Dr. Wolfgang Kramer
Haberlandstr. 6
10779 Berlin
Tel.: 030 / 211 99 34
E-mail: dr.wolfgangkramer@alice-dsl.net
Home: www.wolfgang-kramer.net

Mittwoch, den 17. März 2010

Wegweiser zur Informationsveranstaltung im Diakonie-Wohn-Pflege-Zentrum St. Lukas am See, Eisenhammerweg 12, 13507 Berlin, am Mittwoch, dem 17.03.2008 in der Zeit von 17.30 Uhr bis 19.00 Uhr:

Traurig oder depressiv? Zum Unterschied zwischen Trauer und Depression

Inhalt:

1 Was ist eine Depression?
1.1 Symptome
1.2 Mögliche Auslöser für eine depressive Erkrankung
- Lebenskrisen und Verlusterfahrungen
- Erbliche Belastungen
- Biochemische Faktoren

1.3 Diagnostiasche Zuordnung von Depressionen
1.4 Diagnose eines depressiven Syndroms

2 Besonderheiten der Altersdepression
2.1 Welche Verluste können im Alter auftreten?
2.2 Zum Unterschied zwischen Trauer und Depression
2.3 Was bedeutet die Diagnose „Pseudo-Demenz“?
2.4 Die Behandlung der Depression
- Antidepressive Medikation
- Gespräche über die Lebenssituation
- Veränderung der beeinflussbaren negativen Lebensumstände

3 Was ist Trauer?
3.1 Wie kann ich Trost spenden?
3.2 Welche Aufgaben sind während des Trauerprozesses zu bewältigen?
3.3 Die vier Phasen der Trauerreaktion (Einteilung nach Verena Kast) und wie kann ich einen Menschen in seiner Trauer begleiten?
- Phase des Nicht-wahrhabens-Wollens.
- Phase der aufbrechenden Emotionen.
- Phase des Suchens und sich Trennens.
- Phase des neuen Weltbezugs.

1 Was ist eine Depression?

Die Depression ist eine Krankheit, die in der Regel einer ärztlichen Behandlung bedarf!

Bei den meisten Betroffenen beginnt die Depression mit unspezifischen Symptomen. Sie leiden unter **Konzentrationsschwierigkeiten**, einem **Gefühl der inneren Leere** und haben **Schwierigkeiten bei der Bewältigung ihrer Arbeit im Haushalt und Beruf**. Sie glauben zunehmend, den Anforderungen des Alltags nicht mehr gewachsen zu sein. Diese Beschwerden haben zur Folge, dass die Betroffenen **nicht mehr so leistungsfähig** sind wie zuvor. Mehr und mehr entsteht bei den Betroffenen ein Gefühl der Unfähigkeit, was noch verschlimmert wird durch das ständige **Kreisen ihrer Gedanken um immer gleiche Probleme**.

So werden aus zunächst harmlos erscheinenden Aufgaben schier unüberwindbare Hürden.

Viele Patienten fühlen sich von ihren Gedanken so beherrscht, dass sie eine gewisse Ohnmacht erleben. Dieses Gefühl der Handlungsunfähigkeit ist für Betroffene oft der erste Anlass, von sich aus professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Häufig sind es aber auch die Angehörigen, die den Betroffenen dazu bewegen, einen Arzt aufzusuchen.

Nicht immer stehen die psychischen Symptome bei der Depression im Vordergrund. Vielfach beginnt die Erkrankung auch damit, dass die Patienten keinen Appetit mehr haben und sich körperlich nicht wohl fühlen. **Sie leiden unter diffusen, häufig schwer beschreibbaren körperlichen Beschwerden, unter Kopf- oder Rückenschmerzen, für die sie ebenso wenig wie der Arzt einen Grund finden können.**

Gemütserkrankungen nehmen in unserer modernen Welt rasant zu. Stress, Leistungsdruck im Berufsleben, Doppelbelastung berufstätiger Mütter, aber auch Arbeitslosigkeit und soziale Isolation sind maßgeblich an der Entstehung von Depressionen beteiligt.

Selbst Jugendliche können infolge von schulischen Schwierigkeiten, Verlust von guten Freunden oder durch Alkohol- oder Drogenmissbrauch in den Strudel der Depression geraten.

Mittlerweile ist diese psychische Erkrankung nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall eine der häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit.

