

working paper



Österreichisches Institut für Familienforschung
Austrian Institute for Family Studies



Nummer **28 – 2002**

Titel **“PARTNERVERLUST DURCH TOD.**

**EINE ANALYSE DER SITUATION NACH
DER VERWITWUNG MIT BESONDERER
BERÜCKSICHTIGUNG VON
GESCHLECHTSUNTERSCHIEDEN ”**

Autorin: **Sabine Buchebner-Ferstl**

working papers have only received limited review

ÖIF, Gonzagagasse 19/8, A-1010 Wien
Tel. +43-1-535 14 54-0
Fax +43-1-535 14 55
url: <http://www.oif.ac.at>
email: team@oif.ac.at

P.b.b.: Verlagspostamt 1010 Wien; DVR: 0855561

ABSTRACT	3
EINLEITUNG	4
I. THEORETISCHER HINTERGRUND	5
Trauermodelle	5
Depressionsmodelle	5
1.1.1. Trauer und Objektverlust: Psychoanalytische Sichtweise:	5
1.1.2. Trauer und Bindungsverlust: ethologische Sichtweise	6
1.1.3. Trauer und Verstärkerverlust: behavioristische Sichtweise	7
1.1.4. Trauer und Kontrollverlust: kognitive Sichtweise	7
Stressmodelle	7
1.1.5. Physiologische Sichtweise (Seyle)	8
1.1.6. Psychosomatische Sichtweise	8
1.1.7. Psychologische Sichtweise (kognitive Stresstheorie, deficit model)	10
Die Trauerreaktion	13
Phasen der Trauerreaktion	13
Symptome der Trauerreaktion	15
Dauer der Trauerperiode	17
Die Bedeutung der „Trauerarbeit“	18
II. GESCHLECHTSUNTERSCHIEDE IM UMGANG MIT DEM TOD DES/DER PARTNERIN	20
1. Geschlechtsunterschiede in Hinblick auf Morbidität und Mortalität	20
Depressive Verstimmung/Depression	20
(Sonstige) psychische Erkrankungen	21
Physische Erkrankungen	21
Sterblichkeit	21
Schlussfolgerungen	22
Gründe für die Geschlechtsunterschiede	22
Unterschiede im sozialen Netzwerk („Puffermodell“)	23
Unterschiede im Bewältigungsverhalten	23
Männer verlieren mehr/ für Männer ändert sich mehr / Frauen „gewinnen“ mehr	24
Männer sind auf den Verlust weniger vorbereitet	24
„gesundheitsfördernde Wirkung“ der Frau fällt weg	25
biologische Geschlechtsunterschiede (Frauen sind anpassungsfähiger)	25
III. DISKUSSION	26
LITERATUR	27

Abstract

In dem vorliegenden Working Paper wird der Versuch unternommen, die spezifische Situation der Verwitwung, d.h. des Partnerverlusts durch Tod, einer Analyse zu unterziehen. Es werden Modelle diskutiert, die sich mit den emotionalen sowie mit den gesundheitlichen Konsequenzen von Verlusterlebnissen auseinandersetzen. Dabei können Depressionsmodelle von Stressmodellen unterschieden werden. Auf einzelne Aspekte der Trauerreaktion (Ablauf, Symptome, Dauer der Trauerphase, Bedeutung der Trauerarbeit) wird gesondert eingegangen. Besondere Berücksichtigung finden Geschlechtsunterschiede bei der Verarbeitung des Partnerverlusts hinsichtlich Mortalität und Morbidität.

Einleitung

*Um den Hals hab' ich die Trauer gewickelt,
vor der Seele einen Schleier,
tief in den Augen kann man ihr begegnen,
wie ein Tuch auf Halbmast gezogen,
wenn der Wind rhythmisiert des Wehens Leier.
Wie eine Fahne aufgehisst,
ähnelt die Trauer dem echten Leben.
Ich verstelle mich kurz,
bin aufmerksam, offen,
dabei kann ich vor lauter Schmerz nichts geben.
In meinen Adern fließt das Dunkel
und ein schwerer Stein liegt mir auf der Brust,
nur mühsam werde ich mich je
wieder der Hoffnung und der Zukunft ergeben.*

(Räber-Schneider 2002)

In diesem Gedicht sind in eindrücklicher Weise die seelischen und körperlichen Empfindungen, die mit dem Verlust einer geliebten Person in Zusammenhang stehen, in Bilder und Worte gefasst. Es spiegelt typische Symptome der Trauerreaktion wieder: Die depressive Gestimmtheit und das Gefühl der Hoffnungslosigkeit sind auf der emotionalen Ebene zu nennen, und die „um den Hals gewickelte Trauer“ kann ebenso wie der „Stein auf der Brust“ als physiologischer Ausdruck des seelischen Schmerzes (im Sinne von „es nimmt mir den Atem“) verstanden werden.

Das vorliegende Working Paper unternimmt den Versuch, der spezifischen Situation der Verwitwung, d.h. des Partnerverlustes durch Tod, analytisch zu begegnen.

Der Text ist in zwei Abschnitte gegliedert. Im ersten Abschnitt, der den theoretischen Hintergrund bildet, werden zuerst Modelle diskutiert, die sich mit den emotionalen bzw. mit den gesundheitlichen Konsequenzen von Verlusterlebnissen auseinandersetzen. Sodann werden einzelne Aspekte der Trauerreaktion wie der Ablauf in Form von einzelnen Phasen oder die Dauer der Trauerperiode diskutiert. Der zweite Abschnitt wendet sich dann spezifisch der Frage nach Geschlechtsunterschieden bei der Verarbeitung des Partnerverlustes durch Tod zu. Morbidität und Mortalität werden zuerst in Hinblick auf Geschlechtsunterschiede analysiert, im Anschluss daran werden eine Reihe von Erklärungsmodellen für die empirisch gut belegten Geschlechtsdifferenzen angeboten. Eine kurze Diskussion der angesprochenen Faktoren und Ergebnisse schließt die Auseinandersetzung mit diesem Thema ab.

I. Theoretischer Hintergrund

Trauermodelle

Theorien, die sich mit der Bewältigung von Verlusterlebnissen auseinandersetzen, sollen einerseits dabei helfen, bestimmte Symptome und Verhaltensweisen zu erklären, die mit der Trauerreaktion verbunden sind, andererseits sollen sie auch Hinweise für therapeutische Interventionen geben können.

Bestehende Theorien haben entweder die emotionale Reaktion oder die gesundheitlichen Konsequenzen des Ereignisses in den Mittelpunkt gestellt. Stroebe & Stroebe (1987) unterscheiden demnach zwischen Depressionsmodellen und Stressmodellen der Trauer.

Depressionsmodelle der Trauer	Stressmodelle der Trauer
Trauer und Objektverlust: psychoanalytische Sichtweise	Physiologische Sichtweise (Seyle)
Trauer und Bindungsverlust: ethologische Sichtweise	Psychosomatische Sichtweise
Trauer und Verstärkerverlust: behavioristische Sichtweise	Psychologische Sichtweise (kognitive Stresstheorie, deficit model)
Trauer und Kontrollverlust: kognitive Sichtweise	

Tabelle 1: Klassifikationsschema nach Stroebe & Stroebe (1987)

Im folgenden sollen beide Zugänge näher beleuchtet werden.

Depressionsmodelle

Depressionsmodelle setzen sich mit den emotionalen Konsequenzen des Verlustes wie Trauer und Niedergeschlagenheit, aber auch Wut und Aggression auseinander und versuchen, die Ursachen zu ergründen. Sie bilden außerdem die Basis für therapeutische Interventionen.

1.1.1. Trauer und Objektverlust: Psychoanalytische Sichtweise:

In seinem Werk „Trauer und Melancholie“ versucht Freud (1917) den Unterschied zwischen einer natürlichen, „gesunden“ Trauerreaktion und pathologischer Depression herauszuarbeiten. Es handle sich zwar in beiden Fällen um eine Reaktion auf Verlust, die von Niedergeschlagenheit, Interessensverlust und einer Senkung des Aktivitätsniveaus geprägt seien, jedoch seien bei der Depression zusätzliche Kriterien wie Schuld, Selbstvorwürfe und eine Verminderung des Selbstwertgefühls inhärent.

Die Voraussetzung für eine erfolgreiche Verarbeitung des Verlusts sieht Freud im Prozess der sogenannten „Trauerarbeit“, die in einer intensiven geistigen und emotionalen Auseinandersetzung mit der verstorbenen Person besteht. Nur so könne die noch an diese Person gebundene libidinöse Energie wieder frei werden. Der Verlust gilt dann als hinreichend bewältigt, wenn der überwiegende Teil dieser Energie von dem verlorenen „Objekt“ abgezogen werden und auf ein neues „Objekt“ (i.A. auf einen anderen Menschen) übertragen werden konnte.

Zu einer pathologischen Trauerreaktion komme es, wenn die Beziehung zum/zur Verstorbenen von Ambivalenz (d.h. vom Vorhandensein positiver wie negativer Emotionen) gekennzeichnet gewesen sei. In diesem Fall würde die libidinöse Energie vom Objekt auf das Ich übertragen, was in einer Identifikation mit dem verlorenen „Objekt“ resultiere. Die negativen Gefühle dem/der Verstorbenen gegenüber würden demnach gegen das eigene Ich gerichtet, was sich in Schuldgefühlen, Selbstvorwürfen u.ä. äußere. Einige Jahre später (1923) korrigierte Freud seine Theorie dahingehend, dass er nun annahm, es komme in jedem Fall zu einer Identifikation mit dem verlorenen „Objekt“, und allein die Ambivalenz sei verantwortlich für die pathologische Trauerreaktion.

Freuds Annahme, dass Schuldgefühle und niedriges Selbstwertgefühl ein Merkmal von klinischer Depression jedoch nicht von „normaler“ Trauer seien, kann heute aufgrund empirischer Befunde nicht mehr als gültig angesehen werden (z.B. Parkes 1986). Darüber hinaus muss angemerkt werden, dass sich Freud bei der Beschreibung der pathologischen Reaktion auf Verlust lediglich auf eine bestimmte Form – nämlich die klinische Depression – beschränkt hat. Dennoch hat Freud vor allem mit seinem Konzept der Trauerarbeit einen maßgeblichen Einfluss auf das Verständnis der Trauerreaktion und auf die Entwicklung weiterführender Theorien und Interventionsmaßnahmen ausgeübt.

1.1.2. Trauer und Bindungsverlust: ethologische Sichtweise

John Bowlby (1971, 1975, 1981), geht in seiner Attachment-Theorie davon aus, dass Bindungsverhalten maßgeblich für das Überleben vieler Spezies verantwortlich ist und dass Trauer gleichsam als negative Nebenwirkung von Bindung die allgemeine Reaktion auf Trennung darstellt. Dabei geht er auf der Basis empirischer Studien von einer zweiphasigen Trauerreaktion aus, die sich zuerst in Protestverhalten äußert, das schließlich in Verzweiflung und Resignation mündet. Der Trauer kommt eine biologische Funktion zu, d.h., das Individuum erfährt eine starke Motivation, die enge Bindung an seine Bezugsgruppe, die für sein Überleben wichtig ist, aufrechtzuerhalten.

Ob ein Individuum nun auf gesunde oder auf pathologische Weise auf den Verlust reagiert, hängt nach Bowlby maßgeblich davon ab, welche Bindungserfahrungen es im frühen Kindesalter gemacht hat. Bowlby unterscheidet dabei zwischen sicherer, unsicher-vermeidender und unsicher-ambivalenter Bindung. Die Erfahrung einer unsicher-ambivalenten Bindung¹ führt im Kindesalter zu anklammerndem Verhalten, was sich im Erwachsenenalter in einer übergroßen Abhängigkeit vom/von der PartnerIn äußern kann. Bei Partnerverlust zeigen diese Menschen ein Muster, das man als chronische Trauer beschreiben kann. Kennzeichnend sind nicht enden wollender Gram, Depression und Desorganisation, oft verbunden mit starken Schuldgefühlen und Suizidneigung (Gudat 1987).

Unsicher-vermeidend gebundene Kinder² haben auch im Erwachsenenalter Furcht vor engen Bindungen und neigen bei Verlust des/der PartnerIn eher dazu, diesen – im Extremfall über Jahre hinweg – zu verleugnen. Die Leugnungsphase ist oft gekennzeichnet durch Gereiztheit und depressiven Episoden.

Die Attachment-Theorie vermag verschiedene paradoxe Verhaltensmuster bei Trauerreaktionen zu erklären (z.B. die Suche nach der verlorenen Person, den Ärger darüber, verlassen worden zu sein etc..)- vgl. hierzu auch Abschnitt 0. Als Kritikpunkt kann jedoch angeführt werden, dass wenig über die psychologische Funktion der Trauer

¹ Bei dieser Bindungsform wechselt das Verhalten der primären Bezugsperson zwischen einfühlsamen Eingehen auf die kindlichen Bedürfnisse und ablehnender Zurückweisung.

