

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

VERWITWUNG

Der Tod des Partners: seelische, körperliche und psychosoziale Folgen

Der schwerste Schicksalsschlag, der einen Menschen treffen kann: der Verlust des Lebenspartners. Dabei ist diese Belastung, früher vor allem als Verwitwung bezeichnet, zwar so alt wie die Menschheit, aber gesellschaftlich nicht immer hilfreich bewältigt. Oder kurz: Das nähere und weitere Umfeld reagiert eher verunsichert, vielleicht sogar distanziert, ohne es zu wollen. Denn es ist schwer, einen Trauernden wirkungsvoll und zeitlich angepasst (d. h. nicht am Anfang zu viel und später gar nicht mehr) zu helfen. Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht zu den Themen: Was unterstützt, was ist wirkungslos oder sogar belastend, vor allem in den jeweiligen Trauer-Phasen. Dazu die Gefahr einer krankhaften Trauer-Reaktion oder gar chronischen Trauer mit den entsprechenden Risikofaktoren. Wichtig auch die unterschiedlichen psychosozialen Folgen und Verarbeitungs-Strategien, je nach Geschlecht. Und bedeutsam, nicht zuletzt für das Umfeld, die vorbeugenden Möglichkeiten und schließlich die notwendige Behandlung. Dabei konkrete Hinweise für die Betreuung Trauernder, vor allem was die Vermeidung unnötiger, belastender oder gar schädlicher Ratschläge angeht. Und nicht zuletzt die Frage: Sind Medikamente notwendig? Und wenn ja: Wie unterscheidet man dann eine Trauer-Reaktion von der einer ggf. medikamentös behandlungsbedürftigen Depression?

Erwähnte Fachbegriffe:

Verwitwung – Tod des Partners – Witwer – Witwe – Life-Event-Forschung – Scheidung – Verwitwung und Wohnung – Verwitwung und Familien-Verband – Verwitwung und religiöse Einstellung – Verwitwung und Angehörige – Verwitwung und Alter – Verwitwung und sozialer Status – Verwitwung und finanzielle Situation – Trauer-Reaktionen – Trauer-Phasen – Trauerprozess – Trauer-Dauer – Trauer-Beschwerden – Trauer-Symptomatik – entgleiste Trauer-Reaktion –

pathologischer Trauer-Prozess – chronifizierter Trauer-Prozess – chronische Trauer – Trauer und Migrations-Hintergrund – Trauer-Kleidung – Trauer und Öffentlichkeit – Trauer-Dauer und Risikofaktoren – Trauer und Erkrankungs-Art – Trauer und Todes-Art – Trauer und Partner-Suizid – Selbsttötung und Trauer-Reaktion – reaktive Depression – depressive Reaktion – Anpassungsstörung – endogene Depression – depressive Episode – Trauer und Erkrankungs-Risiko – Trauer und Lebenserwartung – Trauer und neue Beziehung – Trauer und Alkohol-Selbsttherapie – Trauer- und Tabletten-Missbrauch – Trauer und körperliche Reaktion – Trauer und psychosomatische Reaktion – Trauer und Hypochondrie – Trauer und Immun-System – Prävention von Trauer – Trauer und Verwandtschaft – Trauer und gesellschaftliche Einstellung – Trauer und Medien – Trauer und Ärzteschaft – Trauer und Hausarzt – Trauer und Klinikbetrieb – Trauer und Klinikarzt – „forcierte“ Trauer – Trauer-Betreuung – Trauer-Behandlung – Trauer-Therapie – Behandlung der Verwitweten – akute Trauer-Reaktion – chronische Trauer-Reaktion – sinnvolle Trauer-Betreuung – falsche Trauer-Betreuung - falsche Trauer-Ratschläge – spezielle Trauer-Ratschläge – medikamentöse Trauer-Behandlung – Beruhigungsmittel bei Trauer – Pflanzenmittel bei Trauer – Unterscheidung zwischen Trauer und Depression – u.a.m.

Der Verlust des Lebenspartners ist der schwerste Schicksalsschlag, der einen Menschen treffen kann. Diese bittere Erkenntnis ist so alt wie die Menschheit und gleichzeitig so aktuell wie kein anderes Wissen. Vor allem geht sie so gut wie jedem Menschen nahe, kann sich doch praktisch keiner entziehen. Und wenn – sei es zurückgezogene Wesensart, mangelnde Gelegenheit oder einfach der Wunsch nach zwischenmenschlicher Distanz und damit ohne Gefahr einer solchen Tragödie –, dann kann es trotzdem jeder verstehen, was hier an Schmerz, Trauer und Einsamkeit droht. Und in der Tat: Die Verwitwung gehört in den gängigen Belastungs-Skalen der Life-Event-Forschung zu den schwerwiegendsten Ereignissen mit der Gefahr auch ernstlicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen.

Das hat sich - wie erwähnt - bis heute nicht geändert, im Gegensatz zur Scheidung, deren psychosoziale Konsequenzen sich in der heutigen Gesellschaft bisweilen eher mildern lassen (siehe das entsprechende Kapitel in dieser Serie).

Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht zum Thema *Verwitwung und ihre seelischen, körperlichen und psychosozialen Folgen* wie es immer wieder in der Fach- und populärmedizinischen Literatur zu finden ist. In diesem Fall auf der Grundlage des lesenswerten Kapitels gleichen Titels in dem leider längst vergriffenen Lehrbuch *Psychiatrie – ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung*, Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1995, herausgegeben von Volker Faust. Dort fasste es der Nervenarzt Professor Dr. J. Bojanovsky vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim wie folgt zusammen:

ERKENNEN UND VERSTEHEN

- **Die Verwitung – eine gesellschaftlich vernachlässigte Belastung?**

Die Verwitung - wir hörten es - stellt ein großes Risiko für seelische, psychosoziale und sogar körperliche Erkrankungen dar. Doch wird ihr spezifisches Problem von der Öffentlichkeit weitgehend verdrängt, obwohl es kaum Menschen geben dürfte, die in ihrem Umfeld nicht schon einmal mit einem solchen Verlust-Opfer konfrontiert worden sind. Diese Unterbewertung betrifft im Übrigen auch das gesamte gesundheitliche System, mahnt Professor Bojanovsky, zumal sich Verwitwete eher zurückziehen, als andere mit ihrem Schmerz zu belästigen. Und das ist ja – bei allem vordergründigen Verständnis des Umfelds – auch der Wunsch aller, die mit einer derart trauernden Person in Berührung kommen (müssen). Und dies, obgleich ein solcher Verlust jeden treffen kann (der dann allerdings auch auf eine mehr oder weniger erfüllende Partnerschaft zurückblicken darf).

Allerdings muss man der verunsicherten Umgebung auch zugestehen: Es ist nicht leicht, einen derart Trauernden zu trösten, nichts ist endgültiger als der Tod. Und was einem dabei als Trost einzufallen pflegt, ist zwar gut gemeint, letztlich aber ohne Zukunft, ohne Lebens-Perspektive - ab jetzt wird alles anders sein.

Aber ist die Verwitung nicht so alt wie die Menschheit? Gibt es überhaupt ein Phänomen im Leben aller Lebewesen schlechthin, das so eindeutig und alle ohne Ausnahme zu erfassen pflegt, wie der Tod? Und ist damit nicht auch eine Art „seelische Verwandtschaft aller Lebewesen“ verbunden – und damit auch Verständnis, Geduld, Unterstützung?

Ja und Nein. Denn im Falle der Verwitung hat sich im Leben der Menschen (zumindest der westlichen Welt) schon einiges verändert: Und so mahnen auch die Experten, dass sich die soziale Situation der Verwitweten in den letzten Jahrzehnten zugespitzt hat. Dies gehe Hand in Hand mit dem Prozess der Industrialisierung – mit allen Folgen und auf allen Ebenen des menschlichen Miteinanders. Oder kurz: Die Bedeutung der Verwandtschafts-Systeme geht zurück. Dafür nimmt zwar die Rolle der Organisations-Systeme zu (sprich Krankenversicherung, Rente, Sozialhilfen aller Art), und das sollte man nicht unterschätzen (schließlich gibt es das in Deutschland erst seit Bismarcks Zeiten und auch nur in bestimmten Nationen so durchaus effektiv wie bei uns). Doch es gibt eben auch andere Faktoren, die mit der modernen Entwicklung bezahlt werden müssen, vordergründig eigentlich lohnend, beim genauen Hinsehen aber mit zwiespältigen Konsequenzen je nach neuer Ausgangslage.

Eine davon ist die heutige Wohlstandsgesellschaft, die wir nicht mehr missen wollen. Und damit verbunden die Möglichkeit, dass jede Generation eine *eigene Wohnung* besitzt. Gibt es etwas Fortschrittlicheres als diese Entwicklung? Sicherlich, doch damit werden auch die Beziehungen zwischen Eltern und erwachsenen Kindern immer mehr abgeschwächt, zumindest auf räumliche (und damit psychosoziale?) Distanz gehalten.

Nun hat auch dies durchaus Vorteile, das wird jeder bestätigen. Im Falle einer Verwitwung aber ist natürlich der, der im Leben übrig bleibt, plötzlich allein, und zwar wirklich allein. Da hätte er es in einem größeren Familien-Verband besser. Das betrifft sowohl die organisatorische Unterstützung (die man gerade beim älteren, plötzlich vereinsamten Menschen nicht unterschätzen sollte), vor allem aber die zwischenmenschlichen gemütsmäßigen Hilfestellungen, Tröstungen, und sei es nur ein ständiges Verfügbar-Sein.

Ein weiterer Faktor, der sich zumindest in manchen Bereichen dann doch plötzlich ernüchternd bis schockierend auswirken kann, ist die *religiöse Einstellung*. Auch hier gibt es zwar eine große Bandbreite von Gläubigkeit, wobei immer häufiger dieser oder jener Glaubenssatz abgelehnt, zumindest aber nicht mehr ernstgenommen wird. Wer allerdings an ein Wiedersehen nach dem Tode glaubt, hat es beispielsweise als Zurückgebliebener ggf. leichter, als jemand, der mit „modern-realistischer“ Einstellung in dieser Hinsicht nichts mehr erwarten kann. Kurz und wiederholt: Alles hat seine (mindestens) zwei Seiten, von denen die negative manchmal erst sehr spät, dann aber besonders heftig realisiert werden muss.

Zum Dritten klagen auch immer mehr Menschen (und die Experten müssen es bestätigen), dass auch die *Hilfsbereitschaft und Solidarität* zwischen den Menschen zurückgeht. Das betrifft praktisch alle – Verwitwete aber im besonderen Maße. Hier ins Detail zu gehen, ist müßig, dazu fallen jedem genügend eigene Erfahrungs-Beispiele ein.