Weltweit leiden etwa 100 Millionen Menschen an einer Depression, wobei Frauen häufiger als Männer daran erkranken. Jeder dritte Erwachsene in Deutschland hat mindestens einmal im Leben mit Depression zu kämpfen.

1.1 Folgende vielschichtigen Symptome einer Depression lassen sich zusammenfassen:

- Gedrückte depressive Stimmung, Freudlosigkeit (evtl. „Morgentief“).
- Interessenverlust.
- Erhöhte Ermüdbarkeit.
- Verminderung des Antriebs und der Energie.
- Psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit (d.h. Erregung).
- Verminderte Konzentration.
- Vermindertes Selbstwertgefühl.
- Angstzustände.
- Schuldgefühle, Gefühl der Wertlosigkeit.
- Negative, d.h. pessimistische Zukunftsperspektiven.
- Suizidale Gedanken / Handlungen (ca. 10 % der Depressiven sterben am Suizid).
- Schlafstörungen mit frühmorgendlichem Erwachen.
- Appetit- und Gewichtsverlust.
- Libidoverlust.
- Kopf- und Rückenschmerzen, in manchen Fällen Ganzkörperschmerzen.
- Verstopfung.

1.2 Mögliche Auslöser für eine depressive Erkrankung

- Lebenskrisen und Verlusterfahrungen
- Erbliche Belastungen
- Biochemische Faktoren

Lebenskrisen und Verlusterfahrungen

Kritische, belastende Lebensereignisse, schwere Schicksalsschläge lassen eine Person manchmal in tiefe Traurigkeit und Verzweiflung fallen**.**

In manchen Fällen sind belastende Lebensereignisse (Einsamkeit, Tod eines nahen Angehörigen oder Freundes, Scheidung, Verlust des Arbeitsplatzes usw.) Auslöser für eine depressive Erkrankung.

Je nach individueller Belastbarkeit und Bewältigungsfähigkeit kommen die Betroffenen besser oder schlechter wieder auf die Beine.

Erbliche Belastung

In manchen Familien leiden auffällig viele Personen an einer Depression, so dass auch eine erbliche Vorbelastung eine Rolle spielen dürfte.

In zahlreichen Studien konnte belegt werden, dass sich bei Verwandten ersten Grades familiäre Häufungen zeigen.

Bei einem kranken Elternteil beträgt das Erkrankungsrisiko der Kinder zwischen 10 und 20 %, sind beide Eltern betroffen, so steigt das Risiko auf bis zu 60 % an.

Somit besteht der begründete Verdacht, dass die Neigung zu einer Depression vererbt werden kann, selbst wenn bis heute nur vage Vorstellungen darüber bestehen, welche Gene beteiligt sein könnten.

Biochemische Faktoren

Alle Prozesse, die im Körper ablaufen, werden dadurch gesteuert, dass Nervenzellen Informationen miteinander austauschen. Im Rahmen dieses Prozesses kommen ganz bestimmte Botenstoffe zum Einsatz. Es wird vermutet, dass bei einem depressiven Menschen eine Dysbalance der Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin vorhanden ist.

Bei der Depression ist der Stoffwechsel im Gehirn aus dem Gleichgewicht geraten. Es wird vermutet, dass bestimmte Botenstoffe, die für die Regulierung der Stimmung und des Schmerzempfindens zuständig sind (Serotonin und Noradrenalin), nicht mehr in ausreichendem Maße vorhanden sind. Die Weiterleitung der Informationen von Nervenzelle zu Nervenzelle funktioniert nicht mehr richtig.

Vom Botenstoff Serotonin wird angenommen, dass er antriebssteigernd wirkt und die Stimmung, das Wohlbefinden und den Schlaf beeinflusst.

Vom Botenstoff Noradrenalin wird angenommen, dass er im Gehirn maßgeblich den Schlaf- Wach- Rhythmus, die Aufmerksamkeit sowie Gedächtnis- und Konzentrationsleistungen steuert. Er versetzt den Körper in eine erhöhte Alarmbereitschaft. Der Puls steigt an, das Herz pumpt schneller, der Blutdruck steigt, und die Aktivität von Magen und Darm wird heruntergefahren.

