlich des Trauerprozesses nicht gegeben. Um aber relativ neue und vielversprechende Ansätze wie das Konzept des ‚chronic sorrow‘ oder das ‚dual process model‘ zu verfolgen, ist die Erfassung von Daten zu mehreren Erhebungszeitpunkten, möglichst über mehrere Jahre hinweg verteilt, notwendig.

Abschließend sollte an dieser Stelle noch darauf hingewiesen werden, daß Trauerforschung nicht notwendigerweise mit negativen Konsequenzen für die Beteiligten verbunden ist, was von vielen „außenstehenden“ Personen geäußert wird. Die Konfrontation mit dem Todesfall eines emotional nahestehenden Menschen kann – sogar im Rahmen wissenschaftlicher Forschungsarbeiten – für die Hinterbliebenen auch von Nutzen und mit guten Erfahrungen verbunden sein. Viele der an der vorliegenden Untersuchung freiwillig Beteiligten erlebten die Auseinandersetzung mit dem Verlust eines geliebten Menschen als persönliche Bereicherung. In den Nachgesprächen berichteten nicht wenige Teilnehmer von positiven Veränderungen: so spürten sie wieder mehr innere Ruhe, Zufriedenheit, Vertrauen, lebten bewußter, fanden Mut, auf Mitmenschen zuzugehen und sich auf neue Beziehungen einzulassen und fühlten sich mehr und mehr mit dem Hier und Jetzt verbunden.

V. Literatur

- Becker, P. (1989). *Der Trierer Persönlichkeitsfragebogen*. Göttingen: Hofgrefe.
- Boos-Nünning, U. (1972). *Skala Religiöser Glaube*.
- Brähler, E. & Scheer, J. (1983). *Gießener Beschwerdebogen (GBB)*. Bern: Huber.
- Byrne, G. & Raphael, B. (1997). The psychological symptoms of conjugal bereavement in elderly men over the first 13 month. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 241 – 251.
- Curry, L. & Stone, J. (1992). Moving on: Recovering from the death of a spouse. *Clinical Nurse Specialist*, 6 (2), 180 – 190.
- Faschingbauer, T. R., DeVaul, R. A. & Zisook, S. (1977). Development of the Texas Inventory of Grief. *American Journal of Psychiatry*, 134 (6), 696 – 698.
- Faschingbauer, T. R., Zisook, S. & DeVaul, R. (1987). *The Texas Revised Inventory of Grief. In Biopsychosocial aspects of bereavement*. Washington, DC: American psychiatric press. (Kopievorlage verwendet, nähere Angaben fehlen).
- Gabriel, R. M. & Kirschling, J. M. (1989). Assessing grief among the bereaved elderly: A review of existing measures. *Hospice Journal*, 5 (1), 29 – 54.
- Glick, I., Weiss, R. S. & Parkes, C. M. (1974). *The first year of bereavement*. New York.
- Hansson, R. O., Carpenter, B. N. & Fairchild, S. K. (1993). Measurement issues in bereavement. In M. S. Stroebe, W. Stroebe & R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement* (pp. 62 – 74). Cambridge: CPU.
- Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressions Skala (ADS)*. Weinheim: Beltz-Testgesellschaft.
- Hogan, N. S. (1987). *Hogan Grief Reaction Checklist*.
- Hogan, N. S. & DeSantis, L. (1992). Adolescent sibling bereavement: An ongoing attachment. *Qualitative Health Research*, 2 (2), 159 – 177.
- Hogan, N. S., Greenfield, D. B. & Schmidt, L. A. (1987, 2001). Development and validation of the Hogan Grief Reaction Checklist. *Death Studies*, 25, 1-32.
- Horowitz, M. J., Siegel, B. & Holen, A. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154 (7), 904 – 910.
- Hoyt, M. (1980). Clinical notes, regarding the experiences of ‚presences‘ in mourning. *Omega*, 11, 105 – 111.

- Längle, A. & Orgler, Ch. (1988). *Existenzskala*. Fragebogen. Wien: GLE.
- Längle, A. & Orgler, Ch. (1996). Die Existenzskala. Inhaltliche Interpretation der Testwerte. *Existenzanalyse*, 2, 44 – 50.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, D. C. (1981). *Das State-Trait-Angstinventar*. Weinheim: Beltz-Testgesellschaft.
- Lindemann, E. (1944). The symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141 – 148.
- Neimeyer, R. A. & Hogan, N. S. (2001). Qualitative or quantitative? Measurement issues in the study of grief. In M. Stroebe, R. Hansson, W. Stroebe & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research. Consequences, coping, care, and intervention* (pp. 89 – 118). Washington DC: American Psychological Association.
- Ochsmann, R. (1984). *Skala „Glaube an ein Leben nach dem Tod“*.
- Ochsmann, R. (1985). *Reaktionen auf Tod und Sterben: Beiträge zur Thanatopsychologie*. Habilitationsschrift. Universität Osnabrück, Fachbereich Psychologie.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P., Newson, J., Reynolds, C. F., Bierhals, A. J., Miller, M., Fasiczka, A., Doman, J. & Houck, P. R. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms to loss. *Psychiatry Research*, 59, 65 - 79.
- Rees, D. (1971). The hallucinations of widowhood. *British Medical Journal*, 4, 37 – 41.
- Robinson, L. & Pickett, M. (1996). Assessment of adult sibling grief: A review of measurement issues. *The Hospice Journal*, 11, 1 – 18.
- Sanders, C. M., Mauger, P. A. & Strong, P. N. (1985). *A Manual for the grief experience inventory*. Blowing Rock, NC: Center for the Study of Separation and Loss.
- Sanders, C. M. (1993). Risk factors in bereavement outcome. In M. S. Stroebe, W. Stroebe & R. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention* (255 – 270). Cambridge: Cambridge University Press.
- Schuchter, S. & Zisook, S. (1993). The course of normal grief. In M. Stroebe, W. Stroebe & R. O. Hansson (Eds.), *Handbook of bereavement. Theory, research, and intervention* (pp. 23 – 43). Cambridge: Cambridge University Press.
- Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H. & van den Bout, J. (1998). Bereavement. In H. Friedman, N. Adler & R. D. Parke (Eds.), *Encyclopedia of mental health*. San Diego, CA: Academic Press.

- Stroebe, W., Stroebe, M. & Domittner, G. (1988). Individual and situational differences in recovery from bereavement: A risk group identified. *Journal of Social Issues*, 44, 143 – 158.
- Stroebe, W., Stroebe, M. (1987). *Bereavement and health. The psychological and physical consequences of partner loss*. New York.
- Theut, S. K., Jordan, L., Ross, L. A. & Deutsch, S. I. (1991). Caregiver's anticipatory grief in dementia: A pilot study. *International Journal of Aging and Human Development*, 33 (2), 113 – 118.