

# Formen: Wie wird getrauert?

- 2.1 Wie wird getrauert? Allgemeines – 14
- 2.2 Was wir bisher gelernt haben: Trauer als Syndrom – 14
- 2.3 Was wir heute besser wissen: Das ganz normale Chaos der Trauer – 19
- 2.4 Gibt es »pathologische« Trauer? Trauer und Krankheit – 23
- 2.5 Risikofaktoren und Ressourcen – 26
- 2.6 Die häufigsten Trauersymptome im Überblick – 27
- Literatur – 29

Dieses Kapitel fasst zusammen, *wie* getrauert wird, d.h., was in empirischen Studien zur Trauer beobachtet wurde: Wie reagieren Menschen im Trauerfall? Welche Verhaltensweisen und Symptome gibt es? Wie verläuft Trauer, und wann ist sie beendet? Ist Trauer eine Krankheit, gibt es krankhafte Trauer, oder macht Trauer krank? Wie erkennt man Risikofaktoren und Ressourcen?

## 2.1 Wie wird getrauert? Allgemeines

---

### »Grundwissen« überholt

Seit Elisabeth Kübler-Ross (Kübler-Ross 1969) in den 1960er-Jahren das Tabu brach und Sterben, Tod und Trauer in der Öffentlichkeit zum Thema machte, sind ihre Antworten auf diese Fragen sehr bekannt geworden. Gemeinsam mit denen einiger anderer bekannter Autoren (Freud, Lindemann etc.) finden sie sich bis heute im Mainstream der Trauerliteratur und gehören zum »Grundwissen« in den Lehr- und Prüfungsplänen für helfende Berufe. Doch einige dieser weitverbreiteten Annahmen darüber, wie man »normalerweise« trauere, sind von Erkenntnissen der neueren Forschung überholt. Das betrifft fast alle Aspekte der Gestalt der Trauer: Symptome, Verlauf, Dauer und Risiken (vgl. die folgenden Abschnitte). Und auch hinsichtlich Ursachen und Charakter der Trauer steht uns heute ein breites Spektrum von Forschungsbeiträgen zur Verfügung, die zum Teil noch wenig bekannt sind, aber wichtige Horizonsweiterungen bringen (s. dazu ► Kap. 3).

## 2.2 Was wir bisher gelernt haben: Trauer als Syndrom

---

### Gestalt der Trauer

Wie schon hinsichtlich ihrer Definition nehmen wir auch hinsichtlich der Gestalt der Trauer unseren Ausgangspunkt bei Sigmund Freud. Er hat die Kennzeichen der Trauer wie folgt beschrieben:

» ... eine tief schmerzliche Verstimmung, eine Aufhebung des Interesses für die Außenwelt ... – soweit sie nicht an den Verstorbenen mahnt, – den Verlust der Fähigkeit, irgendein neues Liebesobjekt zu wählen – was den Betrauten ersetzen hieße, – die Abwendung von jeder Leistung, die nicht mit dem Andenken des Verstorbenen in Beziehung steht «  
(Freud 1916, S. 429).

Die beschriebenen Phänomene rühren nach Freud im wesentlichen daher, dass Trauernde für die Verlustverarbeitung eine enorm große Menge an psychischen Energien verbrauchen, die sie aus

anderen Bereichen ihres psychischen Systems abziehen müssen – solange sie intensiv trauern, haben sie für andere psychische Aktivitäten schlicht kaum noch die Kraft (zu Details vgl. ► Kap. 3.2.).