Der Mangel an Serotonin kann zu Symptomen wie Antriebslosigkeit, Niedergeschlagenheit und Schlafstörungen führen. Die zu niedrige Konzentration von Noradrenalin kann wiederum dafür verantwortlich sein, dass es zu Konzentrationsschwierigkeiten und körperlichen Beschwerden kommt. Eine Dysbalance der beiden Botenstoffe bedingt möglicherweise eine Hemmung absteigender Nervenbahnen und kann so die Wahrnehmung körperlicher Beschwerden, bis hin zu Schmerzen, verstärken.

Um die seelischen und körperlichen Beschwerden zu lindern, muss das Ziel also sein, wieder die richtige Balance von Serotonin und Noradrenalin im Körper herzustellen.

1.3 Diagnostische Zuordnung von Depressionen:

- Monopolare Depression (nur depressive Phasen).
- Depression bei manisch-depressiver Erkrankung.
- Depression bei Anpassungsstörung (Auslösung durch Lebensveränderungskrisen).
- Depression bei Belastungsstörung (traumatische Auslösung).

- Depression bei Demenz.
- Saisonale Depression (in der lichtarmen Jahreszeit).

1.4 Diagnose eines depressiven Syndroms

- Können Sie sich noch freuen?
  (depressive Verstimmung)
- Fällt es Ihnen schwer, Entscheidungen zu treffen? (Entschlußlosigkeit)
- Haben Sie noch Interesse an früheren Hobbys? (Antriebsarmut)
- Neigen Sie in letzter Zeit vermehrt zum Grübeln?
  (depressive Denkinhalte)
- Plagt Sie das Gefühl, Ihr Leben sei sinnlos geworden?
  (Suizidgedanken)
- Fühlen Sie sich müde und schwunglos?
  (Vitalitätsverlust)
- Wie steht es mit Ihrem Schlaf?
  (Schlafstörungen)
- Spüren Sie irgendwelche Schmerzen, einen Druck auf der Brust oder haben Sie noch andere körperliche Beschwerden?
  (Vitalstörungen und somatische Symptome)
- Haben Sie weniger Appetit und an Gewicht verloren?
  (Appetitverlust)
- Haben Sie Schwierigkeiten in sexueller Hinsicht?
  (Nachlassen von Libido und Potenz)

2 Besonderheiten der Altersdepression:

- Auslösung: durch Verluste mit einer Latenz von 4 – 6 Monaten.
- Symptome: körperliche Beschwerden und Schmerzen stehen häufig im Vordergrund der Klagen (somatisierende Antwort) und Symptome einer Pseudo-Demenz können auftreten.
- Verlauf und Prognose: häufig chronischer Verlauf, das Risiko zu sterben (Mortalitätsrisiko) ist hoch.
- Häufigkeit der Altersdepression: schwere Depressionen kommen im Alter gleich häufig wie in früheren Lebensaltern vor; leichte Depressionen (Disthymie) sind häufiger (z.B. 15 % in der Berliner Altersstudie)

*Zur **THERAPIE** schwerer Depressionen gehört eine Kombination von Pflege mit medikamentöser Therapie, Psychotherapie und aktivierender Sozialtherapie.*

2.1 Verluste im Alter

- die allgemeine Leistungsfähigkeit läßt nach.
- die Häufigkeit von Krankheiten nimmt zu – Multimorbitität (alte Menschen leiden an mehreren Krankheiten gleichzeitig) – körperliche Verluste.
- Verlust von Beruf und Berufsrolle

- Verlust wichtiger Bezugspersonen – Tod von Angehörigen, Freunden und Bekannten.
- Verlust der Wohnung.
- Verlust von Idealen und Utopien, weil die Dimension der Zukunft schwindet.
- Finanzielle Einschränkungen.

Die Verluste im Alter sind häufig zentrale Verluste und haben oft einen endgültigen Charakter. Sie treten im Alter vermehrt auf und treffen die über Jahtzehnte hinweg geübten Beziehungsformen und Verhaltensweisen.

Verluste können Lebenskrisen auslösen.

2.2 Zum Unterschied zwischen zwischen Trauer und Depression

Trauer und Depression sind zwei völlig unterschiedliche Reaktionsformen auf Verluste.

In der Trauer erfolgt eine bewußte Auseinandersetzung mit dem Verlust, der auf diese Weise verarbeitet wird.

