

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

TRAUER

Normale Trauer – anhaltende Trauerreaktion

Trauer ist eine natürliche Reaktion und so alt wie die Menschheit. Sie scheint aber irgendwie unzeitgemäß geworden zu sein, passt wohl nicht mehr zu der „modernen“, d. h. aktiven, dynamischen, erfolgreichen Einstellung unserer Zeit und Gesellschaft. Doch dieses Fehlurteil kann folgeschwer ausgehen. Niemand bleibt von Schicksalsschlägen verschont. Und wer Trauer als natürliche und damit sinnvolle Reaktion auf einen schmerzlichen Verlust unterdrückt, muss ggf. mit langwierigen seelischen, psychosozialen und sogar körperlichen, d. h. meist psychosomatischen Störungen rechnen. Und dies schon bei einer „normalen“ Trauerreaktion, ganz zu schweigen von einer längeren, so genannten anhaltenden Trauerstörung.

Was muss man wissen, was kann man tun, was sollte man vermeiden? Darüber eine kurz gefasste Übersicht.

Erwähnte Fachbegriffe:

Trauer – Depression – Beschwerdebild bei „normaler“ Trauer – Leidensbild bei andauernder Trauerstörung – anhaltende komplexe Trauerreaktion nach DSM-5[®] – Trauerphasen – Dauer des Trauerprozesses – Unterschied zwischen „normaler“ und anhaltender komplexer Trauerstörung – Trauer und Geschlecht – Trauer und Alter – Trauer-Verlauf – Trauer und erbliche Aspekte – Trauer und psychosoziale Folgen – Trauer und körperliche Krankheiten – Trauer und genetische (Erb-)Aspekte – Trauer in der Kindheit – Trauer im höheren Alter – Trauer oder Dysthymie – Trauer oder Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) – Trauer und seelisch-körperliche Mehrfach-Belastung – Empfehlungen zur Trauer-Betreuung – Fehlermöglichkeiten bei Trauer-Betreuung – Medikamente bei Trauer – u. a. m.

Allgemeine Aspekte

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 vor allem die Umgebung im allgemeinen hinzunehmen gewillt ist. Allerdings unterscheidet die moderne Psychiatrie inzwischen zwei Verlaufsformen mit unterschiedlichem Beschwerdebild, nämlich zum einen die „normale“ Trauer (sprich normal im Unnormalen, das heißt schicksalhafter Belastung) von der andauernden *Trauerstörung* (Fachbegriff: anhaltende komplexe Trauerreaktion). Einzelheiten dazu siehe später.

Zuerst aber eine im Trauer-Alltag hilfreiche Einteilung, wie man sie früher gesehen hat und natürlich auch heute bei entsprechender Aufmerksamkeit registrieren kann. Dabei lassen sich sogar mehrere Phasen unterscheiden. Im Einzelnen:

- 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 oft 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 Selbstbehandlungs-Versuchen mit zumeist Alkohol oder gar Medikamenten, die – wenn an ärztlicher Kontrolle vorbei – 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, muss akzeptiert werden.
- In einer **vierten und letzten 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 bei-

spielsweise neuen Beziehungen, um nicht wieder eines Tages mit Trauer bezahlen zu müssen.

Die **Dauer des Trauerprozesses**, vor allem das geschilderte Leidensbild, ist natürlich individuell und generell schwer festlegbar. So wurde schon früher darauf hingewiesen, dass das übliche „Trauerjahr“ in Einzelfällen sogar häufig zu kurz erschien, selbst bei „normaler“ Verarbeitung der Trauer. Auch pflegt der Schmerz nicht grundsätzlich am Anfang, sondern bisweilen erst Wochen oder gar Monate nach dem Verlust am ausgeprägtesten zu werden. Auch können die einzelnen Trauerphasen immer wieder aufbrechen, mal leichter, bisweilen aber auch intensiver, zumeist aber wenigstens kürzer.