Freuds grobe Skizze des Erscheinungsbilds der Trauer wurde seither durch empirische Studien präzisiert. Der Pionier der empirischen Trauerforschung ist Erich Lindemann. Er hat im Jahr 1944, als wegen der vielen Toten des Zweiten Weltkriegs das Thema Trauer auch in den USA mit Händen zu greifen war, in Boston die erste Studie zur Trauersymptomatik vorgelegt. Auf diese Studie (Lindemann 1944) beziehen sich bis heute die meisten Fachautoren. Nach Lindemann ist Trauer ein *Syndrom*, d.h. eine klar bestimmbare Gruppe von psychischen und physischen Symptomen, die sich zu einer Art Krankheitsbild zusammensetzen. Zum Normalbild der Trauer gehören nach Lindemann folgende Symptome:

- Somatische, d.h. körperliche Störungen wie Atembeschwerden (insbesondere röchelndes und seufzendes Atmen), Kraftlosigkeit und Erschöpfung, Verdauungsstörungen (einschließlich Störungen des Speichelflusses und des Appetits). Dabei brechen körperliches Unbehagen oder Schmerzempfinden typischerweise in Wellen über die Trauernden herein und sind oft von intensiven seelischen Schmerzen begleitet;
- »Präokkupation« mit der oder dem Verstorbenen bei gleichzeitiger Störung der sonstigen Wahrnehmung, d.h.: Man ist ständig mit inneren Bildern und Erinnerungen an die Verstorbenen beschäftigt, während andere Dinge und Personen unwirklich und entfernt scheinen (heute nennt man diese von Lindemann beschriebenen Formen der Wahrnehmungsstörung »Derealisation« und »Depersonalisation«);
- Schuldgefühle;
- Aggressivität, Reizbarkeit oder Feindseligkeit;
- Verhaltensänderungen wie Überaktivität und Rastlosigkeit oder Aktivitätshemmung und Verlangsamung.
- Auf der Grenze der Normalität liegt nach Lindemann die sog. Symptombildung durch Identifikation, d.h., die Trauernden nehmen selbst Züge, Verhaltensweisen oder Krankheitsmerkmale der Verstorbenen an (vgl. ► Kap. 3.2.).

### **Trauersyndrom (Normalbild) nach Lindemann**

#### **Körpersymptome**

#### **Präokkupation und Wahrnehmungsstörungen**

#### **Affekt- und Antriebsstörungen**

#### **Identifikation mit den Verstorbenen**

### **Beispiel**

Häufig nehmen Trauernde z.B. Körperhaltung oder Gang der Verstorbenen an oder glauben im eigenen Spiegelbild die Gesichtszüge der Verstorbenen zu erkennen. Es gibt aber auch extremere und entsprechend seltenere Beispiele:

- Nachdem ihr Vater an einer Herzkrankheit gestorben ist, weist das EKG der trauernden Tochter drei Wochen lang krankhafte Veränderungen auf.

- Die Witwe einer Versicherungsvertreters schreibt nach dem Tod ihres Mannes selbst zahlreiche Versicherungsgesellschaften an, um ihnen (ohne qualifiziert zu sein) ihre Dienste anzubieten.
- Eine andere Witwe entwickelt nach dem Tod ihres Mannes im ganzen Gesicht massiven Bartwuchs.

### Störungsbilder nach Lindemann

Vom Normalbild der Trauer unterscheidet Lindemann »verzerrte« bzw. gestörte Erscheinungsbilder, bei denen jeweils ein bestimmter Aspekt des Syndroms bzw. einzelne seiner Symptome übersteigert sind. Solche »Verzerrungen« treten insbesondere dann auf, wenn Trauerreaktionen anfänglich verhindert oder verzögert wurden und das Unterdrückte später umso heftiger durchbricht. Solche Störungsbilder sind nach Lindemann durch psychologische Behandlung wieder in eine »normale« Trauerreaktion zurückzuführen und können dann schließlich »aufgelöst« werden, indem ein normaler Trauerprozess durchlaufen wird. Dazu nachstehend einige Fallbeispiele.