Die Depression ist der Versuch, den eingetretenen Verlust nicht akzeptieren und betrauern zu müssen. Der Verlust wird verdrängt.

Freud hat aufgezeigt, daß der Melancholiker bzw. der Depressive im Gegensatz zum Trauernden den Verlust eines ambivalent besetzten Liebesobjektes verleugnet und dieses unbewußt introjiziert, d.h. es dabei gleichsam in das eigene Ich aufnimmt. Das verlorenene Liebesobjekt besteht im Ich des Melancholikers fort. Die Anklagen, die unbewußt dem verlorenen Objekt gelten, treffen damit das Ich, was klinisch als Schuldgefühl und Selbstvorwurf zum Ausdruck kommt. Der Verlust bzw. die Trennung wird dadurch verleugnet und die Trauer wird unterbunden.

Depression ist als chronifizierte Kränkungsreaktion zu verstehen, bei der der Kränkungsanlaß unbewußt geworden ist.

Allen Depressionen ist gemeinsam, daß die Betroffenen so mit ihrer Problematik beschäftigt sind, daß sie sich Neuem gegenüber nicht wirklich öffnen können. Die Vergangenheit gerinnt klischeehaft im Krankheitsbeginn, und die Zukunft wird undenkbar.

Depressive Patienten sind mit ihren Klagen und Anklagen auf die Gegenwart bezogen, Vergangenheit und Zukunft haben subjektiv keine Bedeutung.

2.3 Was bedeutet die Diagnose „Pseudo-Demenz“?

Depressionen führen bei alten Menschen häufig zur Fehldiagnose einer Demenz.
Von „Pseudo-Demenz“ spricht man bei depressiven Erkrankungen, bei denen der Betroffene so apathisch und antriebslos ist, dass es so aussieht, als sei er demenzerkrankt.

Verlaufsstudien haben jedoch gezeigt, dass ein hoher Anteil von Patienten mit einer Pseudo-Demenz eine Alzheimer-Demenz entwickeln.
Allgemein gelten kognitive Störungen bei alten depressiven Patienten als Prädiktor für zerebrale Erkrankungen, so dass der Wert des Begriffs der „Pseudo-Demenz“ damit in Frage gestellt werden kann.
Auf der anderen Seite sind depressive Erkrankungen bei einer Behandlung durch Medikamente (Antidepessiva), Gespräche und Veränderung der Lebensumstände (Ermöglichen von Sozialkontakten, Nutzung von Hilfen) relativ gut besserbar.

2.4 Die Behandlung der Depression sollte auf drei Säulen beruhen:

A Antidepressive Medikation

Verordnung durch den (Fach-) Arzt (bei agitierter Depression antriebsmindernde, sonst eher antriebssteigernde Antidepressiva).

B Gespräche über die Lebenssituation

- Personenzentrierte Haltungen einnehmen*
- Ernst nehmen, Schmerz und Trauer zulassen
- Probleme offen ansprechen
- Zeit lassen
- Nicht gleich „aufmuntern“
- Tagesstruktur vorgeben, anfangs Entscheidungen abnehmen, Grenzen setzen (sich nicht vereinnahmen lassen)
- Nicht zu sehr bemuttern! (sonst fühlt sich der Betroffene entmündigt und traut sich gar nichts mehr zu), sanft fordern
- Angehörige und Besuchsdienst einbeziehen

***Drei Grundhaltungen in der Kommunikation mit psychisch kranken Menschen:**

Die personenzentrierte Gesprächsführung (Carl Rogers)

Es sind drei Einstellungen bzw. Verhaltensweisen, die nach Rogers als personenzentriert angesehen werden können:

- Einfühlendes Verstehen
- Positive Wertschätzung / Akzeptanz
- Echtheit, Fassadenfreiheit

Einfühlendes Verstehen erreichen wir dann, wenn wir eine andere Person von deren Standpunkt aus zu verstehen versuchen und dabei die soziale, psychische und emotionale Situation beachten. Dabei ist es völlig unwesentlich, wie wir die Situation erfassen oder bewerten würden.

Dem Kommunikationspartner bringt man dann **positive Wertschätzung und Akzeptanz** entgegen, wenn man ihn mit allen Fehlern, Besonderheiten und Eigenarten so annimmt, wie er ist. Dabei ist es unwesentlich, was man für Normen und Maßstäbe dem eigenen Handeln zugrunde legt.