Und einen letzten Punkt gilt es zu bedenken, auch er ist ganz in unserem Sinne, erst einmal. Es handelt sich um die *Lebens-Erwartung* in unserer Zeit und Gesellschaft. Und die ist erfreulich (sofern man halbwegs gesund und wirtschaftlich abgesichert ist). Global gesprochen sind es im Durchschnitt 85 bzw. 80 Jahre für das weibliche bzw. männliche Geschlecht. Das ist schon einmal mehr als dreimal so viel wie in der Antike und rund drei Jahrzehnte mehr als zu Zeiten des erwähnten Reichskanzlers Bismarck.

Wer aber älter wird, hat nicht nur mit den seelischen, geistigen und körperlichen Konsequenzen zu bezahlen (denn wir sind auf dieses hohe Alter offensichtlich zu Beginn unserer Menschheits-Entwicklung nicht programmiert worden), es betrifft auch die sozialen, zwischenmenschlichen Aspekte, unser Umfeld, direkt und indirekt, sprich Rest-Familie, Nachbarschaft, die beruflichen Kontakte sind ja meist schon eingeschlafen. Kurz: Nicht wenige stehen im so genannten dritten Lebensalter eigentlich ohne konkrete Aufgabe im Leben – und jetzt auch noch allein.

Das war übrigens vorher, nämlich zu zweit, leichter zu ertragen, falls es überhaupt zum Thema wurde. Aber jetzt verliert der Zurückgebliebene nicht nur den direkten Ansprech-Partner, sondern oftmals auch seinen *sozialen Status* durch den Verlust seiner direkten, indirekten, zumindest durch den Partner (mit-)gesicherten Beziehungen. Das zwingt zur Änderung vieler täglicher Gewohnheiten und Lebensaufgaben, die jetzt neu zu gestalten sind.

Und es gilt eine Reihe von Risiken, wenn nicht gar Gefahren zu kennen, vor allem aber auch anzuerkennen, zu akzeptieren, und damit möglicherweise rechtzeitig zu mildern, vielleicht sogar zu umgehen. Um was handelt es sich, was muss man wissen?

- **Trauer-Reaktionen**

Eine Folge ist die *Trauer-Reaktion*. Mit ihr ist fast immer zu rechnen, je nach individueller Ausgangslage, sprich Persönlichkeitsstruktur, vor allem aber der Fähigkeit mit Schicksalsschlägen umzugehen. Zusätzliche Faktoren sind die Hilfestellung des Umfelds und gewisse psychosoziale Bedingungen, die unterstützen oder - im Gegenteil - noch zusätzlich belasten – mit den entsprechenden Konsequenzen. Auf jeden Fall lässt sich eine Trauer-Reaktion im Allgemeinen absehen, ja im Rahmen des Trauer-Prozesses in verschiedene Stadien einteilen. Nachfolgend eine komprimierte Übersicht, basierend auf dem Kapitel *Der Trauerprozess* in dem erwähnten Lehrbuch der Psychiatrie von Frau Professor Dr. Verena Kast, Lehranalytikerin am C. G. Jung-Institut, St. Gallen. Einzelheiten siehe der nachfolgende Kasten.

TRAUER-PHASEN

- 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 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 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.

Nach V. Kast, 1982

Dies also in komprimierter Form und der tröstlichen Erkenntnis, dass auch die Trauer irgendwann einmal zurückgeht. Allerdings drohen - wie erwähnt - oft Rückfälle, mal leichtere, mal schwerwiegendere und folgenreiche, nicht zuletzt durch so genannte Re-Aktualisierungen, z. B. am Todestag oder an bestimmten Festen wie Weihnachten und ähnlichen erinnerungs-schweren Daten oder Situationen.

Im Extremfall kann es zu einem so genannten *pathologischen Trauer-Prozess* kommen. Das ist eine gleichsam „entgleisende“ Trauer-Reaktion, die sich in Ausprägung und Verlauf, ggf. durch eine Chronifizierungs-Gefahr deutlich von den sonst zu ertragenden Formen und vor allem von der „üblichen“ Leidens-Zeit unterscheidet.

Dabei muss man wissen - so die Experten - dass die Trauer nicht nur von der so genannten psychodynamischen Verarbeitung, sondern auch von den kulturellen Normen beeinflusst wird. So sind es insbesondere die von der Umgebung geäußerten und damit letztlich vom Betroffenen verinnerlichten Erwartungen, die sein Verhalten nachhaltig beeinflussen. Dies äußert sich beispielsweise auch darin, dass Menschen aus anderen Kulturkreisen, z. B. ausländische Arbeitnehmer oder solche mit Migrations-Hintergrund, vor allem aus den südlichen und östlichen Ländern Europas, ihre Trauer ggf. ganz anders zum Ausdruck bringen – und nebenbei unsere Sitten eher als inadäquat ansehen (wie wir wiederum deren Reaktionen auch).

Früher schrieb man auch den Verwitweten vor, sich mehrere Monate, eventuell auch länger, von den sozialen Aktivitäten zurückzuziehen, sich auf jeden Fall spürbar zurückzuhalten. Dabei gewährte man ihnen aber auch eine besondere Rücksichtnahme und schützte sie weitgehend vor äußeren Einflüssen (wozu auch das Tragen schwarzer oder zumindest dunkler Kleidung als äußeres Zeichen der Trauer diente).