#### Beispiel

Ein 42-jähriger Mann kommt in eine psychologische Praxis; er leidet ohne erkennbaren Anlass unter Depressivität und zeigt starkes Trauerverhalten. Gespräche ergeben, dass die Mutter des Mannes 20 Jahre zuvor im Alter von 42 Jahren Suizid begangen hat. Der damals 22-jährige Sohn hat den tabubesetzten Tod seiner Mutter nicht betrauert, sondern verdrängt. Die verspätete Trauerreaktion wird jetzt unbewusst dadurch ausgelöst, dass er selbst das Sterbealter seiner Mutter erreicht (man nennt das auch »anniversary reaction« oder »Jahrestagsreaktion«). In der Therapie wird die damals ungelebte Trauer nachgeholt. Die Symptome des Mannes verschwinden.

#### Beispiel

In einem anderen Fall ist die verschleppte Trauerreaktion nicht mehr aufzufangen: Nachdem in einem Nachtclub ein Feuer ausgebrochen ist, wird ein 32-jähriger Mann mit Verbrennungen ins Krankenhaus eingeliefert; die operative Versorgung und die Heilung verlaufen gut. Am fünften Tag nach der Einlieferung wird dem Mann mitgeteilt, dass seine Frau im Feuer umgekommen ist. Er erscheint erleichtert, nun Gewissheit über das schon heimlich Befürchtete zu haben. Die Ärzte sind beeindruckt von seiner ungewöhnlich gut kontrollierten Haltung, die er während seines gesamten Klinikaufenthaltes beibehält. Eine Trauerbegleitung findet nicht statt. Nach kurzer Zeit wird der Mann nach Hause entlassen,

wenige Monate später, am Neujahrstag, jedoch überraschend von seiner Familie wieder in die Klinik gebracht. Nach seiner Heimkehr hat er eine ständige Rastlosigkeit entwickelt, verschiedene Reisen begonnen und abgebrochen und leidet seither unter starker Nervosität, Geistesabwesenheit, Angstzuständen und einer Unfähigkeit, sich auf irgendeine gezielte Tätigkeit zu konzentrieren. In der Klinik setzen sich diese Symptome fort, ärztliche Gesprächskontakte bricht der Patient immer wieder abrupt ab und murmelt, niemand könne ihm helfen. Er klagt über extreme innere Anspannung, Schwächezustände und Erschöpfung und darüber, dass er nicht atmen könne – er müsse entweder wahnsinnig werden, oder etwas Schreckliches werde geschehen. Fragmentarische, vom Patienten meist abgebrochene psychotherapeutische Sitzungen ergeben, dass der Mann in der Brandnacht versucht hatte, seine Frau aus dem Feuer zu retten, dabei aber ohnmächtig geworden und von der fliehenden Menge mit hinaus ins Freie gezogen worden war, während seine Frau zurückblieb und verbrannte. Von Schuldgefühlen und Gewaltphantasien verfolgt, springt der Mann am sechsten Tag seines Klinikaufenthaltes durch ein geschlossenes Fenster in den Tod.

### Beispiel

Als normal und wünschenswert beschreibt Lindemann dagegen den Trauerverlauf bei einer 40-jährigen Frau, die ihren Mann ebenfalls durch den oben erwähnten Brand verlor: In den ersten drei Tagen nach seinem Tod reagiert sie extrem deprimiert und verzweifelt, weint heftig und will nicht mehr leben. Sie spricht ständig von ihrem Mann, sieht ihn lebhaft vor sich: wie er zur Arbeit geht und wie er abends heimkehrt, mit dem Hund spielt, sein Kind begrüßt etc. Sie kann den Gedanken nicht ertragen, dass er nicht mehr wiederkommt, und hat Angst, verrückt zu werden. Sie lobt die Qualitäten ihres Mannes, seine Hingabe an sie, die Tragik seines Todes auf dem Höhepunkt seines Erfolges. Nach zehn Tagen der intensiven Beschäftigung mit ihrer Trauer beginnt sie den Verlust ihres Mannes zu akzeptieren. Sie entwickelt eine Bindung an den Trauerbegleiter und wartet täglich sehnsüchtig auf die nächste Sitzung mit ihm. Dabei empfindet sie zugleich Schuldgefühle gegenüber ihrem verstorbenen Mann und Erleichterung, weil sich ihre Fähigkeit abzeichnet, evtl. zukünftig wieder neue Beziehungen einzugehen. Darauf setzt ein Aktivitätsschub ein: Die Frau plant, wie sie zukünftig für sich und ihre zehnjährige Tochter die Existenz sichern will; sie geht erste Schritte, um ihre frühere Berufstätigkeit als Sekretärin wieder aufzunehmen, frischt ihre Französischkennt-