² Hier führt mangelndes Eingehen auf die Bedürfnisse des Kindes dazu, dass das Kind Nähewünsche zu unterdrücken lernt und nur mehr in eingeschränkter Form äußert.

ausgesagt wird, obgleich Bowlby in Übereinstimmung mit Freud der Trauerarbeit eine essentielle Bedeutung beimisst.

1.1.3. Trauer und Verstärkerverlust: behavioristische Sichtweise

Die Behavioristen führen die negativen Gefühle, die mit dem Verlust des/der PartnerIn verbunden sind, darauf zurück, dass mit dem Tod auch positive Verstärker, die der/die PartnerIn geboten hat, wegfallen. Bei einem gesunden Trauerprozess sollte jenes Verhaltensrepertoire, das nicht mehr verstärkt wird, mit der Zeit gelöscht und durch ein anderes Verhalten ersetzt werden. So würden sich Trauerreaktionen mit der Zeit abschwächen und schließlich ganz verschwinden. Ein pathologischer Bewältigungsprozess sei dann zu erwarten, wenn ein Großteil des früheren Verhaltensrepertoires durch vermeidendes Verhalten (z.B. Vermeidung von Sozialkontakten) ersetzt werde. In diesem Fall sei es schwierig, dass sich neue Verstärker herausbilden können.

Obgleich der Verlust positiver Verstärker durch den Tod des/der PartnerIn plausibel erscheint, ist doch das gänzliche Fehlen kognitiver Aspekte kritisch anzumerken. So kann diese Theorie nicht erklären, warum Trennung aufgrund anderer Umstände (z.B. längere Geschäftsreise etc..) nicht zu ähnlichen Reaktionen führt wie aufgrund des Todes. Im Verständnis des Behaviorismus dürften die *Ursachen* des Verstärkerverlustes grundsätzlich keine Rolle spielen.

1.1.4. Trauer und Kontrollverlust: kognitive Sichtweise

Die Theorie der erlernten Hilflosigkeit ((Seligman 1975), (Abramson *et al.* 1978)) führt Trauer bzw. Depression auf ein Gefühl des Kontrollverlusts zurück, das entsteht, wenn es keinen Zusammenhang zwischen dem eigenen Verhalten und einem Ereignis zu geben scheint.

Während in der ursprünglichen Theorie der Kontrollverlust als alleinige ausschlaggebende Variable dargestellt wurde, wurde in der weiterentwickelten Version der Kausalattribution der zentrale Stellenwert eingeräumt. Die Unkontrollierbarkeit eines (negativen!) Ereignisses ist dann von Bedeutung, wenn sie auch für die Zukunft erwartet wird. Dieser Aspekt kann durch das Gegensatzpaar „Stabilität“ versus „Instabilität“ dargestellt werden. Es spielt weiters eine Rolle, ob ein Ereignis als external (von außen) oder internal (von der Person selbst) verursacht wahrgenommen wird. Ein drittes wesentliches Kriterium ist jenes, ob das Ereignis als global (allgemeingültig) oder spezifisch (nur diese bestimmte Situation betreffend) wahrgenommen wird.

Im Falle des Partnerverlusts bestehe die Gefahr, die Erfahrung der Unkontrollierbarkeit auch auf andere Situationen und Lebensaspekte zu generalisieren, was einer Depression Vorschub leistet. Es sei aber auch möglich, dass der/die überlebende PartnerIn die Unkontrollierbarkeit des Todes im nachhinein anzweifelt und sich Vorwürfe macht, nicht genug oder das Falsche getan zu haben, um den Tod zu verhindern. Attributionen dieser Art können gemäß dieser Sichtweise maßgeblich zu einer pathologischen Trauerreaktion beitragen.

Stressmodelle

Stressmodelle sehen Verlusterlebnisse als „stressful life events“, deren Bewältigung die Ressourcen einer Person übersteigt. Dabei stehen vor allem die gesundheitlichen Konsequenzen für die trauernde Person im Mittelpunkt.

1.1.5. Physiologische Sichtweise (Seyle)

Seyle (1976) beschreibt in seinem Werk „The Stress of Life“ eine Reihe von unspezifischen körperlichen Reaktionen auf Stresssituationen. Dieses Set von Reaktionen bezeichnet er als „General Adaption Syndrom“ (GAS).

Wird das Individuum mit einem für sie stresshaften Ereignis konfrontiert, so kommt es zu einer Aktivierung des sympathoadrenergen Systems (sympathetic adrenal medullary system), die mit der verstärkten Sekretion von Katecholaminen (Adrenalin, Noradrenalin) verbunden ist. Dadurch wird beispielsweise das Herz-Kreislauf-System angeregt, der Blutdruck steigt, Blutzucker wird aus der Leber freigesetzt. Auch Kortikosteroide (Steroidhormone) werden vermehrt ausgeschüttet. Ein besonderer Stellenwert kommt in diesem Zusammenhang dem Kortisol zu: Kortisol ist für die Energiebereitstellung des Körpers zuständig und hat darüber hinaus einen hemmenden Einfluss auf das Immunsystem.

Dieser erhöhte Aktivierungszustand kann jedoch nicht über längere Zeit aufrecht erhalten werden, ohne das Individuum zu schädigen. Seyle unterscheidet drei Phasen des GAS: Alarmreaktion – Phase des Widerstandes – Phase der Erschöpfung. Die Alarmreaktion beinhaltet eine starke körperliche Aktivierung in der oben beschriebenen Form. In der Phase des Widerstandes findet eine gewisse Anpassung an den Stressor statt, das körperliche Aktivierungsniveau sinkt wieder. Ist die betreffende Person jedoch über längere Zeiträume hinweg diesem Stressor ausgesetzt, so können die Anforderungen die adaptiven Ressourcen übersteigen, und Symptome, die typisch für die erste Stufe sind, tauchen erneut auf. Nun ist ein Ausgleich jedoch nicht mehr möglich. Schwere Erkrankungen oder gar der Tod können resultieren. Diese letzte Phase wird als Phase der Erschöpfung bezeichnet.

Ein Stressor kann auf zweierlei Arten schädlich wirken: Er kann einerseits die Bewältigungsressourcen des Individuums übersteigen, andererseits den Zusammenbruch eines bereits geschwächten Systems bewirken. Seyle (1976) bezeichnet jene Erkrankungen, bei deren Entstehung unspezifischer Stress eine maßgebliche Rolle spielt, als „Anpassungserkrankungen“ (diseases of adaption).

Seyle erachtete die Alarmreaktion und die damit verbundenen körperlichen Veränderungen als Maßnahmen, um mit Stress fertig zuwerden, was auch über weite Strecken plausibel erscheint, wenn der Stressor mit einer manifesten körperlichen Bedrohung verknüpft ist und z.B. Flucht die geeignete, lebensrettende Reaktion darstellt. Die hohe Aktivierung soll ja dem Zweck dienen, sich dem Stressor zu entziehen oder auch sich ihm kampfbereit stellen zu können.

Ereignisse wie der Tod des/der PartnerIn erfordern jedoch gänzlich andere Bewältigungsstrategien, da es sich nicht um einen externen Stressor im eigentlichen Sinne handelt, dem man durch Flucht oder Angriff begegnen kann. Die physischen Reaktionen scheinen jedoch ungeachtet ihrer Sinnhaftigkeit stets nach dem selben Muster abzulaufen.

Es kann als Seyles Verdienst angesehen werden, unser Verständnis von körperlichen Reaktionen auf eine in irgendeiner Weise belastenden Umwelt (bzw. auf belastende Ereignisse wie beispielsweise auch den Tod des/der PartnerIn) maßgeblich erweitert zu haben.

1.1.6. Psychosomatische Sichtweise

Hier wird davon ausgegangen, dass Stress das Auftreten verschiedener Krankheiten in hohem Ausmaß begünstigt.

In der Alltagssprache sind uns eine Vielzahl von Redewendungen geläufig, die diese Sichtweise reflektieren: „Was kränkt, macht krank“, „das hat sich mir auf den Magen geschlagen“, „ihm geht die Galle über“ etc...

Ein Jahrzehnt nach Seyle veröffentlichte Lindemann (1944) eine klassische Studie, die den Umgang und den (gesunden wie pathologischen) Verlauf mit Trauer als Reaktion auf den Verlust einer geliebten Person beschreibt. Sie basiert auf der Arbeit mit den Freunden und Verwandten der (491) Opfer einer großen Brandkatastrophe in Boston. Die ersten Hinweise darauf, dass zwischen dem Verlust einer nahestehenden Person und bestimmten Erkrankungen ein Zusammenhang bestehen könnte, fand Lindemann bereits zwei Jahre davor in der Arbeit mit PatientInnen, die an Colitis ulcerosa, einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung, litten (Lindemann 1950)³. Seine Untersuchungen ergaben, dass 75 der 87 PatientInnen vor kurzem einem Verlustereignis (definiert als „death of a person of emotional significance“) ausgesetzt gewesen waren.

Kritisch muss hierzu jedoch angemerkt werden, dass „emotional significance“ einerseits eine sehr breite Definition ist und andererseits die entsprechende Zuschreibung erst nach der Erkrankung (bei der Suche nach einer psychogenen Ursache) vorgenommen worden war. Es wurden auch keine Kontrollgruppen eingesetzt.

Paykel *et al.* (1969) befragten depressive und nicht depressive Männer und Frauen nach jüngsten Veränderungen in ihrem Leben. Es stellte sich heraus, dass die als depressiv Klassifizierten von bedeutend mehr negativen Veränderungen berichteten als die nicht Depressiven. Jedoch erscheint auch hier eine eindeutige Interpretation problematisch: Es ist denkbar, dass die depressiven Menschen die negativen Ereignisse (bewusst oder unbewusst) mehr in den Vordergrund stellten (etwa, um ihre Erkrankung zu rechtfertigen). Auch ist hier ebenfalls ein Versuchsleiterereffekt (Erwartungen des/der InterviewerIn) nicht auszuschließen.

Brown & Harris (1978) versuchten, Fehler dieser Art zu minimieren, indem sie eine zweistufige Vorgangsweise wählten. In einem ersten Schritt fragten InterviewerInnen nach Veränderungen im Leben der Person und versuchten dann, die begleitenden Umstände möglichst genau zu erfassen. Die transkribierten Interviews wurden schließlich den Mitgliedern des Forschungsteams vorgelegt, ohne sie in Kenntnis zu setzen, ob es sich um die Daten eines/einer PatientIn oder einer Kontrollperson handelte. Die Bedeutsamkeit der berichteten Veränderungen wurde eingeschätzt. Es ergab sich ein starker Zusammenhang zwischen Depression und dem Auftreten stressreicher Lebensereignisse.

Um auch eine Vorhersage von Erkrankungen aufgrund von belastenden Ereignissen im Leben eines Menschen zu ermöglichen, wurden in der Folge sogenannte „life-event-scales“ entwickelt, wobei vor allem die Social Readjustment Rating Scale von Holmes & Rahe (1967) ein Begriff geworden ist. Dabei handelt es sich um eine hierarchische Auflistung von (positiven wie negativen) Lebensereignissen, die in irgendeiner Weise eine Anpassungsleistung erforderlich machen. Der Tod des/der PartnerIn nimmt dabei mit einem Wert von 100 Punkten den ersten Rang ein – ist also mit den meisten Anpassungserfordernissen verbunden -, während „kleinere Vergehen“ mit 11 Punkten an letzter (43.) Stelle stehen.

Diese Skala ermöglichte es nun, Summenwerte von Lebensereignissen – sogenannte „life-change-units“ (LCUs) - zu bilden und zu darauffolgenden Krankheitsperioden in Beziehung

³ Die entsprechende Studie wurde von Lindemann bereits 1942 an die Massachusetts Psychiatric Society weitergeleitet, jedoch erst 1950 veröffentlicht.

zu setzen. In einer Untersuchung von Rahe (1968) wurden 2500 Offiziere der Marine aufgrund dieser Liste Risikogruppen zugeordnet und in der Folge über einen Zeitraum von mehreren Monaten hinweg beobachtet. Es konnte festgestellt werden, dass die Gruppe mit hohem Risiko nahezu 90% mehr Ersterkrankungen aufwies als jene mit niedrigem Risiko.

Diese Ergebnisse konnten von manchen Untersuchungen bestätigt (z.B. Holmes & Masuda 1974) während in anderen Studien (z.B. Theorell *et al.* 1975) keine entsprechenden Zusammenhänge gefunden werden konnten.