Das leitet zum zweiten Thema über, nämlich der inzwischen so definierten *anhaltenden komplexen Trauerreaktion*, wie sie vor allem von der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) in ihrem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störung – DSM-5[®] konkret ausgeführt wird. Andere tonangebende Institutionen wie z. B. die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ihrer in Arbeit befindlichen Internationalen Klassifikation psychischer Störungen – ICD-11 dürften folgen. Im Einzelnen:

Anhaltende komplexe Trauerreaktion nach DSM-5[®]

Schon die Medizin mit Schwerpunkt auf körperlich nachweisbare Symptome und ihre Ursachen tut sich in der konkreten Darstellung und vor allem Dokumentation schwerer, als beispielsweise technische Fachbereiche. Gleichwohl bemüht man sich um möglichst konkrete Symptom-Listen, Ursachen und Verläufe (Fachbegriffe: Symptomatik, Ätiologie und Pathogenese). Je weniger objektivierbar, selbst wenn seelisch noch so belastend und psychosozial mit ernststen Konsequenzen bedrohend, umso schwieriger wird eine halbwegs konkrete Darstellung und damit klassifikatorische Einstufung. Und sollte - was nicht selten vorkommt - neben dem überwiegend seelischen Bereich auch eine organische Krankheit zusätzlich belasten (Fachbegriff: Ko-Morbidität), dann wird es noch unübersichtlicher.

Es braucht möglichst charakteristische diagnostische Merkmale, um trotz allem möglichst gezielt zu erkennen, zu verstehen und natürlich zu behandeln. Das versucht die erwähnte APA mit ihrem DSM (nun in 5. Auflage), was bisweilen etwas gezwungen, ja künstlich, jedenfalls irgendwie unvertraut berührt. Dennoch, dahinter steht das sinnvolle Bemühen, das Leidensbild auch im seelischen Bereich so konkret wie möglich durch einprägsame, lebensnahe und damit allseits verstehbare Kriterien (also kennzeichnende Merkmale) zu beschreiben. Wie äußert sich dies nun bei der so genannten *anhaltenden komplexen Trauerreaktion* nach DSM-5[®]? Im Einzelnen:

Als Erstes eine nachvollziehbare Definition, die sich allerdings in dieser Darstellung auf einen zwischenmenschlichen Verlust bezieht: Die Person ist vom Tod eines Menschen betroffen, zu dem eine enge Beziehung bestanden hat. Dann aber eine zeitliche Konkretisierung: Seit dem Todesfall tritt danach für mindestens 12 Monate (Erwachsene) bzw. 6 Monate (bei hinterbliebenen Kindern) an mehr als der Hälfte der Tage mindestens eines der folgenden Symptome in klinisch bedeutsamer Ausprägung auf (was also eine anhaltende Trauerreaktion von einer normalen Trauer unterscheiden soll):

Fortbestehende Sehnsucht/Verlangen nach dem Verstorbenen (was sich bei jüngeren Kindern auch durch Spiel und Verhaltensweise ausdrücken kann) mit intensiver Trauer und damit häufigem Weinen oder gedanklichem Verhaftet-Sein mit dem Verstorbenen. Neben dieser intensiven Sorge und emotionalen Schmerzempfindung ggf. eine übermäßige Beschäftigung mit den Umständen des Todesfalles.

Zusätzlich werden folgende Symptome (Krankheitszeichen) angeführt: Beträchtliche Schwierigkeiten, den Tod der nahestehenden Person zu akzeptieren; Ungläubigkeit, dass die Person tot ist; belastende Erinnerungen an den Verstorbenen; Bitterkeit oder Ärger über den Verlust; dysfunktionale (d. h. negative und folgenreiche) Bewertungen der eigenen Person in Bezug zum Verstorbenen oder seinem Tod (z. B. Schuldgefühle) sowie - umgekehrt - das strikte und konsequente Vermeiden von Erinnerungen an den Verlust.

Außerdem der Wunsch zu sterben, um bei dem Verstorbenen zu sein. Auch unverständliches Misstrauen gegenüber anderen und/oder sich einsam zu fühlen, d. h. die schmerzliche Empfindung, dass das Leben ohne den Verstorbenen sinnlos und zwecklos sei. Auch eine verminderte Wahrnehmung der eigenen Identität gehört dazu, sprich das Gefühl zu haben, dass ein Teil von einem selber mit dem Verstorbenen verloren gegangen (ebenfalls „verstorben“) sei Und natürlich Schwierigkeiten im Alltag, die bisher ja überwiegend problemlosen Aktivitäten durchzuführen, Freundschaften aufrechtzuerhalten oder die Zukunft zu planen.