## Symptomatologie in der Nachfolge Lindemanns

nisse auf usw. Ihre körperliche und psychische Genesung verläuft von da an gut; die Wiederaanpassung an das häusliche Leben gelingt ihr schnell.

Seit Lindemann sind zahlreiche weitere symptomatologische Studien mit Trauernden, meist an Verwitweten, durchgeführt worden. Dreißig und mehr Jahre lang hat man dabei zwar die Zahl und die Art der beschriebenen Trauersymptome etwas erweitert (etwa um verschiedene Formen von Sinnesstörungen, vermehrten Alkohol- und Medikamentenkonsum oder eine erhöhte Anfälligkeit für Infektionskrankheiten) und auch Differenzierungen vorzunehmen versucht, indem man die beobachteten Symptome ordnete: Die berühmten »Phasenmodelle« (in Deutschland sind am bekanntesten die fünf Phasen Nichtwahrhabenwollen, Zorn, Verhandeln, Depression und Zustimmung nach Elisabeth Kübler-Ross und die vier Phasen Schock, Kontrolle, Regression und Adaptation nach Yorick Spiegel) sind im Grunde nur erweiterte Symptomatologien, denn die Autoren und Autorinnen tun nichts anderes, als die beobachteten Symptome in eine zeitliche Reihenfolge zu bringen (Details siehe ► Kap. 3.2). Im Wesentlichen hat man trotz der genannten Erweiterungen jahrzehntelang an Prinzip und Charakter des Lindemann'schen »Syndroms« festgehalten. Ich konstruiere nachstehend ein idealtypisches Beispiel für ein Symptom- bzw. Verlaufsbild der Trauer, wie es im Mainstream der Trauerliteratur für normal gehaltenen wird.

### Beispiel

Herr A. sackt am Abendbrottisch in sich zusammen; der Rettungswagen bringt ihn ins Krankenhaus. Nach einer quälenden Stunde des Wartens wird Frau A. vom diensthabenden Arzt mitgeteilt, ihr Mann habe einen Herzinfarkt erlitten, man habe sofort operiert, aber keine der ergriffenen medizinischen Maßnahmen habe ihm mehr helfen können. Frau A. fällt in einen Schockzustand. Sie fühlt sich wie betäubt, hört wie aus weiter Ferne, dass der Arzt noch spricht, doch nimmt den Inhalt nicht mehr wahr. Zu Hause (sie erinnert sich nicht mehr, wie sie dorthin gekommen ist) weiß ein Teil von ihr, dass ihr Mann tot ist, und ein anderer bezweifelt es, will es nicht wahrhaben. Wäre ..., hätte ..., könnte doch – dann würde er noch leben. Alles würde sie Gott versprechen, wenn er ihn ihr nur zurückgäbe! Sie wird aggressiv und reizbar, lehnt sich gegen das Schicksal auf, klagt sich selbst und andere an, am Tod ihres Mannes schuld zu sein. Sie mag nichts mehr essen, nichts mehr tun, an nichts mehr denken außer an ihren Mann. Er erscheint ihr im Traum. Wenn Autos vorm Haus halten, wenn sie ein Knarren auf