An der Verwendung von life-event-Skalen wurde mehrfach (z.B. von Rabkin & Struening 1976) Kritik geübt. Zum einen wird der in den meisten Fällen zwar vorhandenen, aber doch relativ geringe Zusammenhang zwischen Lebensereignissen und Erkrankung betont. Zum anderen wird auch kritisiert, dass positive wie negative Erlebnisse in der Skala aufscheinen und manche Ereignisse verschiedene Interpretationsmöglichkeiten zulassen (z.B. „Veränderungen in der finanziellen Situation“).

Ein weiterer Einwand, der von Mechanic (1978) geäußert wurde, bezieht sich darauf, dass Stress nicht objektiv gemessen wurde, sondern auf Einschätzungen der betroffenen Personen beruht. Auch wurde die Suche nach Behandlungsmöglichkeiten (Aufsuchen eines/r Arztes/Ärztin..) als Kriterium herangezogen – diese muss jedoch nicht unbedingt auf einer tatsächlichen Erkrankung beruhen, ebenso wie eine Nichtinanspruchnahme von Behandlungsangeboten zwangsläufig mit Gesundheit gleichzusetzen ist. Die Argumentation geht in diese Richtung, dass die Beziehung zwischen dem Bericht von stressreichen Lebensereignissen und Arztbesuchen nicht zwingend einen Zusammenhang von Stress und Erkrankung beschreibt. Einerseits beeinflussen Persönlichkeitseigenschaften die Bereitschaft, eine/n Arzt/Ärztin aufzusuchen, andererseits könnte ärztliche Hilfe nicht nur aufgrund körperlicher Beschwerden, sondern auch aus dem Grund gesucht werden, um mit belastenden Ereignissen besser fertig zu werden.

Ergebnisse, die auf subjektiven Einschätzungen der Betroffenen beruhen und/oder – wie bei den Life-Stress-Skalen - *kumulativen* Stress messen sollen, sollten demnach mit einer gewissen Vorsicht interpretiert werden.

Dass *bestimmte* Lebensereignisse – wie der Tod des/der PartnerIn – sehr wohl einen negativen Einfluss auf den Gesundheitszustand ausüben, der auch objektiv messbar ist, wird im Abschnitt II (Kapitel 1) jedoch sehr deutlich.

1.1.7. Psychologische Sichtweise (kognitive Stresstheorie, deficit model)

Psychologische Stresstheorien versuchen zu ergründen, warum manche Ereignisse als belastend erlebt werden und worauf individuelle Unterschiede in der Stresswahrnehmung und –bewältigung zurückzuführen sind. Während das kognitive Modell von Lazarus (z.B. Lazarus & Folkman 1984) sich auf Stresssituationen im allgemeinen bezieht, fokussiert das Defizit –Modell (z.B. Stroebe und Stroebe 1985) auf die spezielle Situation des Partnerverlustes.

a. Das kognitive Modell von Lazarus und Folkman

Lazarus & Folkman (1984) interpretieren (psychologischen) Stress als besondere Beziehung zwischen Anforderungen der Umwelt und individuellen Coping-Ressourcen. Dieselbe Situation kann von verschiedenen Personen als unterschiedlich stressreich empfunden werden; ebenso können sich zwei Personen durch graduell unterschiedliche Anforderungen im gleichen Ausmaß gestresst fühlen. Eine schneegeplante Fahrbahn wird den/die routinierte/n AutolenkerIn weniger in Stress versetzen als den/die AnfängerIn. Auf der anderen Seite kann sich der/die AnfängerIn beim Fahren auf einer einsamen Landstraße schon ebenso gestresst fühlen wie die routinierte Person im dichten Stadtverkehr.

Ein zentrales Element in der Theorie von Lazarus und Folkman stellt die kognitive Bewertung dar. Dabei werden vom Individuum drei Bewertungsstufen durchlaufen. Bei der Erstbewertung wird eine Situation danach eingeschätzt, ob sie für das eigene Wohlbefinden irrelevant, positiv oder (negativ) stressreich ist. Bei der sekundären Bewertung werden die individuellen Coping-Ressourcen - die Fähigkeit, mit der Situation in einer Weise umzugehen, dass ein gewünschtes Ergebnis resultiert – eingeschätzt. Die Phase der Neubewertung bezieht sich auf die Möglichkeit, dass bei Hinzukommen von neuen Informationen die ursprüngliche Einschätzung relativiert werden kann, z.B., wenn die Person besser mit der Situation zurechtkommt als sie ursprünglich angenommen hat.

Eine weitere wichtige Komponente im Modell von Lazarus und Folkman bildet der Coping-Prozess. An die Bewertung einer Situation schließt sich die Frage nach einer angemessenen Reaktion an, um mit der Situation selbst und den damit verbundenen Emotionen fertig zu werden. Hierbei sind nach Lazarus und Folkman zwei grundsätzliche Vorgangsweisen von Relevanz: Einerseits problemorientiertes, andererseits emotionsorientiertes Coping. Im ersten Fall findet eine Konzentration auf die stressverursachende Situation selbst statt, d.h. die Bemühungen beziehen sich darauf, das Problem zu lösen, das mit der Situation verknüpft ist.

Der zweite Fall impliziert eine verstärkte Auseinandersetzung mit den damit verbundenen Emotionen. Besteht das Problem (bzw. die Herausforderung) etwa darin, dass ein Vortrag vor Publikum zu halten ist, so wäre die konsequente Vorbereitung dem problemzentrierten Coping zuzurechnen, während das Gespräch mit einem Freund, der aufmunternde Worte spricht oder auch die Einnahme eines Beruhigungsmittels eine emotionsorientierte Vorgangsweise darstellen würden. Eine Kombination beider Strategien mit stärkerer Tendenz zu der einen oder zur anderen Methode wird wahrscheinlich in den meisten Fällen die Regel sein.

Die Möglichkeit, eine Situation in angemessener Weise zu bewältigen, kann nun sowohl von internen als auch von externen Ressourcen abhängig sein. Interne Ressourcen umfassen physische (z.B. Gesundheit) und psychische (z.B. ein hohes Selbstwertgefühl) Ressourcen sowie bestimmte Kompetenzen wie soziale Fähigkeiten. Externe Ressourcen bestehen beispielsweise in materiellen Gütern oder in sozialer Unterstützung durch Freunde und Verwandte. Dabei ist anzumerken, dass das potentielle Vorhandensein von Ressourcen nicht zwangsläufig deren Nutzung bedingt. So kann etwa soziale Unterstützung aus Angst, jemandem zur Last zu fallen, als Ressource weitgehend ungenutzt bleiben.

Das Modell von Lazarus & Folkman (1984) vermag sehr gut ein allgemeines Verständnis von der Bewältigung von psychischem Stress zu vermitteln, stößt jedoch an seine Grenzen, wenn es um die Analyse und Vorhersage von Reaktionsmustern in spezifischen Stresssituationen geht. Für die spezielle Situation der Verwitwung wurde daher von Stroebe und Stroebe (z.B. Stroebe 1987) ein Modell entwickelt, das den besonderen Gegebenheiten dieses Ereignisses gerecht zu werden versucht.

b. Das Defizit-Modell von Stroebe und Stroebe

Stroebe & Stroebe (1987) beschreiben Paare als soziale Gruppen mit einem differenzierten Rollensystem, das die Verteilung von Aufgaben ebenso reguliert wie die Verteilung von „Belohnungen“ wie zum Beispiel im Sinne von sozialer Unterstützung durch den/die PartnerIn. Wenn man voraussetzt, dass die Bindung an den/die PartnerIn bei weitem stärker ist als zu anderen Erwachsenen und mit hohen instrumentellen und emotionalen Unterstützungsleistungen von beiden Seiten verbunden ist, ist es nachvollziehbar, dass der Verlust des/der LebenspartnerIn zu beträchtlichen Verlusten in jenen Bereichen führen muss, in denen der/die überlebende PartnerIn von der Unterstützung des verstorbenen profitiert hat.

Der *Verlust instrumenteller Unterstützung* kann vor allem in jenen Fällen gravierende Probleme nach sich ziehen, in denen den Partnern aufgrund traditioneller Rollenzuschreibungen sehr strikt bestimmte Bereiche zugeordnet waren, während andere weitgehend ausgeklammert waren. Bei Männern wird dies in erster Linie fehlende Kompetenzen in bezug auf häusliche Aktivitäten (z.B. Kochen, Wäschepflege) betreffen, Frauen könnten etwa aufgrund mangelnder Vertrautheit mit Geldangelegenheiten vor Probleme gestellt werden. Die verwitwete Person ist vor die Aufgabe gestellt, sich die vernachlässigten Fähigkeiten entweder selbst anzueignen oder entsprechende Alternativen zu organisieren (z.B. Unterstützung durch Kinder oder Enkelkinder, Inanspruchnahme von sozialen Diensten etc.).

Der *Verlust der emotionalen Unterstützung*, des Gefühls der Wertschätzung und Liebe, die durch den/die PartnerIn vermittelt wurde, stellt eine weitere Belastung dar und wiegt sicherlich mindestens ebenso schwer wie der oben beschriebene Wegfall des instrumentellen Supports.

Hat sich die verwitwete Person sehr über den/die verstorbene PartnerIn definiert bzw. (bei verheirateten Paaren) mit der Rolle als „Ehefrau“ oder „Ehemann“ identifiziert, kann es darüber hinaus auch zu einem *Verlust der sozialen Identität* kommen. Die Witwe oder der Witwer steht vor der Aufgabe, andere Kriterien für ihr/sein Selbstkonzept heranziehen zu müssen.

Ein weiterer Punkt, der von Stroebe und Stroebe (1987) erwähnt wird, betrifft die Tatsache, dass die *verstorbene Person als Referenzperson für soziale Vergleichsprozesse* wegfällt, z.B., was die Angemessenheit oder „Normalität“ der eigenen emotionalen Reaktionen betrifft. Glick *et al.* (1974) berichtet beispielsweise, dass 40 Prozent der von ihnen befragten verwitweten Personen angaben, zeitweise Angst zu haben, den Verstand zu verlieren. Nach Festinger (1954) tragen soziale Vergleichsprozesse maßgeblich dazu bei, die Gültigkeit der persönlichen Einschätzung der Realität beurteilen zu können.

In Anlehnung an Lazarus & Folkman (1984) erachten Stroebe und Stroebe (1987) im Falle der Verwitwung die individuellen Unterschiede hinsichtlich der Coping-Ressourcen als ebenso bedeutsam wie die spezifischen situativen Gegebenheiten im Einzelfall.

Bei den Coping-Ressourcen differenzieren die Autoren zwischen intrapersonellen und interpersonellen Ressourcen.

Als *intrapersonelle* Ressourcen gelten Persönlichkeitseigenschaften, die in hohem Ausmaß über die Fähigkeit, mit kritischen Lebensereignissen fertig zu werden, bestimmen. Faktoren wie emotionale Stabilität (Eysenck & Eysenck 1964) Ich-Stärke (Catell *et al.* 1970) und ein gewisses Ausmaß an Extraversion, um aktiv nach sozialer Unterstützung suchen zu können, legen eine positive Wirkung auf den Verarbeitungsprozess nahe. Weiters sind bei den *intrapersonellen* Ressourcen auch noch Fähigkeiten und Fertigkeiten zu nennen, um Aufgaben bewältigen zu können, die zuvor primär dem/der Verstorbenen zugewiesen waren. Bei den *interpersonellen* Ressourcen sind vor allem materielle Ressourcen (Geld, Eigentum..) auf der einen Seite und soziale Unterstützung auf der anderen Seite anzuführen.

Das Defizit-Modell postuliert, dass die Bewältigung des durch den Trauerfall hervorgerufenen Stresses nur dann erfolgreich ist, wenn die verfügbaren Ressourcen die damit verbundenen Defizite (bis zu einem gewissen Grad) auszugleichen vermögen. Stroebe & Stroebe (1987) unterscheiden daher zwischen instrumentellem und emotionalen Support sowie der Unterstützung bei sozialen Vergleichsprozessen („*validational support*“). Verschiedene Untersuchungen (z.B. Bankoff 1983) legen die Vermutung nahe, dass Trauernde in unterschiedlichen Phasen des Trauerprozesses unterschiedliche Formen der Unterstützung benötigen.

Coping - Ressourcen können in dreifacher Hinsicht ihre Wirkung entfalten: Erstens bestimmen sie darüber, in welchem Ausmaß Stress als solcher wahrgenommen wird. Zweitens können sie den Beginn einer pathologischen Entwicklung verhindern. Und drittens sind sie in der Lage, den Stress einzuschränken, indem sie es dem Individuum ermöglichen, die Umwelt in einer Art und Weise zu verändern, dass Stress reduziert wird.

