

SEELISCH KRANKE UNTER UNS

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Informationen – Reports - Interviews

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat jeder Vierte seelische Probleme, die einer Abklärung und Behandlung bedürfen. Die Internet-Serie *Seelisch Kranke unter uns* aus dem psychiatrischen Alltag will in kurzen Berichten über die wichtigsten Krankheitsbilder, Symptome, psychischen Belastungen und ihre Folgen informieren.

Wenn Sie Interesse haben, nutzen Sie auch die Internet-Serie *Psychiatrie heute* mit einem ausführlicheren Informations- und Weiterbildungsangebot über psychische Störungen.

TRAUER

Trauerphasen – Dauer des Trauerprozesses – der Unterschied zwischen Trauer und Depression – Empfehlungen zur Betreuung – Fehlermöglichkeiten – Medikamente

Trauer ist unzeitgemäß geworden. So etwas kennt der „moderne“, d. h. aktive, dynamische, erfolgreiche Mensch einfach nicht mehr. Doch diese Einstellung kann folgeschwer werden. Niemand bleibt von Schicksalsschlägen verschont. Und wer Trauer als natürliche und damit sinnvolle Reaktion unterdrückt, muss ggf. mit langwierigen seelischen, psychosozialen und sogar körperlichen, d. h. meist psychosomatischen Störungen rechnen.

Was muss man wissen, was kann man tun, was sollte man vermeiden?

Zwar ist die **Trauer** eine der intensivsten und schmerzhaftesten gefühlsmäßigen Belastungen, die durch regelrechte „Trauerarbeit“ überwunden werden muss. Eine Krankheit ist jedoch auch die Trauer nicht, obgleich sie viel länger

dauern kann, als die Umgebung im allgemeinen hinzunehmen gewillt ist. Dabei kann man sogar mehrere Phasen unterscheiden:

In der **ersten Phase** will man alles nicht wahr haben, nur aus einem bösen Traum erwachen. Man ist wie versteinert.

In der **zweiten Phase** brechen verschiedenartige, meist heftige (wenn auch nach außen verborgene) Gefühlswallungen auf: Schmerz, Wut (z. B. über das Verlassensein), Angst, Zorn, Schuldgefühle, die Suche nach einem Schuldigen, aber auch Liebe und quälende Sehnsucht, manchmal sogar Freude über einen neuen Lebensabschnitt (was wiederum Schuldgefühle auslöst). Je weniger bisher Gefühle zugelassen werden konnten, desto schwerer ist diese Phase. Sie äußert sich vor allem in vermehrten Schlafstörungen, einer besonderen Anfälligkeit für Infektionskrankheiten und sogar Unfällen sowie ggf. in Selbstbehandlungsversuchen mit beispielsweise Alkohol und Tabletten, die auch einmal entgleisen können.

In der **dritten Phase** kann der Trauernde an nichts mehr anderes denken als an seinen Schicksalsschlag. Während dieser Zeit zieht er sich zurück und ist mit sich selber und seinem Schmerz beschäftigt. Das kann die Vergangenheit idealisieren. Doch die Wirklichkeit holt ihn wieder ein. Die Realität wird langsam akzeptiert.

In einer **vierten Phase** bewegt sich der Betroffene wieder langsam auf die Welt und andere Menschen zu. Auch das provoziert widersprüchliche Gefühle: Alles wird offener, intensiver erlebt und gestaltet, nichts soll verpasst werden. Andererseits hat man auch Angst vor erneuten Beziehungen, um nicht wieder eines Tages mit Trauer bezahlen zu müssen.

Die **Dauer des Trauerprozesses** ist individuell und schwer festlegbar. Das früher übliche „Trauerjahr“ erscheint sogar häufig zu kurz. Auch pflegt der Schmerz nicht am Anfang, sondern Monate nach dem Verlust am ausgeprägtesten zu sein. Gerade während dieser Zeit aber beginnt die Anteilnahme der Umwelt deutlich zu verblassen. Man fordert - offen oder heimlich - wieder langsam zur Tagesordnung zurückzukehren. Doch die einzelnen Trauerphasen können immer wieder aufbrechen, wenngleich kürzer.

Betreuung eines Trauernden

Die **Behandlung** oder besser **Betreuung** ist schwieriger, als sich die meisten vorstellen. Vor allem kann man dabei allerhand Fehler machen, die den Trauernden noch mehr belasten (Einzelheiten siehe Kasten).

Auf jeden Fall darf man nicht versuchen, dem Trauernden die Trauer zu nehmen. Auch soll man nicht mit eigenen Maßstäben messen, besonders in jungen Jahren und im höheren Lebensalter. Trauernde werden meist falsch betreut, nicht nur inhaltlich, sondern auch zeitlich, d. h. zuviel am Anfang und zuwenig im Verlaufe der folgenden Leidenszeit. Nach einigen Wochen oder Monaten empfindet man sie sogar als belastend. Jetzt sollten die Betroffenen nach Ansicht der Umgebung ihre Trauer möglichst bald überwinden. Der Trauernde gerät damit unter Druck von beiden Seiten: eigener Schmerz und Forderung der Umgebung. Hier kann man viel falsch machen. Deshalb ist es so wichtig, sich wenigstens einige Verhaltensempfehlungen zu merken.