der Treppe hört, glaubt sie, er sei es. Jedes Mal, wenn sie sich klar-macht, dass er nie mehr nach Hause kommen wird, bekommt sie Panikattacken. Als sie es endgültig begriffen hat, stürzt sie in Depressivität, will von nichts und niemandem etwas wissen. Schon das Aufstehen, Waschen, Anziehen fällt ihr unendlich schwer; die Tage dehnen sich endlos. Nur widerstrebend empfängt Frau A. den Besuch ihrer engsten Freundinnen. Sie verlässt selten das Haus; nur von ihren Kindern lässt sie sich ab und zu abholen und zum Kaffeetrinken mitnehmen. Schließlich, nach Monaten, lässt der Schmerz ganz langsam nach. Frau A. beginnt den Tod ihres Mannes zu akzeptieren. Sie wird sich nach und nach von ihm lösen können, ihren Alltag ohne ihn bewältigen und wieder gestalten, vielleicht neue Interessen und Fähigkeiten entwickeln. Wenn alles gut geht, wird sie nach ein oder zwei Jahren ohne Schmerzen an ihren verstorbenen Mann denken können und bereit sein, sich neu zu verlieben.

Trauer kann nach neuerem Erkenntnisstand aber auch ganz anders aussehen und trotzdem »normal« sein, wie wir im nächsten Unterkapitel (► Abschn. 2.3) sehen werden. Zuvor aber noch einige Bemerkungen zur Frage der Dauer von Trauerprozessen. Damit haben sich Lindemanns Nachfolger stärker befasst als er selbst. Die meisten sind der Auffassung, normalerweise sei die Phase intensiven Trauerns nach drei bis sechs Monaten beendet, die Trauer insgesamt nach ein bis zwei Jahren. Auch dies muss nach heutigem Erkenntnisstand revidiert werden (► Abschn. 2.3).

#### Dauer der Trauer

### 2.3 Was wir heute besser wissen: Das ganz normale Chaos der Trauer

---

Neuere, zum Teil groß angelegte Studien zur Trauersymptomatik haben immer mehr und immer neue Formen der Trauer in einer erstaunlichen Vielfalt zutage gefördert. Das Ergebnis:

- **Trauer ist keineswegs, wie man seit Lindemann annahm, ein Syndrom mit klar umrissenem Symptombild. Sie verläuft nicht uniform oder immer ähnlich, sondern im Gegenteil individuell äußerst verschieden, und dabei können Betroffene auf allen Ebenen ihres Personseins tief greifende Veränderungen erleben: körperlich, psychisch und auf der Ebene des Verhaltens.**

Viele Betroffene haben nach dem Verlust eines ihnen nahestehenden Menschen Panikattacken; andere haben wunderschöne, tröst-

**Jeder trauert anders**

liche Träume von ihren Verstorbenen und erleben darin Nähe und Glück; einige suchen sofort Ersatzbeziehungen. Die einen fühlen sich wie gelähmt, andere entwickeln eine rastlose Getriebenheit und Überaktivität. Die einen neigen zu Depression oder Angstzuständen und Suizidalität, andere greifen zu Alkohol und Tabletten, wieder andere erleiden Herz-, Atemwegs- oder andere Erkrankungen. Manche magern ab; andere werden dick; die dritten spüren sich selbst erst in schmerzhafter, dann in positiver Weise und entwickeln ein neues Körper- und Selbstbewusstsein. Einige gehen auf Reisen, andere ziehen sich in ihr Schneckenhaus zurück; einige kleben Erinnerungsalben, andere beginnen, ihr Leben neu zu sortieren, und blühen auf. Die einen werden kreativ und entwickeln künstlerische Fähigkeiten, die anderen nehmen sportliche Aktivitäten auf, die dritten engagieren sich sozial, wieder andere brechen all solche früher ausgeübten Tätigkeiten plötzlich ab. Oft treten auch mehrere verschiedene, teils gegenläufige Phänomene bei ein und derselben Person auf, nacheinander, durcheinander oder abwechselnd – ohne vorhersagbare Regelmäßigkeit. Die Unterschiede sind schon ganz zu Beginn von Trauerprozessen eklatant: Am Totenbett oder beim Empfang der Todesnachricht fallen manche Trauernde in einen Schockzustand, andere reagieren gefasst und akzeptierend, wieder andere protestieren bis hin zum Randalieren; einige stellen Fragen über Fragen, andere weisen sich selbst oder anderen die Schuld am Tod des verstorbenen Menschen zu; manche frieren, andere schwitzen, manche erstarren, andere bewegen sich unruhig, sie weinen, lachen, schreien, schweigen, und ... und ... und ... – 158 verschiedene Reaktionsformen haben der Klinikseelsorger George Fitchett und sein interdisziplinäres Team in Chicago bei Hinterbliebenen schon in den ersten Minuten und Stunden nach dem Tod eines Zugehörigen beobachtet.