Auch (Stroebe & Stroebe 1987) differenzieren zwischen problemzentriertem und emotionszentriertem Coping. Forschung, die sich mit dem Faktum der Verwitwung auseinandersetzt, hat sich naturgemäß weitgehend auf den emotionalen Aspekt konzentriert bzw. auf die Frage, wie emotionaler Stress am besten verringert bzw. unterdrückt werden kann. Dabei ist zwischen einer kognitiven Komponente (z.B. Leugnung, Trauerarbeit) und einer Verhaltenskomponente (Alkoholkonsum, ablenkende Aktivitäten..) zu unterscheiden.

Die meisten WissenschaftlerInnen (z.B. (Jacobs & Ostfeld 1980), (Worden 1982), (Bowlby 1981)..) gehen davon aus, dass „Trauerarbeit“ die einzig angemessene Reaktion ist, um eine nicht pathologische Bewältigung des Verlustereignisses möglich zu machen. Alle anderen Formen seien dagegen dazu angetan, den Verlust gleichsam wegzuschieben, d.h., sich nicht mit der Tatsache des Verlustes auseinander zu setzen zu müssen, was laut dieser Autoren einer Bewältigung entgegensteht.

Stroebe & Stroebe (1987) nehmen eine kritische Differenzierung in eine aktive versus passive Form der Trauerarbeit vor. Während die passive Form – ständiges Grübeln u.ä. – keineswegs eine durchwegs hilfreiche Bewältigungsstrategie darstelle, sondern auch kontraproduktiv sein könne (vgl. z.B. (Remondet *et al.* 1986), (Silver 1986)), wird die aktive Form als empfehlenswert betrachtet. Nach Taylor (1983) beinhaltet diese die Suche nach einem tieferen Sinn des Erlebten, den Versuch, wieder Kontrolle über das eigene Leben zu gewinnen und das Bemühen, das eigene Selbstwertgefühl wieder zu stabilisieren. Das Vorhandensein von sozialer Unterstützung, d.h. von Menschen, die den/die Witwe/r bei diesen Aufgaben zur Seite stehen, wird dabei aller Voraussicht nach in positiver Weise wirken.

Weitere Überlegungen zur Trauerarbeit sind Abschnitt 0 zu entnehmen.

Die Trauerreaktion

Phasen der Trauerreaktion

In der Literatur werden von verschiedenen Autoren (z.B. (Bowlby 1961), (Horowitz *et al.* 1980), (Spiegel 1989), (Kast 2001)) Phasenmodelle vorgeschlagen, um den Trauerprozess zu beschreiben. Am häufigsten begegnet man dabei Modellen, die vier Stufen der Trauerreaktion unterscheiden.

Als Beispiel soll hier das Modell von Bowlby (1961), das auch von Stroebe & Stroebe (1987) beschrieben wird, vorgestellt werden.

1. Schock/Betäubung

Sehr viele Betroffene berichten übereinstimmend von einem Gefühl der Betäubung und Erstarrung, von einem Nichtwahrhaben-Wollen des Ereignisses. Die meisten Modelle, ob sie nun von drei, vier oder mehr Phasen ausgehen, setzen diese Phase an den Beginn. Es liegt nahe, dass es sich hierbei um eine Art von Schutzmechanismus handelt, der bewirkt, dass Tatsachen und Ereignisse, die die psychischen Bewältigungsressourcen bei weitem übersteigen, die zu schmerzhaft oder bedrohlich sind, um akzeptiert zu werden, erst nach

und nach „zur Bearbeitung freigegeben“ werden. (Beilin 1981) berichtet beispielsweise von ähnlichen Reaktionen von Personen in der Endphase einer unheilbaren Erkrankung und untersuchte die Funktion dieses Musters systematisch. Die Phase des Schocks und der Betäubung tritt auch typischerweise bei traumatischen Erfahrungen, die etwa durch Naturkatastrophen, Kriegssituationen oder eine Vergewaltigung etc. ausgelöst werden können, in Erscheinung. In gewisser Weise kann der Verlust des/der PartnerIn sicherlich als traumatisches Ereignis interpretiert werden, vor allem dann, wenn er unerwartet auftritt.

Charakteristisch für diese Phase ist auch eine automatische Fortführung des bisherigen Lebensablaufs.

Diese Phase kann nur einige Stunden, aber auch mehrere Tage anhalten, manche Autoren (z.B. Kast 2001) sprechen sogar von einigen Monaten.

2. Sehnsucht und Protest

Die unmittelbare Schockreaktion weicht schließlich einer Episode der Trauer und der Sehnsucht. Der Verlust dringt mit schmerzhafter Intensität mehr und mehr ins Bewusstsein und löst verzweifelten Protest aus. Obgleich über die Endgültigkeit des Verlustes kognitiv im allgemeinen kein Zweifel besteht, wird der Wunsch, die verlorene Person wiederzugewinnen, oft als übermächtig erlebt. Evident ist eine intensive gedankliche und emotionale Beschäftigung mit dem/der Verstorbenen. Häufig werden Signale oder Geräusche als Hinweis darauf interpretiert, dass die verlorene Person zurückgekehrt sei.

3. Verzweiflung

Der Drang, die verlorene Person wiederzugewinnen, nimmt im Laufe der Zeit ab, was jedoch sehr oft nicht als Erleichterung erlebt wird. Viele Betroffene geben zu diesem Zeitpunkt an, sich schlechter zu fühlen als je zuvor. Typisch ist ein vermindertes Interesse an anderen Menschen und an Aktivitäten, verbunden mit starken Rückzugstendenzen. Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit und ähnliche somatische Beschwerden sind ebenfalls kennzeichnend für diesen Abschnitt, der einige Monate aber auch ein, zwei Jahre anhalten kann.

4. Wiederherstellung

Nach und nach beginnt die betroffene Person den Verlust zu akzeptieren und sich mit der neuen Situation auch emotional zu arrangieren. Aufgaben, die vormals vom/von der Verstorbenen ausgefüllt wurden, werden nun vollends übernommen bzw. es wird jemand anderer damit betraut. Die Person beginnt langsam, eine soziale Identität als Witwe/r aufzubauen. Initiative und Unabhängigkeit kehren zurück, und nicht selten beginnen die Betroffenen in dieser Phase, Hilfsangebote zurückzuweisen, da sie nun wieder bereit sind, gewisse Dinge selbst zu bewältigen. Dieses Zurückweisen sollte durchaus im positiven Sinn als Eintritt in eine fortgeschrittene Phase des Bewältigungsprozesses gesehen werden.

Obgleich weitgehender Konsens über die Existenz von Trauerphasen besteht, wird doch von einigen Seiten der Einwand geäußert, dass dies keinesfalls das hierarchische Durchlaufen der einzelnen Phasen impliziert bzw. nur eine strenge kontinuierliche Abfolge als Kriterium für einen gesunden Trauerprozess anzusehen ist. Vielmehr sei ein Wechsel zwischen den Phasen, der Fortschritte wie auch Rückschritte von unterschiedlicher Zeitdauer und Intensität beinhalte, die Regel (z.B. (Lämmermann 1997), (Müller o.J.)). Nach Wolf (1991) erscheint es jedoch wesentlich, dass jede einzelne Phase durchlebt wird, damit der Verlust bewältigt werden kann.

Eine weitere Kritik an starren Phasenmodellen betrifft die Vernachlässigung des Einflusses von Persönlichkeits- und Charakterstrukturen (Lämmermann 1997). Diese sind jedoch nicht

nur für die Art der Bewältigung durch den/die Trauernden, sondern auch für die Unterstützung bei der Bewältigung durch andere Menschen von Bedeutung.

*„... ein hysterischer Charakter wird anders trauern als ein depressiver, und ein zwanghafter anders als ein schizoider (...). Wie wichtig die Berücksichtigung von Persönlichkeitsprofilen bei begleitender Trauerarbeit ist, erweist sich, wenn sich im Gespräch zwischen Trauernden und Tröstenden das ganze psychodynamische Drama von Übertragung und Gegenübertragung abspielt. Was passiert – so müsste man sich z.B. fragen, wenn ein depressiv grundgestimmter Tröster auf einen hysterischen Trauernden trifft (...).“
(Lämmermann 1997): 109).*

Neben grundlegenden Persönlichkeitseigenschaften sind noch weitere Faktoren zu nennen, die die Form der Trauerreaktion sowie die Abfolge der Phasen modifizieren könnten. So ist etwa zu vermuten, dass frühere (besonders frühkindliche) Erfahrungen mit Bindung und Verlust einen Einfluss auf die Verarbeitung haben (z.B. Bowlby, der darin jedoch keinen Widerspruch zu der Phasentheorie sieht). Auch dem vorgefundenen sozialen Umfeld (soziale Unterstützung!) kommt mit hoher Wahrscheinlichkeit eine nicht unerhebliche Bedeutung zu, (wie es in diesem Text auch mehrmals zur Sprache kommt).

Inwieweit die genannten Faktoren tatsächlich die Abfolge der Phasen beeinflussen oder ob sie vielmehr lediglich einen Einfluss auf die Dauer bzw. Intensität der einzelnen Phasen ausüben, ist jedoch weitgehend ungeklärt.

Symptome der Trauerreaktion

Lindemann (1944) bezeichnete Trauer als „a definite syndrome with psychological and somatic symptomatology“ ((Lindemann 1944), zitiert in (Stroebe & Stroebe 1987):8). Er war einer der ersten, der anhand von Beobachtungen typische Symptome der Trauer systematisch erfasste. Seine Erkenntnisse konnten durch nachfolgende Untersuchungen (z.B. (Bowlby 1981), (Clayton *et al.* 1968)) bestätigt und erweitert werden.

Stroebe & Stroebe (1987) erstellten eine Liste der Trauersymptome, die die zahlreichen Forschungsergebnisse zur Symptomatologie in sich vereint:

Emotionale Auswirkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Depression • Angst • Schuldgefühle • Wut und Feindseligkeit • Lustlosigkeit • Einsamkeit
Auswirkungen auf das Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgewühltheit • Müdigkeit • Weinen
Auswirkungen auf Einstellungen zu der eigenen Person, dem/der Verstorbenen und der Umwelt	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstvorwürfe • Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit • Mangel an Realitätssinn • Misstrauen • Persönliche Probleme • Sehnsucht nach dem Verstorbenen • Imitation des Verhaltens des Verstorbenen • Idealisierung des Verstorbenen • Ambivalente Gefühle gg. dem Verstorbenen • Lebhaftige Vorstellungsbilder von dem Verstorbenen • Ständiges Denken an den Verstorbenen
Kognitive Auswirkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Verschlechterung von Gedächtnis und Konzentrationsvermögen
Physiologische Auswirkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Appetitverlust • Schlafstörungen • Energieverlust • Körperliche Beschwerden • Selbe körperliche Beschwerden wie der/die Verstorbene • Medikamentenmissbrauch • Anfälligkeit für Krankheiten und Infekte

Tabelle 2: Symptome der Trauer ((Stroebe & Stroebe 1987):10ff)

Es fällt auf, dass zahlreiche Symptome für sich genommen sicherlich als pathologisch bezeichnet werden können (z.B. Mangel an Realitätssinn, Appetitverlust oder Medikamentenmissbrauch), im Kontext der Trauerreaktion jedoch als durchaus normal anzusehen sind.

Bowlby (1961) hat sich besonders mit auf den ersten Blick wenig plausiblen Reaktionsmuster im Zusammenhang mit dem Verlust eines anderen Menschen auseinandergesetzt. Dazu gehören ambivalente Gefühle gegenüber dem Verstorbenen (Wut, Aggression) und auch scheinbar irrationale Verhaltensweisen wie der zum Scheitern verurteilte Versuch, die verlorene Person zurückzugewinnen.