Und das alles mit der Folge entsprechender Einbußen und Beeinträchtigungen im zwischenmenschlichen, d. h. partnerschaftlichen, familiären, beruflichen u. a. Bereich.

Diese kennzeichnenden Merkmale werden dann im Rahmen des DSM-5[®] in ihrer Darstellung noch tabellarisch konkretisiert und mit dem jeweiligen Hinweis versehen, wie häufig es mindestens im Rahmen der erwähnten 12 Monate zu registrieren sei.

Und ein anderer Aspekt wird - besonders in unserer zunehmend migrationsdurchmischten Zeit und Gesellschaft - ebenfalls konkretisiert: Die Trauerreaktion ist unverhältnismäßig oder nicht kongruent (übereinstimmend) mit kulturellen, religiösen oder alters-entsprechenden Normen (d. h. das, was man im

Allgemeinen in diesem Zusammenhang verstehen sollte und zu akzeptieren hat).

Interessant auch die Unterscheidung zu dem, was hier eine *traumatische Trauerreaktion* genannt wird, d. h. die Folgen nach einem Mord oder Suizid (Selbsttötung), was natürlich ganz andere Bedingungen zur seelisch-geistigen Verarbeitung nahelegt.

Auch wird von weiteren psychopathologischen (seelisch krankhaften) Aspekten berichtet, nämlich beispielsweise Halluzinationen, d. h. akustische oder optische Sinnestäuschungen, bei denen zeitweise die Gegenwart des Verstorbenen (z. B. in seinem Lieblingsstuhl sitzend) registriert wird. Ähnliches gilt für bestimmte körperliche Beschwerden (z. B. Verdauung, Schmerzen, Müdigkeit u. a.), die der Verstorbene durchmachen musste und jetzt der Trauernde an sich selber erfährt.

Häufigkeit, Geschlecht, Alter, Verlauf, erbliche Aspekte und psychosoziale Folgen

Eine anhaltende komplexe Trauerreaktion, wie sie durch das DSM-5[®] dargestellt wird, sei nach entsprechend wissenschaftlichen Erkenntnissen nicht so selten, d. h. zwischen 2 und 5 %. Frauen sind häufiger betroffen als Männer. Möglich ist sie in jedem Alter, und zwar nach entsprechenden Erkenntnissen schon ab dem 1. Lebensjahr. Das setzt dann allerdings eine besondere Konstellation voraus, sowohl beim Opfer als auch seinem Umfeld.

Die Beeinträchtigungen beginnen schon innerhalb der ersten Monate nach dem Todesfall, können aber auch mit einer Verzögerung von einigen Monaten, ja Jahren belasten, bis sich das volle Leidensbild entwickelt. Hier werden allerdings spezielle Aspekte und klassifikatorische Vorschläge diskutiert. Auch die ja schockierende Erkenntnis, dass schon in jungen Jahren, ja im Kleinkindalter mit entsprechenden Reaktionen zu rechnen ist, bedarf noch besonderer wissenschaftlicher Forschungs-Bemühungen.

Das Risiko, von einer anhaltenden komplexen Trauerreaktion heimgesucht zu werden, hängt von verschiedenen Faktoren ab, vor allem aber natürlich von einer besonders starken Abhängigkeit von der verstorbenen Person.

Genetische (Erb-)Aspekte sind wahrscheinlich, was offenbar besonders beim weiblichen Geschlecht diskutiert wird. Obgleich entsprechende Trauerreaktionen in allen Kulturen zu beobachten sind, muss man doch kulturell unterschiedliche Aspekte berücksichtigen. In jedem Fall kommt aber das zum Tragen, was bereits erwähnt wurde: Die Diagnose einer anhaltenden komplexen Trauerreaktion setzt voraus, dass die Dauer und der Schweregrad der Trauerreaktion über die jeweiligen kulturellen Formen hinausgehen und nicht mit anderen kulturell spezifischen Trauer-Ritualen erklärt werden können.