Echheit und Fassadenfreiheit gegenüber dem Kommunikationspartner äußern sich dadurch, daß die gemachten Äußerungen mit der tatsächlichen Befindlichkeit übereinstimmen. Das „Innen“ und das „Außen“ des Kommunikationspartners stimmen miteinander überein: er setzt sich keine Maske oder Fassade auf; er ist ehrlich, glaubwürdig und durchschaubar.

C Veränderung der beinflussbaren negativen Lebensumstände

- wieder Kontakt zu den Angehörigen und den Mitbewohnern aufbauen
- Aufgaben geben
- Mobilität verbessern, mehr Bewegung (fördert auch den Neurotransmitterhaushalt, Botenstoffe im Gehirn)
- Spaziergänge
- Ggf. Wohnumfeld verändern

3 Was ist Trauer?

- Trauer ist keine Krankheit
- Trauer ein sehr starkes Gefühl, eine spontane, natürliche, gesunde, lebenswichtige Reaktion unserer ganzen Person auf Verlust, Abschied und Trennung.
- Trauer ist Teil des Lebens.
- Trauer hat viele Gesichter
- Trauer ist ein Prozess.
- Trauer unterscheidet sich grundlegend von der Depression.
- Trauervermeidung ist sowohl ein individuelles als auch ein gesellschaftliches Phänomen.

3.1 Wie kann ich Trost spenden?

- Trost ist die Kraft der Lebensermutigung, die Kraft der Weisen, eine Stimme des Herzens.
- Trost ist kein Vertrösten, kein Halten in Abhängigkeit, sondern ein Mitgehen, ein Mitbangen, ohne darin mit unterzugehen.
- Der Tröstende geht mit, nimmt die Rolle des Trauernden ein, um darin zu verstehen und doch wieder herauszutreten.
- Der Tröstende kann Spiegel werden für den Trauernden, wird Verkörperung von Hoffnung auf das Gelingen des Weges.
- Rituale können Trost spenden.

3.2 Welche Aufgaben sind während des Trauerprozesses zu bewältigen?

- Die Realität des Verlustes akzeptieren.
- Schmerz oder emotionale Aspekte des Verlustes erfahren.
- Anpassung an eine Umgebung, in der das Verlorene fehlt.
- Für die tote Person im emotionalen Leben einen neuen Platz finden.

3.3 Die vier Phasen der Trauerreaktion
(Einteilung nach Verena Kast)

- Phase des Nicht-wahrhaben-Wollens.
- Phase der aufbrechenden Emotionen.
- Phase des Suchens und Sich-Trennens.
- Phase des neuen Weltbezuges.

Eine Welt von Möglichkeiten der Selbstverwirklichung bricht entzwei, wenn geliebte Menschen uns verlassen. Und die Endgültigkeit des Todes bringt die Zurückbleibenden in eine hoffnungslos erscheinende Situation. Nur zu deutlich wird das „Nie mehr!“ Bei allen anderen Verlusten – Scheidung, Trennung, Auflösung einer Beziehung, „aus den Augen verlieren...“ – ist es wenigstens im Prinzip möglich, an Altes anzuknüpfen, etwas in Realität wiedergutzumachen, Briefe zu schreiben, anzurufen... Beim Tod ist alles anders.

Das folgende Modell der Trauerphasen wurde von der Schweizer Psychologin V. Kast entwickelt und gilt als eine der wichtigsten Grundlagen für das Verständnis der Trauerprozesse.
Jedes prozeßhafte Geschehen ist unter anderem dadurch gekennzeichnet, daß es einen klaren Beginn und ein klares Ende hat. Der Beginn des Trauerprozesses ist der Verlust des geliebten Menschen. Wie dieser Beginn im Einzelfall abläuft ist oft entscheidend für den weiteren Verlauf der Trauer.
Das Ende des Trauerprozesses ist durch eine Neuorientierung des gesamten Lebensgefüges zu sehen.
Wie lange das Trauergeschehen dauert, ist ganz unterschiedlich, auch die Dauer der einzelnen Phasen kann völlig variieren. Art und Dauer des Trauerprozesses werden von der Persönlichkeit des Trauernden, von den Umständen des Todes und der Beziehung zum Verstorbenen bestimmt.