„Weil die wütende Bemühung, die verlorene Person wiederzugewinnen, im Falle eines Todes so offensichtlich vergeblich ist, hat man sie lange Zeit für pathologisch gehalten. Dies ist meiner Ansicht nach falsch. Weit davon entfernt, pathologisch zu sein, scheint der offene Ausdruck dieses mächtigen Dranges, so unrealistisch und hoffnungslos er auch sein mag, eine notwendige Bedingung dafür zu sein, dass das Trauern einen gesunden Verlauf nimmt.“ ((Bowlby 1961), zitiert in (Bowlby 1979/80):71)

Die Begründung für diese These findet Bowlby in der Evolutionstheorie: Auch nicht-menschliche Arten (Vögel, niedere Säugetiere, Primaten) zeigen ein ähnliches Reaktionsmuster, dessen integrativer Bestandteil Wut und Auflehnung gegen die unabänderliche Tatsache des Todes des Partners, Kindes etc. ist, was für eine biologische Verankerung dieses Verhaltensschemas spricht. Besonders für die Jungen ist es in freier Wildbahn extrem gefährlich, den Kontakt zur unmittelbaren Familiengruppe zu verlieren. Es liegt daher im zentralen Interesse der individuellen Sicherheit sowie der Reproduktion der Art, dass die Mitglieder einer Familie (Tierart) enge Bindungen aneinander entwickeln und im Falle einer Trennung starke Bemühungen entwickeln, das Mitglied, das sich von der Gruppe entfernt hat, wiederzufinden und von einem neuerlichen Fortgehen abzuhalten. Aus diesem Grund *„... haben sich die erblichen Verhaltensdeterminanten (die oft als instinkthafte bezeichnet werden) so entwickelt, dass man bei Verlust immer zunächst die geliebte Person zurückgewinnen und dann ausschimpfen will.“* ((Bowlby 1961), zitiert in (Bowlby 1979/80):72). Da es sich hier also um eine instinkthafte, gleichsam automatische Reaktion handelt, sollte dieser Drang durch jede Art von Verlust ausgelöst werden, egal ob er rückgängig gemacht werden kann oder nicht.

Den Unterschied zwischen einer normalen und einer pathologischen Trauerreaktion sieht Bowlby in der Unfähigkeit, eben diesen starken Wunsch, die verlorene Person wiederzugewinnen und auszuschimpfen bzw. die damit verknüpfte überwältigende Sehnsucht und Wut offen zum Ausdruck zu bringen. Ähnlich wie in psychoanalytischen Erklärungsansätzen argumentiert Bowlby, dass es in diesem Fall zu einer Abspaltung und Verdrängung dieser Emotionen kommt, dass sie jedoch als aktives System in der Persönlichkeit weiter existieren, wodurch das Verhalten und die Gefühle der Person stark beeinflusst werden. Auf diese Weise können sich in der Folge Persönlichkeitsstörungen und neurotischen Erkrankungen entwickeln.

Wie schwierig es ist, zwischen einer gesunden und einer pathologischen Trauerreaktion zu unterscheiden, wird auch in den Aussagen Freuds deutlich. So erklärt er 1912 in seinem Werk „Totem und Tabu“:

„Die Trauer hat eine ganz bestimmte psychische Aufgabe zu erledigen, sie soll die Erinnerungen und Erwartungen des Überlebenden von den Toten ablösen“ ((Freud 1912), zitiert in (Bowlby 1979/80):113)

48 Jahre später ist dieser hohe – und wohl überhöhte – Anspruch einer Einsicht gewichen, die offenbar näher an der Realität zu liegen scheint als die zuvor genannte sehr abstrakte Forderung:

„Man weiß, dass die akute Trauer nach einem solchen Verlust ablaufen wird, aber man wird ungetröstet bleiben, nie einen Ersatz finden. Alles, was an die Stelle rückt, und wenn es sie auch ganz ausfüllen sollte, bleibt doch etwas anderes. Und eigentlich ist es recht. Es ist die einzige Art, die Liebe fortzusetzen, die man ja nicht aufgeben will.“ ((Freud 1960), zitiert in (Bowlby 1979/80):113)

Dauer der Trauerperiode

Bowlby zufolge wird in der Einschätzung, wie lange eine „gesunde“ Trauerreaktion anhalten dürfe, in vielen Fällen von unrealistischen Erwartungen ausgegangen. Studien wie etwa jene von Maddison & Walker (1967) oder von Parkes (1971) zeigen, dass die meisten Menschen

viel Zeit benötigen, um über den Verlust des/der PartnerIn hinwegzukommen. Der Zeitrahmen des sprichwörtlichen „Trauerjahres“ scheint der Realität dabei in keiner Weise gerecht zu werden. In einer Studie von Parkes (1971) schienen nur vier von 22 Witwen am Ende des ersten Jahres mit der neuen Situation gut fertig zu werden. (Aus den genannten Untersuchungen von Maddison und Walker bzw. von Parkes geht auch hervor, dass die Trauer einer Frau am Ende der zwölf Monate um so stärker und der Gesundheitszustand um so schlechter ist, je jünger sie zum Zeitpunkt der Verwitwung ist). In einer späteren Untersuchung (Parkes & Weiss 1983) gaben zwei bis vier Jahre nach dem Tod des/der PartnerIn mehr als 40% der Verwitweten an, noch unter starken Ängsten und Depressionen zu leiden. Zisook & Shuchter (1986) fanden, dass noch 20% der Betroffenen angaben, sich nur mäßig bis wenig von ihrem Schmerz erholt zu haben. Müller spricht von einem Zeitraum von „bis zu acht Jahren (...) in dem Menschen heftig und immer wieder trauern“ ((Müller o.J.):1).

Im Gegensatz dazu gehen Clayton *et al.* (1972) davon aus, dass eine unkomplizierte Trauerreaktion nach vier bis sechs Wochen abgeschlossen ist.

Die Bedeutung der „Trauerarbeit“

Stroebe & Stroebe (1991) beschreiben „Trauerarbeit“ als kognitiven Prozess, dessen wesentliches Merkmal eine Konfrontation mit dem Verlusterlebnis ist sowie mit Erinnerungen an die verstorbene Person ist. Dabei solle die Tatsache des Verlusts nach gängigen Vorstellungen so konkret wie möglich im Bewusstsein verankert werden, da jede Form von Verdrängung als Zeichen einer pathologischen Entwicklung zu werten sei.

Es erscheint intuitiv einsichtig, dass es hilfreich für die trauernde Person ist, ihren Schmerz in Worte zu fassen. Ein maßgeblicher Einfluss kommt dabei verschiedenen Untersuchungen zufolge (z.B. Maddison & Walker 1967) auch dem Ausmaß der sozialen Unterstützung zu, die die Auseinandersetzung mit dem Verlust und den Ausdruck schmerzhafter Emotionen einerseits fördern, andererseits aber auch behindern kann.

Maddison & Walker (1967) befragten jeweils 20 Witwen mit als ungünstig bzw. günstig eingestufte Gesundheitssituation nach dem Ausmaß der sozialen Unterstützung, das sie erhalten hatten. Die Witwen, deren Zustand als ungünstig beurteilt worden war, berichteten, dass sie zu wenig Ermutigung erhalten hatten, ihren Schmerz und ihre Wut zu äußern und über den verstorbenen Partner zu sprechen. Stattdessen sei ihnen nahegelegt worden, sich zusammenzureißen und in die Zukunft zu schauen, anstatt sich mit der Vergangenheit auseinander zu setzen. Im Gegensatz dazu berichteten jene Frauen mit gutem Gesundheitszustand, dass das soziale Umfeld es ihnen erleichtert habe, zu weinen und die Stärke ihrer Gefühle auszudrücken. Sie beschrieben auch, welche Erleichterung es gewesen sei, ausführlich über die Zeit mit dem verstorbenen Partner und die Umstände seines Todes berichten zu können.

Insgesamt scheint eine Fülle von Hinweisen dafür zu existieren, dass die Individuen, die über ihren Verlust sprechen, auch weniger depressive Symptome zeigen und sich besserer Gesundheit erfreuen als jene, die dies eher vermeiden. Stroebe *et al.* (2001) warnen jedoch vor voreiligen Schlüssen in bezug auf die Kausalität: So könnte es etwa sein, dass die Personen, die mehr Symptome zeigen, auch mehr darüber sprechen müssen. Sie weisen auch darauf hin, dass Trauerarbeit auch in vielerlei anderer Form ablaufen kann als in Form von Gesprächen mit anderen Menschen – z.B. in Form von gedanklicher Auseinandersetzung mit dem Ereignis.

Stroebe und Stroebe ((Stroebe & Stroebe (1991), (Stroebe *et al.* 2001)) kommen zu dem Schluss, dass sowohl eine extrem vermeidende Haltung als auch eine allzu intensive Auseinandersetzung mit dem Ereignis bzw. mit der verstorbene Person einer gesunden Bewältigung des Verlusterlebnisses im Wege stehen. Sie stellen die Hypothese in Frage, dass emotionsorientiertes Coping die geeignetere Variante der Verarbeitung des

Verlusterlebnisses sei und schlagen als Alternative das sogenannte „Zwei-Prozess- Modell“ (bzw. „Oszillationsmodell“) vor ((Stroebe & Stroebe 1991), (Stroebe *et al.* 1999a)). Als empfehlenswerte Bewältigungsstrategie wird ein Hin-und-Her-Schwingen zwischen „loss orientation“ und „restoration orientation“ gesehen. Während „loss orientation“ in erster Linie die emotionale und gedankliche Auseinandersetzung mit dem Verlust meint, bezieht sich die „restoration orientation“ vorwiegend auf die Bewältigung lebenspraktischer Dinge, den Umgang mit den Veränderungen im Alltag (z.B. im Haushaltsleben), die sich aus dem Verlust ergeben und die Übernahme neuer Rollen. Beide Verhaltensweisen können sowohl emotionsorientierte als auch problemorientierte Aspekte beinhalten.

II. Geschlechtsunterschiede im Umgang mit dem Tod des/der PartnerIn

1. Geschlechtsunterschiede in Hinblick auf Morbidität und Mortalität

Will man untersuchen, inwieweit sich Männer und Frauen in ihren Reaktionen auf den Verlust des/der PartnerIn unterscheiden, ist es unerlässlich, geeignete Kontrollgruppen in die Überlegungen mit einzubeziehen. Dies bedeutet, dass es keinesfalls ausreichend ist, Männer und Frauen, die den/die PartnerIn verloren haben, einander gegenüberzustellen, sondern dass die Unterschiede zwischen jenen Männern bzw. Frauen, die einen Verlust erlitten haben und jenen, bei denen dies nicht der Fall ist, berücksichtigt werden müssen⁴.

Deutlich wird dieser Faktor am Beispiel der depressiven Verstimmung: Während der einfache Vergleich verwitweter Männer mit verwitweten Frauen sehr häufig eine höhere Depressionsneigung bei Frauen nachweist (z.B. (Gilbar & Dagan 1995), (Jacobs *et al.* 1986)), führt die Einbeziehung von entsprechenden Kontrollgruppen in den meisten Fällen zu konträren Ergebnissen (s.u.).

Depressive Verstimmung/Depression

Dass der Verlust eines nahestehenden Menschen mit Gefühlen tiefer Trauer und Verzweiflung einhergeht, kann wohl durchaus als „normale“ und keineswegs pathologische Reaktion verstanden werden (vgl. Abschnitt 0). Es ist wenig verwunderlich, dass eine depressive Verstimmung unter Verwitweten weiter verbreitet ist als unter verheirateten Personen. Einer Studie von Bron (1989) zufolge ist nahezu jede dritte Altersdepression unmittelbar auf einen Partnerverlust zurückzuführen.

Wie oben angeführt, ist die Einbeziehung von nicht von Partnerverlust betroffenen Männern bzw. Frauen als Kontrollgruppen maßgeblich, um nicht zu Ergebnissen zu gelangen, die ein verzerrtes Abbild der Realität liefern. Es ist bekannt, dass Frauen im Allgemeinen durchwegs höhere Depressionswerte aufweisen als Männer (z.B. (Pennebaker & Roberts 1992), (Shields 1991)) – das Morbiditätsrisiko von Frauen gegenüber Männern beträgt etwa 2:1 ((Holsboer-Trachsler 2000)). Sowohl Persönlichkeitseigenschaften und Coping-Strategien als auch psychosoziale Stressoren werden für die Geschlechtsunterschiede verantwortlich gemacht. Darüber hinaus werden auch biologische Parameter (z.B. endokrine Faktoren) als Erklärungsmodelle herangezogen⁵.

Ein Vergleich von verheirateten mit verwitweten Männern (bzw. Frauen) offenbart jedoch in den allermeisten Fällen ((Cramer 1993), (Nieboer *et al.* 1998), (Umberson *et al.* 1992) etc...), dass das relative Depressionsrisiko für Männer um ein vielfaches höher liegt als für Frauen. Während die Wahrscheinlichkeit für Frauen von einem relativ hohen Level ausgehend durch die Verwitwung nicht maßgeblich ansteigt, erhöht sich der Anteil der Männer mit depressiver Symptomatologie signifikant.

⁴ Selbstverständlich dürfen darüber hinaus auch soziodemografische Variablen wie Einkommenssituation etc.. nicht vernachlässigt werden.