Heute distanziert man sich zunehmend von solchen Vorschriften. Das mag regional unterschiedlich sein, aber im Wesentlichen lockert sich eine solche Tradition deutlich. Damit haben die Verwitweten aber auch größere Freiheiten, was sich durchaus positiv äußern kann. Allerdings nicht nur das, sondern es belasten dadurch auch gewisse Unsicherheiten im Verhalten generell, von spezifischen Aspekten im Alltag ganz zu schweigen (also nicht nur dezentere Kleidung, sondern auch generelles Auftreten, die Teilnahme an bestimmten Veranstaltungen u. a.).

Obgleich sich – gesamthaft gesehen – damit so manche Zwänge lockern, die nicht nur positiv auf die Trauer-Verarbeitung gewirkt haben dürften, bleibt doch eines letztlich undiskutierbar:

Heute erwartet man von den Verwitweten eher, dass sie ihre Trauer vor allem innerlich verarbeiten. Und damit nicht so sehr an die Öffentlichkeit gehen, die sich auf diese Weise natürlich einer gewissen Belastung, wenn nicht gar Verantwortung entzieht.

- **Gefahr der Chronifizierung**

Mit einer Chronifizierung der Trauerreaktion, also einem längerfristigen oder Dauer-Zustand über eine Zeitspanne von mehr als einem Jahr nach dem Verlust muss ungefähr bei 10% der Betroffenen gerechnet werden. Allerdings wird der Anteil derer, die sich nicht vollkommen re-integrieren und dann auf einem niedrigeren Aktivitäts-Niveau weiterleben (müssen), beträchtlich höher eingeschätzt. Diese Trauer-Opfer stellen eine „graue, vor allem besonders vernachlässigte Gruppe zwischen Krankheit und Gesundheit“ dar, so Professor Bojanovsky.

Als *Risikofaktoren* für einen chronischen Verlauf gelten nach wissenschaftlicher Erkenntnis:

- höheres Alter
- niedriger sozialer Status (offensichtlich aufgrund der zusätzlichen sozialen Belastungen und der geringeren Kompensations-Möglichkeiten)
- kurze oder fehlende terminale Krankheit (vor dem Tode) des Verstorbenen
- eine Krebs-Erkrankung
- eine ungewöhnliche Art des Todes
- vor allem aber ein Suizid des Partners

Noch wichtiger aber scheint nach den bisherigen Erkenntnissen die fehlende soziale Hilfe zu sein, die dann doch mehr Verwitwete als man auf den ersten Blick annimmt, zusätzlich belastet. Dazu gehört allerdings neben einem schwachen sozialen Netz, das den Betroffenen auffangen sollte (oder eben auch nicht bzw. nur unzureichend) sowie finanziellen Problemen auch eine angeschlagene eigene Gesundheit.

Die häufigste Folge einer Chronifizierung der Trauerreaktion ist die Depression. In der Regel ist es die so genannte reaktive Depression oder depressive Reaktion (nach einem Schicksalsschlag), wie die frühere Bezeichnung lautete. Heute – leider etwas missverständlich – als Anpassungsstörung bezeichnet. Dabei zeigt sich auch: Je schmerzhafter der Verlust am Anfang empfunden wurde, desto schwieriger ist auch seine völlige Überwindung – und damit die Gefahr, in eine solche Depression abzustürzen.

Deutlich seltener sind offenbar die anderen depressiven Subtypen, die durch eine „entgleiste Trauerreaktion“ zumindest angestoßen werden können. Hierzu gehört beispielsweise die früher so genannte neurotische Depression (heute Dysthymia). Sie bestand zwar schon lange zuvor, kann aber unter der spezifischen Belastung jetzt noch heftiger, folgenschwerer, gleichsam doppelt zermürend ausfallen. Ähnliches gilt für die früher so bezeichnete endogene Depression, also eine Art hirn-biologisch erklärbare und oft auch erbliche Schwermut, die entweder schon früher belastete (so genannte rezidivierende depressive Episoden) und jetzt erneut angestoßen wird oder – eher selten – durch den nicht verwindbaren Verlust erstmals ausbricht. Früher nannten die Psychiater eine solche Kombination deshalb eine endo-reaktive Depression. Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Kapitel in dieser Serie.

- **Geschlechtsspezifische psychosoziale Folgen**

Ein tragisches Phänomen ist die (statistisch erhärtete) Erkenntnis, dass die Verwitweten eine deutlich erhöhte Morbiditäts- und Mortalitäts-Rate trifft, also ein erhöhtes Erkrankungs-Risiko (z. B. durch Herzerkrankungen) und Sterbe-Risiko (z. B. durch Selbsttötung).

Dabei sind im Vergleich zu Verheirateten des gleichen Alters vor allem *junge* Verwitwete betroffen. Dies offensichtlich deshalb, weil es sich dann oft um einen unerwarteten Schicksalsschlag handelt. Und weil man dann nicht so leicht eine psychosoziale Unterstützung durch gleichermaßen Betroffene (weil gleichen Alters) findet, so Professor Bojanovsky. Was heißt das konkret?

- *Witwer* sind überwiegend kurz nach dem Partnerverlust gefährdet. *Witwen* pflegen dagegen erst allmählich und in den folgenden Jahren stärkeren Belastungen ausgesetzt zu sein.