Eine Übersicht über die häufigsten beobachteten Trauersymptome bietet die Tabelle in ► Abschn. 2.6. Doch schon die wenigen hier beschriebenen Beispiele lassen erkennen:

➤ **Ein einheitliches Bild »des« Trauerprozesses, wie es Phasenmodelle entwerfen, ist nach heutigem Erkenntnisstand nicht mehr haltbar. Vielfalt oder, im Fachjargon: »Diversität« heißt der Befund.**

Die Symptombilder, die Lindemann und nachfolgende Forscher notiert haben und von denen einige zu sog. Phasen der Trauer zusammengeordnet wurden, kommen vor – aber auch viele andere darüber hinaus. Die Erscheinungsformen der Trauer sind weitaus verschiedener und vielfältiger als früher angenommen.



### Beispiel

Frau A. aus dem obigen Beispiel könnte auch ganz anders und dennoch völlig »normal« reagieren. Statt wie betäubt zu sein, sind vielleicht ihre Sinne bis aufs Äußerste gespannt, sodass sich jede Einzelheit der Schreckensszenen auf dem Krankenhausflur unauslöschlich in ihr Gedächtnis einbrennt: das kalte Deckenlicht, das Muster auf dem Linoleumboden, die Körperhaltung des Arztes, als er ihr den Tod ihres Mannes mitteilt, der Schweiß in seinem OP-Hemd, sein Gesichtsausdruck, sein Tonfall, jedes falsche oder ungesagt gebliebene Wort und das Gefühl, das es in ihr hervorruft. Sie sucht vielleicht, noch ehe ihr Mann unter der Erde ist, eine Liebesaffäre (zum Trost und um zu spüren, dass sie selbst noch lebt), ordnet gleich klaren Verstandes ihre Papiere und organisiert ihren Alltag neu – und vermisst doch zugleich und noch Jahre später ihren Mann und weiß: Es wird nie mehr wie früher. Von ihren Söhnen reagiert vielleicht der eine ruhig und als Herr der Lage: Er bestellt den Bestatter, setzt die Todesanzeige auf, konsultiert einen Anwalt wegen der Erbschaftsangelegenheiten, wird zur Stütze seiner alleinstehenden Mutter – und der andere bricht zusammen und ist wochenlang arbeitsunfähig, trinkt und nimmt Betäubungsmittel ein.

Wie überall im wirklichen Leben ist auch in der Trauer individuelle Verschiedenheit normal – das ganz normale Chaos der Trauer. Betroffene erleben das zum Teil als Chance, zum Teil als Problem: Verwaiste Eltern können einander in ihrer Trauer um ihr gemeinsames Kind helfen oder gerade nicht helfen, weil sie so unterschiedlich trauern. Geschwister können einander in der Trauer um ein gemeinsames Elternteil neue Bewältigungsmöglichkeiten eröffnen, indem sie von ihren je unterschiedlichen Trauerstilen lernen – oder aber sie streiten und entzweien sich, weil ihnen die Reaktionen der anderen zu fremd und unverständlich sind.