⁵ Für Detailinformation siehe Holsboer-Trachsler 2000

(Sonstige) psychische Erkrankungen

In Analogie zur depressiven Symptomatologie sind auch andere psychische Erkrankungen, die (nach psychiatrischen Richtlinien) als behandlungsbedürftig eingeschätzt werden, unter Verwitweten weiter verbreitet als unter Verheirateten und bei Frauen grundsätzlich häufiger als bei Männern. Auch hier werden von größeren Unterschieden zwischen verheirateten und verwitweten Männern berichtet als zwischen verheirateten und verwitweten Frauen (Stroebe *et al.* 2001), was bedeutet, dass Männer einem höheren relativen Risiko ausgesetzt sind.

Analysiert man die Häufigkeit bestimmter Formen psychischer Erkrankungen nach dem Geschlecht, so sind bei Männern hohe Alkoholismusraten, bei Frauen jedoch hohe Depressionsraten evident (Stroebe & Stroebe 1987), was einen Zusammenhang mit unterschiedlichen Bewältigungsstrategien von Männern und Frauen nahe legt.

Obgleich die Ergebnisse offensichtlich in die erwähnte Richtung tendieren, weisen Stroebe *et al.* (2001) darauf hin, dass noch weitere Forschungsarbeit vor allem in Form umfassender Surveys nötig ist, da die Prävalenz psychischer Störungen in der Bevölkerung grundsätzlich verhältnismäßig gering ist und die Zahl der verwitweten Personen, die diese Voraussetzung erfüllen, entsprechend niedrig sein wird.

Physische Erkrankungen

Auch hier zeigt sich ein ähnliches Muster wie das zuvor beschriebene. Körperliche Erkrankungen sind unter Verwitweten häufiger anzutreffen als bei Verheirateten mit ähnlichem soziodemographischen Hintergrund, Frauen leiden eher an physischen Beschwerden als Männer und nehmen in größerem Ausmaß medizinische Einrichtungen in Anspruch. Wiederum zeigt jedoch der Vergleich von verheirateten mit verwitweten Individuen ein relativ höheres Erkrankungsrisiko für Männer als Folge des PartnerInnenverlusts auf.

In einer Langzeitstudie (Goldman *et al.* 1995) konnte nachgewiesen werden, dass verwitwete Männer einem weitaus höherem Risiko einer Körperbehinderung ausgesetzt waren als verheiratete. Die entsprechenden Unterschiede bei den Frauen waren beträchtlich geringer.

Laut Stroebe *et al.* (2001) existieren überraschenderweise recht wenige Untersuchungen zu diesem Thema. Diese wenigen Studien unterstützen jedoch die Hypothese, dass das relative Risiko für Männer höher liegt als für Frauen.

Sterblichkeit

Eine finnische Studie (Martikainen & Valkonen 1996), die von 1986-1991 an 1.58 Millionen verheirateter Männer und Frauen im Alter von 35-84 Jahren durchgeführt wurde, dokumentiert die beträchtlichen Geschlechtsunterschiede bei der Sterblichkeit nach dem Verlust des/der PartnerIn. Während verwitwete gegenüber verheirateten Frauen durchschnittlich einem um 9 Prozent erhöhten Sterberisiko ausgesetzt sind, liegt dieser Prozentsatz für Männer bei 21 Prozent. Im Alter von 35-64 Jahren, wo die natürliche Sterblichkeitsrate verhältnismäßig niedrig ist, steigt die Sterbewahrscheinlichkeit bei Frauen um 25 Prozent, bei Männern jedoch sogar um 66 Prozent an.

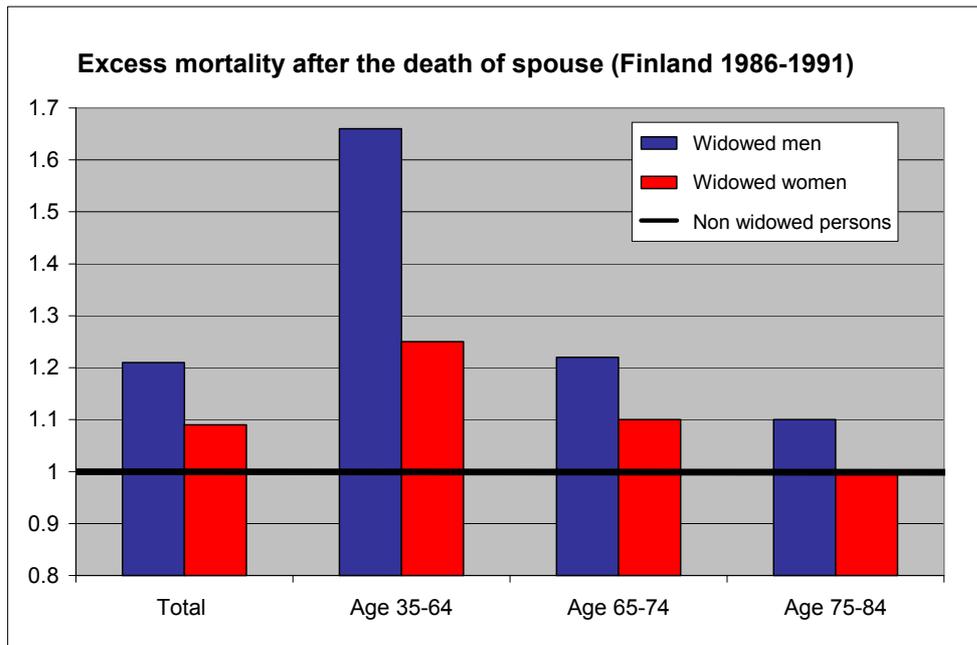


Abbildung 1: Sterblichkeitsüberhang nach dem Tod des/der EhepartnerIn (Finnland 1986-1991)

Verwitwete Männer begehen dreimal so häufig Selbstmord wie verheiratete, und auch die Wahrscheinlichkeit an den Folgen chronischen Alkoholmissbrauchs zu sterben, ist für jene Männer, die ihre Partnerin verloren haben, um das Dreifache erhöht. Auch andere Todesursachen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bestimmte Krebsarten und Verkehrsunfälle kommen bei verwitweten Männern weitaus häufiger in Frage als bei ihren verheirateten Geschlechtsgenossen. Verheiratete und verwitwete Frauen liegen in diesen Bereichen hingegen beträchtlich weniger weit auseinander.

Schlussfolgerungen

Es existieren eindeutige Belege dafür, dass das relative Erkrankungs- und Sterberisiko für Männer durch die Verwitwung viel stärker zunimmt als dies bei Frauen der Fall ist. Während sich verheiratete und verwitwete Frauen in weit geringerem Ausmaß unterscheiden, sind die Unterschiede bei den Männern hingegen zumeist eklatant. Auch wenn bei Frauen in manchen Fällen von vorneherein eine größere Neigung zu bestimmten Erkrankungen (z.B. Depression) besteht, scheint der (verhältnismäßig hohe) Ausgangslevel durch die Verwitwung bei weitem nicht so stark beeinflusst zu werden wie dies bei den Männern der Fall ist. Dies lässt den Schluss zu, dass Männer mit dem Verlust der Partnerin offenbar weitaus schlechter zurechtkommen als Frauen mit dem Verlust des Partners⁶.

Auf die möglichen Ursachen dieser auffallenden Ungleichheit wird im nachfolgenden Kapitel eingegangen.

Gründe für die Geschlechtsunterschiede

Es existieren unterschiedliche Vermutungen darüber, aus welchen Gründen Frauen offenbar besser mit dem Verlust (Tod) des Partners zurechtkommen als Männer.

⁶ in bezug auf gleichgeschlechtliche Partnerschaften konnten keine Untersuchungen ausfindig gemacht werden.

Unterschiede im sozialen Netzwerk („Puffermodell“)

Das Puffermodell geht davon aus, dass soziale Ressourcen die negativen Folgen von belastenden Ereignissen mildern und ein effektives Bewältigungsverhalten erleichtern. Eine Vielzahl von Studien belegt, dass soziale Kontakte und emotionale Unterstützung in positivem Zusammenhang zu psychischem Wohlbefinden stehen (Antonucci 1990); (Lopata 1996); (Silverstein & Bengtson 1994)).

Verschiedene Untersuchungen weisen auf Unterschiede zwischen Männern und Frauen in bezug auf Sozialkontakte hin, z.B.:

- Frauen verfügen über ein größeres und aktiveres soziales Netzwerk - sowohl vor als auch nach der Verwitwung ((Antonucci 1990); (Umberson *et al.* 1992))
- Frauen bieten ihren Männern mehr emotionale Unterstützung als umgekehrt ((Lee 1988); (Umberson *et al.* 1992))
- In der Partnerschaft stellt die Frau für den Mann oft die hauptsächliche, wenn nicht einzige Quelle sozialer Unterstützung dar, während dies bei Frauen eher andere Familienmitglieder und Freunde sind ((Lubben 1988); (Sanders 1988); (Stroebe & Stroebe 1987))
- Frauen suchen und erhalten mehr soziale Unterstützung nach dem Tod des Partners ((Farberow *et al.* 1992))

Obgleich eine hohe Übereinstimmung bezüglich des Vorhandenseins geschlechtsspezifischer Unterschiede im Bereich der sozialen Unterstützung besteht, sind die Ergebnisse uneinheitlich was die Frage betrifft, ob diese Unterschiede auch dafür verantwortlich sind, dass Frauen mit dem Tod des Partners besser zurechtkommen als Männer. Während etwa Siegel & Kuykendall (1990) oder Schwarzer (1992) in ihrer Untersuchung eine Bestätigung für die „Pufferhypothese“ sehen, können Stroebe *et al.* (1999b) keine Abhängigkeit des Ausmaßes an depressiver Symptomatologie und Einsamkeit von sozialer Unterstützung feststellen.

Unterschiede im Bewältigungsverhalten

Grundsätzlich wird Frauen ein eher emotionsorientiertes, Männern eher ein problemorientiertes Verhalten nachgesagt, was auch durch eine Reihe von Studien belegt wird ((Vingerhoets & van Heck 1990); (deRidder 2000)). Während von manchen ForscherInnen (z.B. (Hovanitz & Kozora 1990) grundsätzlich die problemorientierte Sichtweise als die effektivere betrachtet wird, weisen andere darauf hin, dass die Effektivität von problemorientiertem versus emotionsorientiertem Verhalten von der Art des Stressors abhängig ist (z.B. deRidder 2000). Beim Tod des Partners als unkontrollierbares Ereignis sei die problemorientierte Zugangsweise von geringerem Nutzen als die emotionsorientierte.

In diesem Zusammenhang wird auch des öfteren auf die größere Bereitschaft von Frauen zur sogenannten „Trauerarbeit“ hingewiesen (z.B. Lindsay 1983), der vor allem im theoretischen Konzept der Psychoanalyse sowie der Attachment-Theorie ((Bowlby 1971) (Bowlby 1975) (Bowlby 1979) (Bowlby 1981)) eine große Bedeutung beigemessen wird (vgl. auch Kapitel 0). Aufgrund ihrer Sozialisation und aufgrund des engermaschigeren sozialen Netzwerks (s.o.) solle es Frauen leichterfallen, ihre Emotionen auszudrücken und mit anderen über ihre Trauer zu sprechen.

In einer Studie konnten Stroebe & Stroebe (1991) feststellen, dass Witwer, die Trauerarbeit vermieden, zu einem späteren Untersuchungszeitpunkt depressiver waren, als jene, die sich mit dem Verlust auseinandersetzen. Bei Frauen schien jedoch keine Abhängigkeit von der Form der Bewältigung (konfrontativ oder vermeidend) zu bestehen. Wie bereits in Kapitel 0 ausgeführt, stellen Stroebe und Stroebe die Hypothese in Frage, dass emotionsorientiertes Coping bei der Bewältigung des Verlusterlebnisses effektiver sein sollte als

problemorientiertes. Stattdessen sei ein Hin-und-her-Schwingen zwischen „loss orientation“ und „restoration orientation“ empfehlenswert.

Den Grund für die geschlechtsspezifischen Differenzen zugunsten der Frauen sehen die AutorInnen darin begründet, dass Rollenkonstrukte es Frauen eher als Männern erleichtern, nicht ausschließlich ihre bevorzugte Bewältigungsstrategie anzuwenden. Während gerade von Frauen, denen die emotionale Konfrontation mit dem Verlust leichter fällt als Männern, eine ausgeprägte „restoration orientation“ gefordert wird (Führung des Haushaltes, Sorge für andere etc.), passt die intensive emotionale Auseinandersetzung mit dem Tod der Partnerin bei den tendenziell eher „restoration-orientated“ Männern weitaus weniger ins Rollenbild.