Erste Trauerphase: Nicht-Wahrhaben-Wollen

Der Tod eines Menschen schockiert immer, auch wenn er nicht unerwartet kommt. Auf einmal ist alles anders. Verzweiflung, Hilf- und Ratlosigkeit herrschen vor. Das

Geschehene wird noch nicht erfaßt, man leugnet es ab, man kann und will es nicht glauben.
Viele Menschen sind wie erstarrt, verstört und völlig apatisch. Andere geraten außer Kontrolle, brechen zusammen.
Der Tod hat etwas Überwältigendes, der Schock sitzt tief.
Körperliche Reaktionen: rascher Pulsschlag, Schwitzen, Übelkeit, Erbrechen, motorische Unruhe.
Diese Phase kann wenige Stunden bis – vor allem bei plötzlich eingetretenen Todesfällen - mehrere Wochen dauern.

Mögliche Hilfen für die Begleitung in dieser Phase:

- Alltägliche Besorgungen übernehmen.
  Trauernde dort unterstützen, wo sie überfordert sind.
- Hilfestellung bei Regelungen, die im Zusammenhang mit dem Todesfall stehen.
- Trauernde nicht allein lassen.
- Trauernde in ihren Reaktionen nicht bevormunden.
- Da-Sein, ohne viel fragen.
- Alle Gefühle der Trauernden zulassen: alles darf sein!
  Die scheinbare Empfindungslosigkeit, das Fehlen der Tränen, die Starre aushalten.
- Wärme, Mitgefühl vermitteln.
- Die eigenen Gefühle zum Ausdruck bringen, wenn es angebracht und notwendig erscheint.

Zweite Trauerphase: Aufbrechende Emotionen

Gefühle bahnen sich nun ihren Weg. Leid, Schmerz, Wut Zorn, Freude, Traurigkeit und Angst können an die Oberfläche kommen. Je nach der Persönlichkeitsstruktur des Trauernden herrschen verschieden Gefühle vor. „Warum mußte es ausgerechnet mich treffen?“ oder „Womit habe ich das verdient?“ Das sind Fragen, die sehr leicht aufkommen. Man schreit seinen Schmerz heraus, Wut und Zorn entstehen gegen Gott und die Welt. Aber auch gegen den Toten werden Vorwürfe gerichtet: „Wie konntest du mich nur im Stich lassen?“ oder „Was soll nun aus mir werden?“ Diese aggressiven Gefühle können sich aber auch gegen einen selbst richten: „Hätte ich nicht besser aufpassen müssen?“ oder „hätte ich das Unglück nicht verhindern können?“
Als Folge davon entstehen Schuldgefühle, die den Trauernden quälen.

All diese Gefühle, die zu diesem Zeitpunkt über einen hereinbrechen, sollte man keineswegs unterdrücken. Sie helfen dem Trauernden, seinen Schmerz besser zu verarbeiten.
Werden sie jedoch unterdrückt, so können diese Gefühle viel zerstören, sie führen dann nicht selten zu Depressionen und Schwermut.
Die Dauer dieser Phase läßt sich nur schwer abschätzen, man spricht etwa von ein paar Wochen bis zu mehreren Monaten.

Mögliche Hilfen für die Begleitung in dieser Phase:

- Gefühlsausbrüche zulassen, da sie heilsam sein können.
- Ausbrüche von Wut und Zorn gehören ebenso wie depressive Stimmungen und Niedergeschlagenheit
  zum Vorgang des Trauerns.
- N icht von ungelösten Problemen, Schuld und Konflikt ablenken.
- Ablenken fördert nur das Verdrängen, was zu einer Verzögerung des Trauerprozesses führen kann.
- Probleme aussprechen lassen.
- Schuldgefühle nicht ausreden, aber auch nicht bekräftigen, sondern schlicht zur Kenntnis nehmen.
- Am Erleben und Erinnern des Trauernden Anteil nehmen.
- Da-Sein, Zuhören.
- Anregungen für alltägliche Hilfen (z.B. Tagebuch schreiben, Malen, Musikhören, Spazierengehen, Entspannungsübungen, Bäder,...) geben.
- Eigene „Geschichten“ zurückhalten.
- Keine Interpretationen oder wertende Stellungnahmen geben.