Trauer: was kann man tun, was soll man lassen

- Nicht versuchen, dem Trauernden die Trauer zu nehmen (ist meist eine egoistische Einflussnahme, um sich selber zu entlasten).
- Vorsicht bei Betroffenen in jungen Jahren und im höheren Lebensalter (zwei besonders empfindliche Lebensabschnitte mit erhöhter Selbsttötungsgefahr).
- Nie mit eigenen Maßstäben messen (es kommt nicht darauf an, was „man“ für ertragbar hält, sondern wie breit die Schultern sind, die den Schicksalsschlag zu ertragen haben).
- Den Trauerprozess nicht zeitlich begrenzen wollen. Die Entscheidung trifft die Belastungsfähigkeit des Betroffenen selber.
- Den Trauernden die Möglichkeit geben, ihre Gefühle zeigen zu dürfen: Wer sich „zusammennimmt“, ist bequem für die anderen, aber schädlich für den Genesungsprozess; was aber nicht heißt, dass der Trauernde „gezielt“ auf Kosten seines Umfelds trauern soll (was es gelegentlich auch gibt).
- Falsche Ratschläge („Gönnen Sie sich doch wieder einmal ein Vergnügen“), nutzlose Appelle („Sie müssen sich einfach mehr zusammennemen“) und leere Redensarten vermeiden („Glücklicherweise ist sonst nichts passiert“).
- Nicht oberflächlich trösten oder den Verlust herunterspielen, sondern eher still-verständnisvoll mitleiden: Anwesenheit und stumme Zuwendung bedeuten oft mehr als Worte (die einem ohnehin nach einiger Zeit auszugehen pflegen).
- Vorsicht an Wochenenden, Feiertagen und vor allem Jahrestagen (Einsamkeit, Rückblick, Erinnerung).
- Kleine Aufmerksamkeiten signalisieren Verbundenheit in der Not und spenden mehr Trost, als gemeinhin angenommen: Postkarte, Anruf, kurzer Besuch u. a.
- Hilfreich sind auch entsprechende Bücher oder der Kontakt mit Menschen, die ihren Trauerprozess erfolgreich abschließen konnten.

- Bei plötzlichem, dramatischem oder gewaltsamen Tod mit verlängerter und verstärkter Schockphase rechnen (Vorsicht vor abrupten, unvorhersehbaren Reaktionen, besonders bei ohnehin labiler Wesensart).
- Selbst bei entstellendem Tod die Möglichkeit nutzen, sich von dem Verstorbenen/Verunfallten persönlich zu verabschieden. Ansonsten können später die unsinnigsten Phantasien auftreten, die sich deshalb auch mit niemand besprechen lassen („Vielleicht lebt er noch und ist nur ausgewandert ...“).
- Und vor allem: Geduld, Geduld und die Gabe, sich nicht anstecken zu lassen.

Medikamente bei Trauerreaktionen?

Trauerprozesse können überaus schmerzlich und zermürend werden, besonders am Anfang und schließlich auf längere Sicht. Doch mit medikamentöser Unterstützung soll man zurückhaltend sein. Sinnvoller ist eine langfristige und tröstende Verfügbarkeit, ggf. gezielte Betreuung - falls möglich.

Wenn jedoch Medikamente nötig sind, dann nur kurzfristig und bedarfsweise (z. B. Schlafmittel). Vorsicht vor der unkritischen Gabe von Beruhigungsmitteln (Tranquilizer vom Typ der Benzodiazepine). Sie können zwar gefühlsmäßig distanzieren, dämpfen jedoch durch ihre „abschottende“ Wirkung die Betroffenheit. Dadurch stören sie den Trauerprozess und können ihn verlängern. Dann muss diese „medikamentös ausgestanzte“ Trauerphase später nachgeholt werden.

Neuerdings diskutiert man dafür eine medikamentöse Stützung durch psychotrope Pflanzenheilmittel wie Johanniskraut/Baldrian/Hopfen/Melisse usw. Sie scheinen - ausreichend hoch dosiert und lange genug eingenommen - den Trauerprozess tatsächlich etwas zu erleichtern, das Abgleiten in eine Depression zu erschweren und dabei aber die notwendige Trauerarbeit nicht zu verhindern.

Wie unterscheiden sich Trauer und Depression?

Keine Trauer, sondern eine **depressive Störung von Krankheitswert** liegt vor,

- wenn die Verstimmung im Sinne einer Herabgestimmtheit unterbrochen und länger als nur einige Tage, Wochen oder gar Monate besteht (was allerdings nicht immer zutrifft, es gibt auch langwierige Trauerreaktionen, besonders im höheren Lebensalter),

- wenn sie vom Betroffenen selbst als nicht nur quälend, sondern zumindest teilweise fremd und nicht mehr abschüttelbar erlebt wird (was als charakteristisches Kennzeichen gilt),
- wenn sie mit drängenden und beherrschenden Schuld- und Insuffizienz-Gefühlen (im Sinne von Nicht-Können trotz Wollen), mit gleichgültiger Selbstvernachlässigung, mit ernstesten Todeswünschen und/oder konkreten Suizidideen einhergeht,
- wenn sie von außen, d. h. durch soziale Kontakte nicht in der üblichen Weise zu lindern ist (selbst die erfreulichste Nachricht kann eine Depression nicht merklich und vor allem längerfristig aufhellen),
- wenn der Zustand so bedrängend wird, dass der Betroffene ärztliche Hilfe aufsuchen muss.

Vor allem die letzte Erkenntnis erscheint zwar banal, gilt aber als wichtiger Unterscheidungsfaktor, denn: Wer nur traurig ist, geht deshalb kaum zum Arzt (Prof. Dr. med. Volker Faust).

Weitere Informationen siehe die Internet-Serie *Psychiatrie heute*

<http://www.volker-faust.de/psychiatrie>