Ein weiterer Aspekt, der auf die unterschiedlichen Bewältigungsstile von Männern und Frauen fokussiert, ist der Unterschied im Gesundheitsverhalten. Demnach neigen Männer als Reaktion auf das Verlusterlebnis eher als Frauen zu schädigenden Verhaltensweisen wie (verstärktem) Alkohol- oder Tabakkonsum ((Zisook *et al.* 1990)). Von Lee *et al.* (1998) wird außerdem die Vermutung geäußert, dass es bei Männern aufgrund ihrer meist geringeren Kompetenz bei der Nahrungszubereitung eher zu einer Mangelernährung kommen könnte als bei Frauen.

Männer verlieren mehr/ für Männer ändert sich mehr / Frauen „gewinnen“ mehr

Wie bereits angeführt, haben Männer vor allem in sozialer Hinsicht mehr zu verlieren als Frauen. Frauen erfahren in höherem Ausmaß als Männer auch durch Freunde und andere Familienmitglieder als den Partner soziale Unterstützung, und Frauen offerieren ihrem Partner mehr Sozialsupport als umgekehrt (s.o.). Daneben bieten Frauen durch die hauptsächliche oder gar alleinige Durchführung von Haushaltstätigkeiten wie z.B. die Zubereitung der Nahrung auch mehr Unterstützung in instrumenteller Hinsicht ((Umberson *et al.* 1992); (Miller & Garrison 1982)). Auf der anderen Seite profitieren Frauen jedoch meist in finanzieller Hinsicht mehr (Smith & Zick 1986).

Dass Männer durch die Ehe mehr profitieren und daher auch mehr zu verlieren haben, wird auch durch die durchschnittlich höhere Lebenszufriedenheit verheirateter Männer im Vergleich zu verheirateten Frauen unterstrichen (Chipperfield & Havens 2001).

Eine wesentliche Ursache für Geschlechtsunterschiede wird in den unterschiedlichen Konsequenzen für das Alltagsleben gesehen. Während bei jenen Paaren, die eine sehr traditionelle Rollenaufteilung praktiziert haben, die Frau nach dem Tod des Partners gleichsam ihren „Herrschaftsbereich“ behält und ihren Alltag in ähnlicher Weise weitergestaltet wie zu Lebzeiten des Mannes, ist der Mann stärker von Desorientierung bedroht (Wilson 1983).

Darüber hinaus ist auch zu bedenken, dass Frauen in weitaus höherem Maße als Männer Pflegeaufgaben für den Partner übernehmen, die mit nicht unerheblichen Belastungen verknüpft sind. Der Tod des Partners stellt für diese Frauen insofern auch einen „Gewinn“ dar, als die durch die Pflege auferliegenden Belastungen wegfallen.

Männer sind auf den Verlust weniger vorbereitet

Die geringere Lebenserwartung der Männer und die Tatsache, dass in einer Partnerschaft der Mann meist älter ist als die Frau, machen es wahrscheinlich, dass der Tod des Mannes dem der Frau vorausgeht. Der kriegsbedingte „Männermangel“ und die höhere Wiederverheiratungsrate bei verwitweten Männern tun ein übriges, dass der Witwer im Gegensatz zur Witwe im höheren Alter eher eine Ausnahmeerscheinung darstellt. So waren in Österreich im Jahr 2000 bereits 40% der 70-74jährigen Frauen, jedoch lediglich 10% der

gleichaltrigen Männer verwitwet. Bei den über 84-jährigen betragen die entsprechenden Prozentsätze 83 versus 32 Prozent (Mikrozensus 2001). Frauen könnten die Verwitwung daher als weniger belastend erleben, weil sie für sie eine normale und zu erwartende Lebensphase darstellt ((Lee *et al.* 1998), (Rolland 1994)).

Hinzu kommt noch, dass für Männer eine weitaus geringere Anzahl an Rollenmodellen - und damit auch an möglicher sozialer Unterstützung durch Menschen mit gleichem Schicksal - zur Verfügung steht.

Die mangelnde Vorbereitung auf den Tod der Partnerin kann auch in Zusammenhang mit eher von Männern praktizierten Coping-Strategien gesehen werden: Der zu erwartende Verlust könnte von Männern eher verdrängt werden als von Frauen, da eine weniger emotionsorientierte Auseinandersetzung mit der Situation erfolgt.

Frauen sind außerdem weitaus öfter in der Situation, die Pflege für den kranken Partner zu übernehmen und dadurch unmittelbar mit der Krankheit und dem eventuell bevorstehenden Tod des Partners konfrontiert. Es kann gleichsam leichter eine „antizipatorische Bewältigung“ des Verlusterlebnisses stattfinden.

„gesundheitsfördernde Wirkung“ der Frau fällt weg

In verschiedenen Untersuchungen wird auf die „gesundheitsfördernde Wirkung“ einer Frau auf ihren Partner hingewiesen, die mit ihrem Tod verloren geht.

So stellen Steinberg *et al.* (1998) fest, dass das Vorhandensein einer Ehefrau sich auf das Gesundheitsverhalten des Mannes positiver auswirkt als die Existenz eines Ehemannes auf jenes der Frau. Und Helsing & Szklo (1981) vermuten, dass Männer, die keine Frau haben, die sich um sie sorgt, weniger wahrscheinlich in den Genuss medizinischer Maßnahmen kommen, wenn dies nötig wird.

biologische Geschlechtsunterschiede (Frauen sind anpassungsfähiger)

Vereinzelte wird auch die Möglichkeit biologisch begründeter Geschlechtsunterschiede in der Bewältigung des Verlusterlebnisses in Betracht gezogen.

Helsing & Szklo (1981) führen die Hypothese eines stärkeren weiblichen „Überlebenstriebes“ („sense of survivability“) an; Stroebe & Stroebe (1993) erläutern die Möglichkeit, dass Männer von Natur aus empfänglicher für die negativen Effekte von Stressoren sein könnten, was in Interaktion mit sozialen und psychologischen Variablen für die gegenüber Frauen erhöhte Anfälligkeit für gesundheitliche Beeinträchtigungen nach dem PartnerInnenverlust mitverantwortlich sein könnte.

III. Diskussion

Im vorliegenden Working Paper wurde versucht, das Ereignis des Partnerverlustes durch Tod – zumindest ansatzweise - in seiner Vielschichtigkeit zu erfassen.

Trauermodelle leisten einen wesentlichen Beitrag zum Verständnis der mit einem Verlusterlebnis verbundenen Verhaltensweisen und emotionalen wie körperlichen Reaktionen. Ist auch nicht ein einzelnes Modell für sich genommen in der Lage, die Trauerreaktion in all ihrer Komplexität zu beschreiben und zu erklären, so ergibt doch die Zusammenschau der verschiedenen Theorien ein recht differenziertes Bild.

Deutlich geworden sein sollte die Schwierigkeit, eine „normale“ von einer pathologischen Trauerreaktion abzugrenzen. Einzelne Symptome für sich genommen, die im Allgemeinen als Zeichen einer ernsthaften Störung zu werten sind, erscheinen im Kontext der Trauer normal. Umgekehrt wird eine weitgehende Freiheit von diesen Symptomen zumindest als irritierend, wenn nicht als Hinweis auf eine pathologische Entwicklung, erlebt. Manche, scheinbar widersinnigen Verhaltensweisen rücken in ein völlig anderes Licht und machen plötzlich Sinn, wenn man sie etwa mit Bowlby im Sinne der Evolutionsbiologie betrachtet. Ansichten über die Kriterien für eine erfolgreiche Bewältigung differieren ebenso wie die Aussagen, die sich auf eine „normale“ Dauer der Trauerperiode beziehen.

Vergleicht man die Folgen der Verwitwung für Frauen und Männer, so steigen Männer in Hinblick auf Morbidität und Mortalität durchwegs schlechter aus. Frauen weisen zwar in manchen Bereichen (z.B. in bezug auf das Depressionsrisiko) höhere Ausgangswerte auf als Männer, das relative Risiko, nach dem Tod des/der PartnerIn zu erkranken oder zu sterben, steigt bei Männern jedoch viel stärker an. Die Ursachen dafür dürften multikausal gesehen werden – Unterschiede in den sozialen Netzwerken und unterschiedliche Coping-Strategien scheinen hierbei wesentliche Komponenten darzustellen.

Sinnvolle Interventionsmöglichkeiten, d.h. Hilfestellungen für Menschen, die vom Ereignis des Partnerverlustes durch Tod betroffen sind, können nur auf einer Grundlage entwickelt werden, die die Situation in ihrer ganzen Komplexität begreift. Dazu gehört ein tiefes Verständnis der seelischen, körperlichen und verhaltensbezogenen Konsequenzen, die damit verbunden sind, und dazu gehören auch Kenntnisse über geschlechtsspezifische Unterschiede im Erleben und Verhalten. Vielleicht können die hier vorgestellten Inhalte zur Schaffung einer solchen Grundlage beitragen.

Literatur

- Abramson, L.Y. *u. a.* (1978): Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. In: *Journal of Abnormal Psychology*, (87). S. 49-74.
- Antonucci, T.C. (1990): Social support and social relationships. In: R.H. Binstock & L.K. George: *Handbook of Aging and the Social Sciences*. San Diego: Academic Press. S. 205-226.
- Bankoff, E. (1983): Social support and adaption to widowhood. In: *Journal of Marriage and the Family*, (45). S. 827-839.
- Beilin, R. (1981): Social functions of denial of death. In: *Omega*, (12). S. 25-35.
- Bowlby, J. (1961): Process of mourning. In: *International Journal of Psychoanalysis*, (42). S. 317-340.
- Bowlby, J. (1971): *Attachment and Loss. Attachment*. Harmondsworth: Pelican Books.
- Bowlby, J. (1975): *Attachment and Loss. Loss*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1979): *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- Bowlby, J. (1979/80): *Das Glück und die Trauer. Herstellung und Lösung affektiver Bindungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bowlby, J. (1981): *Attachment and Loss. Loss: Sadness and Depression*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Bron, B. (1989): Trauer und Depression im Alter. In: *Zeitschrift für Gerontologie*, (22). S. 162ff.
- Brown, G.W. & Harris, T. (1978): *Social origins of depression: A study of psychiatric disorders in women*. New York: Free Press.
- Catell, R.B. *u. a.* (1970): *Handbook for the 16 Personality Factor Questionnaire*. Champaign, IL: Institute for Personality and Testing.
- Chipperfield, J.G. & Havens, B. (2001): Gender differences in the relationship between marital status transitions and life satisfaction in later life. In: *Journal of Gerontology*, 56B (3). S. 176-186.
- Clayton, P.J. *u. a.* (1968): In: *American Journal of Psychiatry*, (125). S. 168-178.
- Clayton, P.J. *u. a.* (1972): The depression of widowhood. In: *British Journal of Psychiatry*, (120). S. 71-78.
- Cramer, D. (1993): Living alone, marital status, gender and health. In: *Journal of Applied Social and Community Psychology*, (3). S. 1-15.
- deRidder, D. (2000): Gender, stress and coping: Do women handle stressful situations differently from men? In: L. Sherr & J.S.S. Lawrence: *Women, health and the mind*. Chichester, England: Wiley. S. 115-135.
- Eysenck, H.J. & Eysenck, S.B.G. (1964): *Manual of the Eysenck Personality Inventory*. London: University of London Press.
- Farberow, N.L. *u. a.* (1992): The role of social supports in the bereavement process of surviving spouses of suicide and natural deaths. In: *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 1 (22). S. 107-124.
- Festinger, L. (1954): A theory of social comparison process. In: *Human Relations*, (7). S. 117-140.
- Freud, S. (1912): *Totem und Tabu. Gesammelte Werke, Bd.9*. Frankfurt/Main: S. Fischer.
- Freud, S. (1917): Trauer und Melancholie. In: *Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse*, (4). S. 288-301.
- Freud, S. (1923): *Das Ich und das Es*. Leipzig: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Gilbar, O. & Dagan, A. (1995): Coping with loss: Differences between widows and widowers of deceased cancer patients. In: *Omega: Journal of Death and Dying*, (31). S. 207-220.
- Glick, I. *u. a.* (1974): *The first year of bereavement*. New York: Wiley.
- Goldman, N. *u. a.* (1995): Marital status and health among the elderly. In: *Social Science and Medicine*, (40). S. 1717-1730.