Die psychosozialen Folgen können erheblich werden, vor allem was das partnerschaftliche, familiäre, nachbarschaftliche (Sozial-)Umfeld sowie die Arbeitsleistung anbelangt. Hier können dann auch gesundheitsschädliche Verhaltensweisen mit hereinspielen, besonders erhöhter Tabak- und Alkoholkonsum (Selbsttherapie). Auch ist mit einem erhöhten Risiko für schwere körperliche Störungen zu rechnen, vor allem was Herz-, Kreislauf- und Immunsystem, Krebs und generell eine beeinträchtigte Lebensqualität anbelangt.

Über so genannte differential-diagnostische Aspekte (was könnte es sonst noch sein?) siehe später.

Wie unterscheiden sich normale Trauer und Depression?

Normale Trauer (und nicht krankhafte, anhaltende Trauerreaktion - s. o.) ist eine natürliche Reaktionsweise, Depression eine seelische Krankheit. Die Unterscheidung ist wichtig, aber nicht immer einfach. Nachfolgend deshalb eine kurze Übersicht zur Frage: Was ist eine „natürliche“ Trauerreaktion, was eine krankhafte Gemütsstörung, selbst wenn sie als depressive Reaktion ebenfalls nur zeitlich begrenzt bleibt.

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

- wenn die Verstimmung im Sinne einer Herabgestimmtheit ununterbrochen und nicht nur einige Tage, Wochen oder auch mal länger besteht. Was allerdings nicht immer zutrifft, denn es gibt auch kurze Depressionen und langwierigere Trauerreaktionen bzw. anhaltende Trauerstörungen, besonders im höheren Lebensalter. Ferner
- 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 einen Depressiven nicht merklich und vor allem längerfristig aufhellen, einen Trauernden im gewissen Rahmen aber schon tröstend weiterhelfen),
- wenn der Zustand so bedrängend wird, dass der Betroffene ärztliche Hilfe aufsuchen muss.

Beim Trauernden steht also im Unterschied zur Depression nicht die Unfähigkeit im Vordergrund, Freude oder überhaupt etwas zu empfinden, sondern ein Erleben von innerer Leere durch konkreten Verlust. Diese Erinnerung, z. B. an den Verstorbenen, überflutet gleichsam in Wellenform immer wieder und führt dann zu entsprechenden Beeinträchtigungen, wenngleich man danach wieder gemütsmäßig halbwegs „freigegeben“ wird. Im Gegensatz zur Depression können auch positive Gefühle, ja gelegentlich Humor registriert, akzeptiert und erleichternd genutzt werden. Auch bleibt die Selbstachtung bestehen, was dem Depressiven nicht immer gegeben ist (Beispiel: „ich kann nichts, ich bin nichts und schuld daran bin ich auch noch selber“). Und es beherrscht nicht selbstkritisches oder gar pessimistisches Grübeln den Alltag, sondern „einfach die Erinnerung an den Verlust“. D. h. die Gedanken an Sterben und Tod beziehen sich dann auch nicht auf das eigene Lebensende, wie es suizidal gefährlich den Depressiven beeinträchtigt, sondern z. B. nachvollziehbar auf den Tod des Verstorbenen.

Zuletzt eine Erkenntnis, die zwar banal erscheint, aber als wichtiger Unterscheidungsfaktor gilt: Wer „nur“ traurig ist, geht deshalb kaum zum Arzt.

Weitere Verwechslung-Möglichkeiten

Weitere Störungen, die weniger mit einer „normalen“ Trauer, eher mit einer anhaltenden komplexen Trauerreaktion verwechselt werden können, sind eine Dysthymie sowie Posttraumatische Belastungsstörung.

- Bei der *Dysthymie* handelt es sich um eine chronische Dauerverstimmung (im DSM-5[®] als persistierende depressive Störung bezeichnet), bei der jedoch kein persönlicher Verlust voranging. Weitere Hinweise siehe der entsprechende Beitrag in dieser Serie.
- Schwieriger wird es bei der *Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)*. Hier geht zwar ebenfalls ein entsprechend belastendes, jedoch mehrschichtig beeinträchtigendes Ereignis voraus, auch bzw. vor allem die eigene Person direkt betreffend, was weniger mit einem konkreten Personen-Verlust verbunden ist. Das Leidensbild kann allerdings ähnlich beeinträchtigen. Doch während die Erinnerungen bei der PTBS um das Trauma kreisen, konzentrieren sich die Erinnerungen bei der anhaltenden komplexen Trauerreaktion auf die Beziehung zum Verstorbenen (übrigens einschließlich positiver Erinnerungen).