Wie erklärt man sich das? Darüber gibt es verschiedene Ansichten, wobei es sicher auch auf die individuelle Situation ankommt: gesundheitlich, und zwar seelisch, geistig und körperlich, wirtschaftlich, d. h. aus finanzieller Sicht, integriert in eine Familie, bestehenden aus weiteren Angehörigen, insbesondere Jüngeren u. a.

Es gibt aber auch Faktoren, die sich offenbar regelmäßig wiederholen (können). Dazu gehört die Erkenntnis, dass *Männer* eher auf den Verlust an sich reagieren, *Frauen* dagegen mehr auf die soziale Rolle einer Witwe in der Gesellschaft. Letzteres mag auf den ersten Blick weniger nachvollziehbar erscheinen, ist aber bei näherer Prüfung durchaus bedeutsam.

Eine andere Erklärung könnte sein, dass *Witwer* in der ersten Zeit nach dem Verlust hilfloser reagieren, später jedoch besser durch Beruf oder neue partnerschaftliche Beziehungen kompensieren können.

- Was aber droht konkret als Leidesbild bzw. fest definierte Krankheit?

Hier reagieren *Witwen* offenbar häufiger mit Depressionen (wie Frauen im Allgemeinen, was jedoch gerade bei der „Männer-Depression“ durchaus täuschen kann), *Witwer* eher mit einer entgleisten Selbsttherapie im Sinne des Alkoholismus. Auch ein Tabletten-Missbrauch ist vermehrt anzutreffen, bei Frauen ggf. häufiger, letztlich aber dann doch auch bei Männern nicht selten.

Außerdem nehmen die Besuche beim Hausarzt zu. Dort werden dann verschiedene Krankheiten diagnostiziert (z. B. orthopädische Leiden), von denen aber insgesamt gar nicht so wenige psychosomatisch interpretierbar sind (sprich: unverarbeitetes Seelisches äußert sich körperlich, wenn auch nicht mit objektivierbarem krankhaftem Befund).

Nicht selten ist auch eine „hypochochrische Einstellung“, so der Experte. Dies allerdings muss hier eher als latenter Schrei nach mehr Aufmerksamkeit, insbesondere menschlicher Zuwendung verstanden werden. Einzelheiten zu diesem Thema siehe auch die beiden Kästen zum Thema Trauer und Trauer-Begleitung.

Klinisch-wissenschaftlich gesehen wird die erhöhte Mortalität und Morbidität bei Verwitweten auch damit erklärt, dass es nach einem schweren Verlust zu einer Labilisierung des endokrinen Apparates kommen kann. Oder kurz und allgemeinverständlich: Das Immunsystem gerät ins Wanken. Das lässt sich beispielsweise durch eine Reduktion der lymphozytären Reaktionen erkennen, die eine wichtige Rolle bei immunologischen Prozessen spielen, so Professor Bojanovsky.

VORBEUGENDE MÖGLICHKEITEN

Was kann man nun tun, um diese schwere Zeit zu erleichtern? Hier hält sich Professor Bojanovsky in seinem Kapitel, das ja einem psychiatrischen Lehrbuch für Ärzte entstammt, vor allem an mögliche Hinweise für seine Fachkollegen. Dabei sieht er auch deren Grenzen. Er schreibt:

Viele *präventive Maßnahmen*, z. B. die finanzielle Sicherung älterer Witwen, die bessere Eingliederung der Verwitweten in die Gesellschaft u. a., können die Ärzte nicht direkt beeinflussen. Falls sie sich aber entschließen, ihren Beitrag nicht nur auf die Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit zu konzentrieren, können sie durchaus aus ihrer engeren Position heraustreten und in Zusammenarbeit mit der näheren Umgebung zur Stabilisierung und wirkungsvollen Prävention beitragen.

Die meisten vorbeugenden Möglichkeiten konzentrieren sich natürlich vor allem auf das nähere Umfeld, d. h. Angehörige, ggf. auch Freunde, Nachbarn usw. Sie beziehen sich aber auch auf so genannte Schlüsselpersonen wie Journalisten und Politiker, die immer wieder auf die psychosozialen Probleme der Verwitweten hingewiesen werden müssen. Denn was in den Medien zu finden ist, hat plötzlich Aktualität (obgleich es ggf. eine uralte Aufgabe ist). Und was die politische Einflussnahme anbelangt, so ist es immer wieder nützlich, als Wähler auch außerhalb des Wahlkampfs auf entsprechende gesellschaftliche Defizite hinzuweisen.