- Gudat, Ulrich (1987): Entwicklungspsychologie der Eltern/Kind-Beziehung: Bindung. In: D. Jugendinstitut: Handbuch Beratung im Pflegebereich. München: DJI Verlag Deutsches Jugendinstitut.
- Helsing, K.J. & Szklo, M. (1981): Mortality after bereavement. In: *American Journal of Epidemiology*, (114). S. 41-52.
- Holmes, T.H. & Masuda, M. (1974): Life change and illness susceptibility. In: B.S. Dohrenwend & B.P. Dohrenwend: *Stressful life events*. New York: Wiley.
- Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967): The social readjustment rating scale. In: *Journal of Psychosomatic Research*, (11). S. 213-218.
- Holsboer-Trachsler (2000): Warum sind Frauen häufiger depressiv? In: *Ars medici*, (6). S. 366-369.
- Horowitz, M.J. u. a. (1980): Pathological grief and the activation of latent self-images. In: *American Journal of Psychiatry*, (137). S. 1157-1162.
- Hovanitz, C.A. & Kozora, E. (1990): Life stress and clinically elevated MMPI scales: Gender differences in the moderating influence of coping. In: *Journal of Clinical Psychology*, (45). S. 766-777.
- Jacobs, S. u. a. (1986): The measurement of grief: Age and gender variations. In: *British Journal of Medical Psychology*, (59). S. 305-310.
- Jacobs, S. & Ostfeld, A.M. (1980): The clinical management of grief. In: *Journal of American Geriatrics Society*, (28). S. 331-335.
- Kast, Verena (2001): *Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses*. Stuttgart: Kreuz Verlag.
- Lämmermann, G. (1997): Vom Trösten Trauernder. Mutmaßungen über ein pastoralpsychologisches Problem. In: *Pastoraltheologie*, (H3). S. 103-124.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984): *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lee, G.R. (1988): Marital intimacy among older persons: The spouse as confidant. In: *Journal of Family Issues*, (10). S. 273-284.
- Lee, G.R. u. a. (1998): Widowhood and depression. Gender differences. In: *Research on Aging*, 20 (5). S. 611-630.
- Lindemann, E. (1944): Symptomatology and management of acute grief. In: *American Journal of Psychiatry*, (101). S. 141-148.
- Lindemann, E. (1950): Modifications in the course of ulcerative colitis in relationship to changes in life situations and reaction patterns. In: *Life Stress and Bodily Disease, Association for Research in Nervous and Mental Disorders*, (29). S. 706-723.
- Lopata, H.Z. (1996): *Current widowhood: myths and realities*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lubben, J.E. (1988): Gender differences in the relationship of widowhood and psychological well-being among low income elderly. In: *Women and Health*, (14). S. 161-189.
- Maddison, D.C. & Walker, W.L. (1967): Factors affecting the outcome of conjugal bereavement. In: *British Journal of Psychiatry*, (113). S. 1,057-051,067.
- Martikainen, P. & Valkonen, T. (1996): Mortality after death of spouse in relation to duration of bereavement in Finland. In: *Journal of Epidemiology and Community Health*, (50). S. 264-268.
- Mechanic, D. (1978): *Medical Sociology*. New York: Free Press.
- Miller, J. & Garrison, H.H. (1982): Sex Roles: The division of labour at home and in the workplace. In: *Annual Review of Sociology*, (8). S. 237-262.
- Müller, M. Thema "Trauer" - Mythen und Fakten. In: CHV aktuell online. Abrufbar unter www.chv.org/nr35/mythen.html, (35).
- Nieboer, A.P. u. a. (1998): Conjugal bereavement and well-being of elderly men and women: A preliminary study. In: *Omega: Journal of Death and Dying*, (38). S. 113-142.
- Parkes, C.M. (1971): Determination of outcome of bereavement. In: *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, (64). S.279.
- Parkes, C.M. & Weiss., R.S. (1983): *Recovery from bereavement*. New York: Basic Books.
- Parkes, C.M. (1986): *Bereavement: Studies of grief in adult life*. London: Penguin.
- Paykel, E.S. u. a. (1969): Life events and depression: A controlled study. In: *Archives of General Psychiatry*, (22). S. 11-21.

- Pennebaker, J.W. & Roberts, T. (1992): Toward a his and hers theory of emotion: Gender differences in visceral perception. In: *Journal of Social and Clinical Psychology*, (11). S. 199-212.
- Räber-Schneider, K. (2002): *Infusion gegen die Traurigkeit*. Sion, Schweiz: Devas.
- Rabkin, J.G. & Struening, E.L. (1976): Life events, stress and illness. In: *Science*, (194). S. 1,013-011,020.
- Rahe, R.H. (1968): Life change measurement as a predictor of illness. In: *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, (61). S. 124-126.
- Remondet, J.H. u. a. (1986): Rehearsal for widowhood. In: *Journal of Social and Clinical Psychology*.
- Rolland, J.S. (1994): In sickness and in health: The impact of illness on couples' relationships. In: *Journal of Marital and Family Therapy*, (4). S. 327-347.
- Sanders, C.M. (1988): Risk factors in bereavement outcome. In: *Journal of Social Issues*, (44). S. 97-111.
- Schwarzer, C. (1992): Bereavement, received social support and anxiety in the elderly: A longitudinal analysis. In: *Anxiety Research*, (4). S. 287-298.
- Seligman, M.E.P (1975): *Helplessness*. San Francisco, CA: W.H. Freeman.
- Seyle, H. (1976): *The stress of life*. 2nd Edition. New York: McGraw Hill.
- Shields, S.A. (1991): Gender in the psychology of emotion: A selective research review. In: K.T. Strongman: *International review of studies on emotion*. Chichester, England: Wiley. S. 227-245.
- Siegel, J.M. & Kuykendall, D.H. (1990): Loss, widowhood and psychological distress among the elderly. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (5). S. 519-524.
- Silverstein, M. & Bengtson, V.L. (1994): Does intergenerational social support influence the psychological well-being of older parents? The contingencies of declining health and widowhood. In: *Social Science and Medicine*, (38). S. 943-957.
- Smith, K.R. & Zick, C.D. (1986): The incidence of poverty among the recently widowed: Mediating factors in the life course. In: *Journal of Marriage and the Family*, (48). S. 619-630.
- Spiegel, Y. (1989): *Der Prozess des Trauerns. Analyse und Beratung*. 7.Auflage. München: Kaiser.
- Steinberg u. a. (1998): Health-related behaviours and the benefits of marriage for elderly persons. In: *The Gerontologist*, (38). S. 618-627.
- Stroebe, M. & Stroebe, W. (1991): Does "grief work" work? In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, (59). S. 479-482.
- Stroebe, M. u. a. (2001): Gender differences in adjustment to bereavement. An empirical and theoretical review. In: *Review of General Psychology*, 5 (1). S. 62-83.
- Stroebe, M. u. a. (1999a): The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. In: *Death studies*, (23). S. 197-224.
- Stroebe, W. & Stroebe, M. (1987): *Bereavement and health*. New York: Cambridge University Press.
- Stroebe, W. & Stroebe, M. (1993): Determinants of adjustment to bereavement in younger widows and widowers. In: M. Stroebe, W. Stroebe & R.O. Hansson: *Handbook of bereavement: Theory, research and intervention*. New York: Cambridge University Press. S. 208-226.
- Stroebe, W. u. a. (1999b): Does differential social support cause gender differences in bereavement outcome? In: *Journal of Applied Social and Community Psychology*, (9). S. 1-12.
- Taylor, S.E. (1983): Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaption. In: *American Psychologist*, (38). S. 161-173.
- Theorell, T. u. a. (1975): The relationship of disturbing life changes and emotions to the early development of myocardial infarction and other serious illnesses. In: *International Journal of Epidemiology*, (4). S. 281-293.
- Umberson, D. u. a. (1992): Widowhood and depression: Explaining long-term gender differences in vulnerability. In: *Journal of Health and Social Behaviour*, (33). S. 10-24.

- Vingerhoets, A.J.J.M. & van Heck, G.L. (1990): Gender, coping and psychosomatic symptoms. In: *Psychological Medicine*, (20). S. 125-135.
- Wolf, Doris (1991): *Einen geliebten Menschen verlieren - Vom schmerzlichen Umgang mit der Trauer*. Mannheim: PAL.
- Worden, J.W. (1982): *Grief counselling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. New York: Springer.
- Zisook, S. & Shuchter, S.R. (1986): The first four years of widowhood. In: *Psychiatric Annals*, (16). S. 288-294.
- Zisook, S. u. a. (1990): Alcohol, cigarette and medication use during the first year of widowhood. In: *Psychiatric Annals*, (20). S. 318-326.

Zuletzt erschienene WORKING PAPERS:

- Wolfgang Lutz, Vera Nowak, Stefan Ohmacht, Martin Oppitz, Christiane Pfeiffer, Helmuth Schattovits, Martin Schneider, Wilfried Schönbeck, Wolfgang Schulz, „**Rohbericht – Band 1 Ergebnisbericht zum Projekt**“, „**Entwicklung von Modellen eines Kinderbetreuungsschecks und Analyse der Auswirkungen**“ (Machbarkeitsstudie Kinderbetreuungsscheck), Nr. 8/1998 – in deutscher Sprache
- Vera Nowak, Rudolf Schipfer, „**Familien in Zahlen**“, Daten und Graphiken zur Familie in Österreich auf einen Blick, Nr. 9/1998 – in deutscher Sprache
- Paloma Fernández de la Hoz, Johannes Pfliegerl, „**MigrantInnen im Spital**“, Workshop für MitarbeiterInnen in Gesundheitseinrichtungen der Stadt Wien, Nr. 10/2001 – in deutscher Sprache
- Martin Spielauer, Norbert Neuwirth, „**Family Microsimulation**“, Nr. 11/2001 – in englischer Sprache
- Veronika Gössweiner, Christiane Pfeiffer, Rudolf Richter, „**Quality of Life and Social Quality**“, Nr. 12/2001 – in englischer Sprache
- Brigitte Cizek, Christiane Pfeiffer, „**HorseTalks**“, Nr. 13/2001 – in deutscher Sprache
- Martin Spielauer, Franz Schwarz, Kurt Schmid, „**Education and the Importance of the First Educational Choice in the Context of the FAMSIM+ Family Microsimulation Model for Austria**“, Nr. 15/2002 – in englischer Sprache
- Coomaren P. Vencatasawmy, „**Modelling Fertility in a Life Course Context: Some Issues**“, Nr. 16/2002 – in englischer Sprache
- Norbert Neuwirth, „**Labor Supply of the Family – an Optimizing Behavior Approach to Microsimulation**“, Nr. 17/2002 – in englischer Sprache
- Martin Spielauer, „**The Potential of Dynamic Microsimulation in Family Studies: A Review and Some Lessons for FAMSIM+**“, Nr. 18/2002 – in englischer Sprache
- Sabine Buchebner-Ferstl, „**Die Partnerschaft als Ressource bei kritischen Lebensereignissen am Beispiel der Pensionierung**“, Nr. 19/2002 – in deutscher Sprache
- Sonja Dörfler, Karin Städtner, „**European Family Policy Database – Draft Manual**“, Nr. 20/2002 – in englischer Sprache
- Johannes Pfliegerl, „**Family and Migration. Research developments in Europe: A general overview**“, Nr. 21/2002 – in englischer Sprache
- Sonja Dörfler, „**Familienpolitische Maßnahmen zum Leistungsausgleich für Kinderbetreuung - ein Europavergleich**“, Nr. 22/2002 – in deutscher Sprache
- Franz Schwarz, Martin Spielauer, Karin Städtner, „**Gender, Regional and Social Differences at the Transition from Lower to Upper Secondary Education. An Analysis in the Context of the FAMSIM+ Family Microsimulation Model for Austria**“, Nr. 23/2002 – in englischer Sprache
- Veronika Pfeiffer-Gössweiner, Johannes Pfliegerl, „**Migration in the European Union: An Overview of EU Documents and Organisations Focusing on Migration**“, Nr. 24/2002/E – in englischer Sprache
- Karin Städtner, „**Arbeitsmarktrelevante Konsequenzen der Inanspruchnahme von Elternkarenz**“, Nr. 25/2002 – in deutscher Sprache
- Franz Schwarz, Martin Spielauer, „**The Composition of Couples According to Education and Age. An Analysis in the Context of the FAMSIM+ Family Microsimulation Model for Austria**“, Nr. 26/2002 – in englischer Sprache
- Franz Schwarz, Martin Spielauer, Karin Städtner, „**University Education - An Analysis in the Context of the FAMSIM+ Microsimulation Model for Austria**“, Nr. 27/2002 – in englischer Sprache

Zu beziehen bei:

Österreichisches Institut für Familienforschung (ÖIF)
Gonzagagasse 19/8, A-1010 Wien
Tel: +43-1-535 14 54-19
Fax: +43-1-535 14 55
Mail: edeltraud.puerk@oif.ac.at



Das Österreichische Institut für Familienforschung (ÖIF) ist ein unabhängiges, gemeinnütziges Institut zur interdisziplinären wissenschaftlichen und anwendungsbezogenen Erforschung und Darstellung der Vielfalt und Veränderungen familialer Lebenswelten aus Sicht von Kindern, Frauen und Männern.

Gedruckt mit Unterstützung des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen sowie der Länder Burgenland, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Tirol, Vorarlberg und Wien.