Der Fachwelt erscheint die Diversität der beobachteten Trauerreaktionen zunächst als *Problem*, denn sie ruft Unsicherheit und Fragen hervor: Haben einige der Forschenden, die zu so unterschiedlichen Ergebnissen kommen, sich geirrt? Und wenn ja: Wer hat die richtigen Ergebnisse? Womit können professionell Helfende rechnen, woran sollen sie sich halten, wie soll man erkennen, ob Trauernde auf gutem Wege sind oder therapeutische Hilfe brauchen, wenn nicht mehr eindeutig ist, was »normal« ist?

Meines Erachtens ist die Diversität der Trauerreaktionen aber gerade der wichtigste Befund der empirischen Trauerforschung. Denn erstens wird daran die Reichweite der Trauer deutlich: Ihre psychosozialen und psychosomatischen Auswirkungen sind weit

### Diversität

**Psychosoziale, psychosomatische, volkswirtschaftliche Relevanz**

## Schematische Erwartungen aufgeben

### Kein »richtiges« und »falsches« Trauern

größer und tief greifender als bisher angenommen. Damit wird Trauerbegleitung zum gesundheitspolitisch und volkswirtschaftlich relevanten Faktor.

Und zweitens wird dieser Befund dafür sorgen, dass simplizistische, d.h. zu stark vereinfachende oder schematische Vorstellungen von Trauerverläufen erweitert werden müssen. Bisher wurden klare Erwartungen an das Verhalten Trauernder angelegt: Was nicht ins Erwartungsschema passte, wurde entweder nicht wahrgenommen oder als unnormale bzw. sogar krankhaft eingeschätzt. Von diesen Einengungen befreit die Erkenntnis, wie vielfältig Trauerreaktionen sind.

Sicher kann die Tatsache, dass Gleichbetroffene ganz unterschiedlich reagieren, auch schmerzlich und konfliktuell erlebt werden. Das wird aber durch die falsche Annahme, alle müssten ähnlich bzw. »richtig« trauern, eher verschlimmert als verbessert. Dagegen entlastet und öffnet es, wenn alle Betroffenen zum eigenen Trauerstil, zum eigenen, individuellen Trauerweg und zur gegenseitigen Akzeptanz ermutigt werden.

➤ **Trauerbegleiterinnen und -begleiter müssen lernen, ganz unterschiedliche Trauerreaktionen und Bewältigungsstrategien zu erkennen, anzuerkennen und zu fördern. Trauerbegleitung muss individuell verschieden sein, weil Trauer individuell verschieden ist. Das ist in älteren Konzepten noch nicht genügend berücksichtigt worden. Es wird sich aber in dem Maße durchsetzen, wie die Diversität von Trauersymptomen bekannt wird.**

### Längere Dauer

Auch hinsichtlich Anfang und Ende von Trauerprozessen müssen frühere Annahmen korrigiert werden.

➤ **Trauerprozesse dauern nach neueren Erkenntnissen wesentlich länger als bisher angenommen: zwei, drei, fünf Jahre oder mehr sind keine Seltenheit. Und: Entgegen bisherigen Einschätzungen ist gerade die Eingangs- bzw. Auslösephase der Trauer besonders bedeutend und bleibt auch in der Rückschau wesentlich.**

76 Prozent von in Deutschland und 92 Prozent von in den USA interviewten Trauernden gaben an, den Tiefpunkt ihrer Krise bzw. die heftigsten und schlimmsten Trauerreaktionen (z.B. Empfindungen von Kälte, Leere, Verwirrung; Weinen, Schmerz, Verzweiflung; Schreien, Panik, Angst, das Leben allein nicht bewältigen zu können, sowie damit einhergehende veränderte Körperempfindungen) schon perimortal erlebt zu haben, d.h. in den ersten Stunden und Minuten unmittelbar vor und nach dem Tod (bzw.

Trauer verstehen

Formen, Erklärungen, Hilfen

Lammer, K.

2014, IX, 105 S. 15 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-642-41666-8