Einen direkten Einfluss auf die Hinterbliebenen im akuten Fall, insbesondere aber die Verwitweten beiderlei Geschlechts, haben unter den Ärzten vor allem Notfallärzte, Chirurgen, Internisten, Onkologen (Experten für Krebskrankheiten) und alle anderen Fachbereiche bzw. Krankenhaus-Abteilungen, die „danach“ in unmittelbarem Kontakt mit den Hinterbliebenen kommen. Ein Mitgefühl signalisierendes Verhalten kann eine große Hilfe darstellen (wobei jedoch niemand von den Ärzten im Akut-Dienst (Fachbegriff: AvD und damit unter ständigen Stress) verlangt, einen intensiveren Betreuungseinsatz zu leisten. Zumeist kommt es allerdings mehr auf das „wie“ und „überhaupt daran denken“ an, weniger auf inhaltliche Fragen, die die Außenstehenden ohnehin nur schwer überschauen können. Doch auch hier kann es nicht schaden, den Krankheits- sowie den therapeutischen Verlauf beim Verstorbenen allgemeinverständlich zu erläutern, d. h. was lag vor, was konnte getan werden – wenn auch letztlich ohne Erfolg. Dies vor allem bei operativen Eingriffen, die man unterlassen hat bzw. in Angriff nahm, obgleich es letztlich nicht positiv ausging. Das ist besonders dann wichtig, wenn man als Arzt den Eindruck hat, dass hier individuelle Schuldgefühle die Verwandtschaft belasten, was sogar durch reizbare bis aggressive Reaktionen der Angehörigen zum Ausdruck kommen kann, und zwar selbst gegenüber Ärzteschaft, Pflegepersonal bzw. Gesundheitssystem generell.

Darüber hinaus bleibt es mitunter eine offene Frage, inwieweit die in dieser abschließenden Lebensphase involvierten Ärzte, aber auch Pflegepersonal und sonstige Betreuungsstellen fundierte Informationen über die Hilfsangebote der entsprechenden Institutionen vermitteln sollen, bei denen die Angehörigen eventuell Unterstützung finden können. Dies funktioniert in den meisten Kliniken bzw. entsprechenden Beratungsstellen inzwischen recht gut, allerdings nicht überall und immer. Hier springt dann eher der Hausarzt ein, der Patient und Familie schon länger kennt. Das Gleiche gilt für ambulante Selbsthilfegruppen, deren Adressen zumeist von den zuständigen Stellen außerhalb der Klinik vermittelt werden, denn im täglichen Klinikbetrieb geht es naturgemäß so hektisch zu, dass längerfristige und vor allem geduldige Einflussnahmen zusätzlich kaum zu leisten sind.

Etwas anderes – so Professor Bojanovsky – ist die Frage, ob im Kreis der Hinterbliebenen, insbesondere beim Verwitweten, eine suizidale Gefährdung möglich ist, vielleicht keine direkte Selbstmordgefahr, wohl aber eine unterschwellige Lebensmüdigkeit, die ebenfalls ihre Risiken hat. Hier wäre – sofern erkennbar – dann bereits der Klinikarzt gefragt, was die notwendigen Interventionen, vor allem aber die Organisation einer weiterführenden Betreuung anbelangt.

Einen interessanten Aspekt führt der Experte noch an, nämlich: „Für die besonders isolierten Betroffenen können Haustiere eine wertvolle Stütze sein. Dies muss jedoch - besonders bei bisher in der Tierhaltung Unerfahrenen - sorgfältig geplant werden, am besten unter beratender Hilfe von Vertretern örtlicher Tierasyle bzw. Tierschutzvereine sowie von den entsprechenden Tierzüchtern, Zoonhandlungen und ggf. Tierärzten.“ Das mag zwar auf den ersten Blick etwas weit hergeholt sein, ist aber als unterschwellige Überlegung gar nicht so selten und bei entsprechender Eignung auch nicht abwegig. Die Bitte des Erfahrenen aber bleibt natürlich: Nicht als kurzfristige Reaktion auf eine schmerzliche Situation, in dem das Tier als jederzeit verfügbarer und effektiver Tröster „missbraucht“ zu werden droht, durchaus aber bei ausreichender Überlegung, Beratung und Absprache mit dem verbliebenen Umfeld.

BEHANDLUNG

Bei der *Behandlung der Verwitweten* geht es darum, den Trauer-Prozess in die richtigen Bahnen zu lenken, zumindest aber Hilfestellung dabei zu leisten.

Einzelheiten zu den Phänomenen Trauer, Trauer-Phasen, Dauer des Trauer-Prozesses sowie der Unterscheidung zwischen Trauer und Depression siehe die nachfolgenden Ausführungen:

- Bei einer **akuten Trauer-Reaktion**, die durch die Hilfe des Umfeldes, vor allem aber des Hausarztes nicht in der erwünschten Zeit und Wirksamkeit gemildert werden kann, insbesondere bei Herz-Kreislauf-Risiken und suizidaler Gefährdung, sind durchaus Medikamente angebracht, so Professor Bojanovsky. Dazu gehören nicht die nur langsamer greifenden Antidepressiva (also Arzneimittel zur Stimmungsaufhellung, obgleich das hier erwünscht und sinnvoll wäre), sondern Beruhigungsmittel, ggf. auch niederpotente und damit vor allem dämpfende Neuroleptika (auch Antipsychotika genannt). Deren positive Wirkung ist nicht zu unterschätzen, sollte aber natürlich nur ärztlich eng überwacht und zeitlich begrenzt sein. Einzelheiten zu diesem Thema siehe später ausführlicher. Denn hier heißt es: Vorsicht vor einer möglichen Abstumpfung und damit Beeinträchtigung der so genannten Trauer-Arbeit. Dies nicht zuletzt im höheren Lebensalter.