Dritte Trauerphase: Suchen und Sich-Trennen

Auf jeden Verlust reagieren wir mit Suchen. Was wird eigentlich in der Trauer gesucht? Zum einen der reale Mensch, das gemeinsame Leben, gemeinsame Orte mit Erinnerungswert. Auch in den Gesichtern Unbekannter wird nach den geliebten Gesichtszügen gesucht. Gewohnheiten des Verstorbenen werden übernommen.
Gemeinsame Erlebnisse sollen Teile der Beziehung retten und werden gleichsam als „Edelsteine“ gesammelt. Dies erleichtert die Trauer. In inneren Zwiegesprächen wird eine Klärung offener Punkte möglich, kann Rat eingeholt werden.
Durch diese intensve Auseinandersetzung entsteht beim Trauernden oft ein starkes Begegnungsgefühl. Das ist unheimlich schmerzhaft und unendlich schön zugleich!
Im Verlaufe dieses intensiven Suchens, Findens und Wieder-Trennens kommt einmal der Augenblick, wo der Trauernde die innere Entscheidung trifft, wieder ja zum Leben und zum Weiterleben zu sagen oder aber in der Trauer zu verharren.
Je mehr gefunden wird, was weitergegeben werden kann, umso leichter fällt eine Trennung vom Toten.
Dieses Suchen läßt aber auch oft eine tiefe Verzweiflung entstehen, weil die Dunkelheit noch zu mächtig ist. Suizidale Gedanken sind in dieser Phase relativ häufig.
Diese Phase kann Wochen, Monate oder Jahre dauern.

Mögliche Hilfen für die Begleitung in dieser Phase:

- Alle Erlebnisse der Vergangenheit dürfen ausgesprochen werden – keine Zensur!
- Akzeptieren, daß immer wieder in den verschiedensten Formen „gesucht“ wird.
- Geduld.
- Zuhören – auch wenn man die Geschichten alle schon kennt.

- Gefühle ernst nehmen, die durch Erinnerungen oder Erzählungen wieder auftauchen.
- Phantasien zulassen, die den Tod des Verstorbenen bezweifeln – ohne selbst mit zu phantasieren.
- Bei suizidalen Äußerungen kontinuierlich begleiten.
- Zeit lassen.
- Kein Drängen auf Akzeptieren des Verlustes.
- Unterstützung bei Ansätzen der Neuorientierung.

Vierte Trauerphase: Neuer Selbst- und Weltbezug

Nachdem man seinen Schmerz herausschreien durfte, anklagen und Vorwürfe machen durfte, kehrt allmählich innere Ruhe und Frieden in die Seele zurück. Der Tote hat dort seinen Platz gefunden.
Langsam erkennt man, daß das Leben weitergeht und daß man dafür verantwortlich ist. Es kommt die Zeit, in der man wieder neue Pläne schmieden kann. Der Trauerprozess hat Spuren hinterlassen, die Einstellung des Trauernden zum Leben hat sich meist völlig verändert.
Der Verstorbene bleibt ein Teil dieses Lebens und lebt weiter in den Erinnerungen und im Gedenken.

Mögliche Hilfen für die Begleitung in dieser Phase:

- Dazu beitragen, daß der Trauernde auch den Begleiter loslassen kann.
- Akzeptieren, daß man so nicht mehr gebraucht wird.
- Eigene „Bedürftigkeit“, helfen zu müssen, überprüfen (Helfer-Syndrom!).
- Veränderungen im Beziehungsnetz des Trauernden begrüßen und unterstützen.
- Neues akzeptieren.
- Sensibel bleiben für Rückfälle.
- Gemeinsame Formen suchen, die Trauerbegleitung behutsam zu beenden oder umzugestalten.

Zusammenfassung: Jedes Trauergeschehen kann je nach der Ausgangssituation unterschiedlich verlaufen. Dies muß bei der Begleitung Trauernder berücksichtigt werden. Es gibt nicht das „eine“ typische Gefühl, die „eine“ typische Reaktion. Vielmehr verlangt Trauerbegleitung ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen, Offenheit und Flexibilität. Gerade in einer Zeit, in der Trauerrituale immer mehr verschwinden, die Unsicherheit im Umgang mit Trauernden steigt und die Gefahr der Isolation Trauernder in der Gesellschaft ständig zunimmt.