Und ein weiterer Unterschied lässt sich zumeist feststellen: Während das Vermeidungsverhalten bei der PTBS durch dauerhaftes und fast zwanghaftes Umgehen entsprechender Erinnerungen an die traumatische Erfahrung charakterisiert zu sein pflegt, liegt bei der anhaltenden komplexen Trauerreaktion der Schwerpunkt auf dem zwischenmenschlichen Verlust einschließlich Seh-

sucht nach dem Verstorbenen. Weitere Hinweise siehe der entsprechende Beitrag zur posttraumatischen Belastungsstörung in dieser Serie.

Mehrfach-Belastung

Schließlich muss auch bei der anhaltenden komplexen Trauerreaktion an eine *Komorbidität* gedacht werden, d. h. wenn eine Krankheit zur anderen kommt. Am häufigsten ist dies bei Depressionen (s. o.). Aber auch Posttraumatische Belastungsstörungen können hier eine Rolle spielen, vor allem wenn der Todesfall unter traumatischen oder gewaltsamen Umständen eingetreten ist. Zuletzt ist auch an die Kombination aus anhaltender komplexer Trauerreaktion und Substanzkonsum-Störungen zu denken, sprich vor allem Alkohol, aber auch Medikamente und Rauschdrogen. Bei den Arzneimitteln sind es vor allem Tranquilizer vom Typ der Benzodiazepine (s. o.), die - wie erwähnt - durchaus leid-distanzierend unterstützen können, was dann aber mittel- oder gar langfristig genutzt seinen Preis hat (Abhängigkeits-Gefahr, aus der man - je länger, desto eher - nur schwer wieder herauskommt).

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.

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. zu viel am Anfang und zu wenig im Verlaufe der folgenden Leidenszeit. Nach einigen Wochen oder Monaten empfindet man sie sogar als Belastung. Jetzt sollte der Betroffene nach Ansicht der Umgebung seine Trauer möglichst bald überwinden. Damit gerät er aber unter Druck von zwei Seiten: eigener Schmerz und Forderung der Umgebung. Hier kann man viel falsch machen, auch wenn man es natürlich nicht ausdrücklich verlangt. Deshalb ist es so wichtig, sich wenigstens einige Verhaltens-Empfehlungen zu merken, wie sie besonders von den Psychologen und Psychiatern empfohlen werden.

Trauer: was kann man tun, was soll man lassen

- Nicht versuchen, dem Trauernden die Trauer zu nehmen (das ist meist eine egoistische Empfehlung, 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 nicht der Wille, sondern die Belastungsfähigkeit des Betroffenen selber.
- Den Trauernden die Möglichkeit geben, ihre Gefühle zeigen zu dürfen: Wer sich „zusammennimmt“, ist bequem für die anderen, aber ggf. nachteilig für seinen eigenen Genesungs-Prozess; 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 zusammennehmen“) 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 so manche gängige „Floskeln“ (wobei einem die Aufmunterungen 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 Artikel, Bücher, Videos etc. oder der Kontakt mit Menschen, die ihren Trauerprozess erfolgreich abschließen konnten.
- Bei plötzlichem, dramatischem oder gewaltsamem 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“). Allerdings Vorsicht: Da sollte man sich seiner individuellen Grenze des Ertragbaren bewusst sein; je nach zeitlichen oder sonstigen Entstel-

lungs-Bedingungen kann der körperliche Verfall sehr schockieren und dann ggf. die Erinnerung belasten.

- 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.

Bisweilen diskutiert man wenigsten 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 wesentlich zu verhindern.

LITERATUR

Grundlage dieser komprimierten Ausführungen sind neben der gängigen psychologischen und psychiatrischen Fachliteratur das inzwischen international meinungs-führende Standardwerk

APA: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5®. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2015

sowie z. B.

Kast, Verena: Trauern: Phasen und Chancen des psychischen Prozesses. Kreuz Verlag, Freiburg 2013