- Bei einem **chronischen Verlauf** ist eine systematische Therapie angezeigt. Dabei zwingt die spezielle Situation den Therapeuten zu bestimmten Anpassungen: So muss er aktiver sein, weil die Betroffenen meist ausgeprägt unentschlossen sind und ihre Leidensfähigkeit ggf. schon deutlich gemindert ist. Das heißt allerdings nicht, dass er sich auf direkte Ratschläge konzentrieren soll oder bereits im frühen Stadium entsprechende Entschlüsse zu erzwingen versucht. Hier geht es hauptsächlich darum, die Gesamt-Situation zu erfahren, richtig einzuschätzen und dann vorsichtig strategisch zu interpretieren (was - wann - wo - wie) und dies – falls möglich bzw. gegeben – mit dem näheren und ggf. weiteren Umfeld des Patienten abzusprechen. Dies betrifft insbesondere soziale Fragen, wie die finanzielle oder Wohnungs-Situation, die Vielzahl möglicher Belastungen und vor allem bürokratischer Verpflichtungen u. a. Hier müssen dann ggf. auch die entsprechenden Hilfs-Organisationen am Ort empfohlen oder zumindest indirekt einbezogen werden.

Das Hauptziel der Therapie bleibt aber die Bewältigung der Trauer-Arbeit. Und in nicht wenigen Fällen die Förderung einer versöhnlichen Einstellung des Betroffenen (Verbitterung, warum wir, Verwaltungs-, ja Verwandten-Probleme usw.). Am wichtigsten ist die innerseelische Auseinandersetzung mit der Person des verstorbenen Partners und der noch frischen Todes-Situation. Hier gibt es eine Vielzahl emotions-geladener Bereiche, auch und vor allem im früheren Zusammenleben, die herausgefunden und gemeinsam erörtert werden müssen.

Wichtig ist es auch, den Patienten zum Weinen zu ermuntern und damit zurückgehaltene Gefühle freizusetzen. Weinen kann den emotionalen Druck verringern (wobei bekanntermaßen Trauer-Tränen biochemisch ganz anders zusammengesetzt sind als Lach-Tränen oder solche, die nur den Augapfel feucht halten sollen - also dann doch irgendwie an der Trauer-Verarbeitung direkter beteiligt).

Manchmal ist die Methode der „forcierten Trauer“ sinnvoll, meint Professor Dr. J. Bojanovsky. Das ist die intensive Konfrontation mit den näheren Umständen

des Sterbens und schließlich Todes, und zwar mit allen vorangegangenen und schließlich nachfolgenden Belastungen, Konflikten, Erkenntnissen. Hier - so der Experte - muss aber zuvor die seelische, geistige, körperliche und psychosoziale Belastbarkeits-Grenze des Patienten abgeschätzt werden, um nicht - besonders im höheren Lebensalter - beispielsweise kardio-vaskuläre (Herz-Kreislauf) Komplikationen während einer zu intensiven emotionalen Reaktion zu provozieren.

Hilfreich sind auch ggf. therapeutische Gruppen ähnlich Betroffener, besonders wenn sie sich in einem unterschiedlichen Stadium der Trauer befinden. Gleichermaßen Betroffene, denen es schließlich gelungen ist, wieder „Boden unter den Füßen zu bekommen“, können durch ihre eigenen Erfahrungen, aber auch ihre eigene Trauer-Überwindung eine entscheidende Hilfe sein.

Nachfolgend nun in komprimierter Form eine Übersicht zur Betreuung Trauernder generell von Frau Professor Dr. Verena Kast, basierend auf dem Kapitel des erwähnten Lehrbuchs. Im Einzelnen:

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 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 (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 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 seinen eigenen 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 zusammennehmen“) und leere Redensarten vermeiden („Glücklicherweise ist sonst nichts passiert“).
- Nicht oberflächlich trösten oder den Verlust herunterspielen, sondern eher stillverständnisvoll mitleiden: Anwesenheit und stumme Zuwendung bedeuten oft mehr als so manche gängige „Floskel“ (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 Bücher 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 hat dieser Wunsch dort seine Grenzen, wo – ungeschönt ausgedrückt – der Verfall des Leichnams so weit fortgeschritten ist, dass der optische Schock größer ist als die erhoffte Abschieds-Entlastung.
- Und damit vor allem: Geduld, Geduld und die Gabe, sich nicht anstecken zu lassen.

Nach V. Kast, 1982

Medikamente bei Trauer-Reaktionen?

Trauerprozesse können überaus schmerzlich und zermürend werden, besonders am Anfang und schließlich auf längere Sicht. Doch mit medikamentöser Unterstützung soll man zurückhaltend sein, wie erwähnt. 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. Bei allem wichtig: Der betreuende Hausarzt entscheidet aufgrund seiner eigenen Erfahrung, was in diesem oder jenen speziellen Fall angezeigt erscheint. Und er muss es auch weiterhin im Auge behalten.

Als durchaus sinnvollen Kompromiss diskutiert man auch eine medikamentöse Stützung durch psychotrope Pflanzenheilmittel, z. B. als Kombination aus 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?

Zuletzt eine wichtige Frage, nämlich: Wie unterscheiden sich Trauer und Depression? Und dies aus folgenden Gründen: Zum einen ergibt sich aus der zutreffenden Antwort bzw. Diagnose auch eine ganz unterschiedliche therapeutische Strategie. Zum anderen kommt es offensichtlich häufiger vor, besonders im höheren Lebensalter, dass eine nachvollziehbare Trauer in eine Krankheit „abstürzt“, am häufigsten – wie erwähnt – die Depression. Deshalb gilt es zu unterscheiden:

Trauer ist eine natürliche Reaktionsweise, Depression eine seelische Krankheit. Die Differenzierung 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 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 kurze Depressionen und 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 ernststen 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 Allgemeinen aber schon),
- und 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.

Allerdings lässt sich dies nicht auf jeden Betroffenen übertragen, hier spielen viele Einflussfaktoren mit herein. Der häufigste Fall ist der, dass der Trauernde zwar nicht wegen seiner Trauer, aber dafür anderen, meist körperlichen Beeinträchtigungen ärztlichen Rat sucht. Hier muss dann dem Arzt eben auch die Trauersymptomatik auffallen, die es gesondert zu berücksichtigen gilt. Hilfreich sind dabei auch die Hinweise der engeren Angehörigen, die einmal anfangs beim Arztbesuch dabei sein und ihre eigenen Beobachtungen mitteilen sollten.

LITERATUR

Wichtiges, wenn auch natürlich nicht für jeden Betroffenen befriedigend wissenschaftlich, diagnostisch, präventiv und leider auch therapeutisch angegangenes Phänomen, obgleich es ja die Mehrzahl der Bevölkerung trifft. Nachfolgend eine kurz gefasste Übersicht auch älterer deutschsprachiger Fachbücher zu diesem Thema im erweiterten Sinne:

*Bojanovsky, J.: **Verwitwete. Ihre gesundheitlichen und sozialen Probleme.** Beltz-Verlag, Weinheim 1986*

*Bojanovsky, J.: **Die Verwitwung und ihre seelischen und psychosozialen Folgen.** In: V. Faust (Hrsg.): **Psychiatrie.** Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1995*

Bowly, J.: **Trennung.** Kindler-Verlag, München 1976

Bowly, J.: **Verlust, Trauer und Depression.** Fischer-Verlag, Frankfurt 1983

Engelhardt, U.: **Jung verwitwet.** Krüger-Verlag, Frankfurt 2012

Freud, S.: **Trauer und Melancholie.** Gesammelte Werke Bd. X. Fischer-Verlag, Frankfurt 1967

Freud, S.: **Trauer und Melancholie.** In: A. Mitscherlich u. Mitarb. (Hrsg.): **Psychologie des Unbewussten.** Studienausgabe Bd. III, Fischer-Verlag, Frankfurt 1975

Grof, S., J. Halifax: **Die Begegnung mit dem Tod.** Verlag Klett-Cotta, Stuttgart 1980

Heuft, G. u. Mitarb.: **Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie.** Reinhardt-Verlag, München-Basel 2006

Hirsch, R. D. (Hrsg.): **Psychotherapie im Alter.** Verlag Hans Huber, Bern 1990

Kast, V.: **Trauern – Phasen und Chancen des psychischen Prozesses.** Kreuz-Verlag, Stuttgart 1982

Kast, V.: **Paare. Beziehungsphantasien oder: Wie Götter sich in Menschen spiegeln.** Kreuz-Verlag, Stuttgart 1989

Kast, V.: **Der Trauerprozess.** In: V. Faust (Hrsg.): **Psychiatrie.** Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1995

Kipp, J., G. Jüngling: **Einführung in die praktische Gerontopsychiatrie.** Reinhardt-Verlag, München 2006

Kruse, A., M. Martin (Hrsg.): **Enzyklopädie der Gerontologie.** Verlag Hans Huber, Bern 2004

Lindemann, E.: **Jenseits von Trauer.** Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1985

Lohner, M.: **Plötzlich allein.** Fischer-Verlag, Frankfurt 1982

Maercker, A.: **Posttraumatische Belastungsstörungen und pathologische Trauer.** In: A. Maercker (Hrsg.): **Alterspsychotherapie und Klinische Gerontopsychologie.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg 2002

Meyer, J. E.: **Tod und Neurose.** Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1973

Parkes, C. M.: **Vereinsamung. Die Lebenskrise bei Partnerverlust.** Rowohlt-Verlag, Hamburg 1978

Pincus, L.: ... **bis daß der Tod euch scheidet.** Deutsche Verlags-Anstalt, Stuttgart 1977

Radebold, H. u. Mitarb. (Hrsg.): **Depression im Alter.** Steinkopff-Verlag, Darmstadt 1997

Rogers, C. R.: **Encounter Gruppen. Das Erlebnis der menschlichen Begegnung.** Fischer-Taschenbuch, Frankfurt 1984

Rüttimann, K.: **Das geschenkte Jahr. Ein Abschied.** Zytglogge-Verlag, Gümlingen 1985

Schmied, G.: **Sterben und Trauern in der modernen Gesellschaft.** Verlag Leske & Budrich, Opladen 1985

Schwab, R.: **Einsamkeit.** Verlag Hans Huber, Bern 1997

Schwab, R.: **Psychologie der Einsamkeit. Individuelle Disposition und biographische Risikofaktoren.** In: Caritas Schweiz (Hrsg.): Sozialalmanach 2005. Schwerpunkt: Einsamkeit. Caritasverlag, Luzern 2005

Spiegel, Y.: **Der Prozeß des Trauerns.** Kaiser-Verlag, München 1973

Wiplinger, F.: **Der personalverstandene Tod.** Alber-Verlag, Frankfurt 1988

Worden, J. W.: **Beratung und Therapie in Trauerfällen.** Verlag Hans Huber, Bern 1987

Zank, S. u. Mitarb.: **Klinische Psychologie und Psychotherapie des Alters.** Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2010