

Heidi Müller und Hildegard Willmann

Trauer oder Depression?

„Die Unterschiede sind wesentlich,
die Ähnlichkeiten verwirrend.“
(Kay Redfield Jamison, 2011)

1. Einleitung

Seit fünf Wochen leidet Herr K.¹ an niedergedrückter Stimmung. Aktivitäten, die ihm früher Freude machten, kann er im Moment nichts abgewinnen. Er schläft schlecht, tagsüber fühlt er sich matt und verlangsamt. Er kann sich schlecht auf seine Arbeit konzentrieren. Gutes Essen war ihm immer sehr wichtig, doch zurzeit isst er wenig, weil er einfach keinen Appetit hat. Was fehlt Herrn K.? Möglicherweise leidet er an einer Depression. Es könnte sich jedoch auch um eine ganz normale Trauerreaktion handeln. Denn vor drei Monaten ist seine Frau verstorben. Tatsächlich lässt sich anhand dieser Beschreibung von Beschwerden nicht unterscheiden, ob Herr K. trauert oder an einer psychischen Störung leidet.

Ob eine Depression im Sinne einer psychischen Störung vorliegt, bestimmen Fachleute in Deutschland anhand eines Klassifikationssystems mit dem Namen ICD-10². Hier ist festgehalten, welche Symptome (Beschwerden oder Merkmale) in welchem Zeitraum bestehen müssen, damit eine Erkrankung bescheinigt werden kann. Eine Krankenschreibung, eine Psychotherapie oder ein Medikamentenverschreibung muss der behandelnde Arzt mit einer entsprechenden ICD-10-Diagnose begründen. Die Grenze zwischen „normalem“ seelischen Leiden und psychischer Erkrankung ist also letztlich immer da, wo Expertengremien sie nach bestem Wissen und Gewissen festgelegt haben und hat viel damit zu tun, wo man glaubt, helfen zu können und eingreifen zu sollen. Diagnosen kennzeichnen also einfach nur „den medizinischen Versorgungsbedarf“ (DGPPN, 2013).

¹ Name geändert.

² Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision

Im ICD-10 haben sich Experten auf die folgenden Bedingungen zur Feststellung einer Depression geeinigt: Mindestens zwei der folgenden Hauptsymptome und mindestens zwei der folgenden Nebensymptome müssen über mindestens zwei Wochen relativ durchgängig gegeben sein, damit die Diagnose „depressive Episode“ gerechtfertigt ist:

Hauptsymptome

- Gedrückte, depressive Stimmung
- Interessenverlust, Freudlosigkeit
- Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit

Nebensymptome

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Selbstmordgedanken
- Schlafstörungen
- Appetitmangel

Zudem ist festgelegt, wann jeweils von einer leichten, mittelgradigen oder schweren depressiven Episode gesprochen werden sollte:

- Leichte depressive Episode = zwei Haupt- und zwei Nebensymptome jeweils länger als zwei Wochen bestehend.
- Mittelgradige depressive Episode = zwei Haupt- und drei bis vier Nebensymptome jeweils länger als zwei Wochen bestehend.
- Schwere depressive Episode = drei Haupt- und mehr als vier Nebensymptome jeweils länger als zwei Wochen bestehend.

Über das Problem, dass anhand der in den Klassifikationssystemen festgelegten Kriterien Trauer und Depression nicht unterschieden werden kann, wurde in den Medien in letzter Zeit viel berichtet. Grund dafür war eine unter Fachleuten intensiv und kontrovers geführte Diskussion darüber, ob bei Hinterbliebenen in den ersten zwei Monaten nach dem Verlust auch dann keine klinische Depression diagnostiziert werden darf, wenn alle dafür notwendigen Symptome eigentlich gegeben sind. Bisher gab es eine solche so genannte Trauer-Ausschlussklausel im US-amerikanischen Pendant zum

ICD-10, dem DSM-IV³. In der seit Mai 2013 gültigen Fassung DSM-5 ist diese Klausel jedoch weggefallen und Kritiker befürchten, dass damit viele Trauernde irrtümlich als psychisch krank diagnostiziert werden, denn „ausgeprägte Trauer nach dem Tod eines nahestehenden Menschen geht oft mit denselben Symptomen, Beschwerden und Einschränkungen einher, wie bei einer depressiven Erkrankung (bes. Niedergeschlagenheit, Antriebsstörung, Interesseverlust, Schlafstörungen, Appetitverlust, Freudlosigkeit).“ (DGPPN, 2013).

Trauer und Depression scheinen also zum Verwechseln ähnlich zu sein. Und doch liest man vielerorts, dass Trauer und Depression grundverschieden, ja gegensätzlich seien: „Dort wo lebendige Trauer gezeigt wird, hat es die Depression schwer. Somit ist Trauer das Gegenteil von Depression“ (Canacakis, 2007, S. 122) und „Wo echte Trauer vorliegt, ist depressives Erleben fern. Wo eine schwere Depression einen Menschen blockiert, ist aktives Trauern vorerst unmöglich“ (Hell, 2002, S. 150).

Öfters findet man auch Beschreibungen, die andeuten, dass Depression eine Folge nicht zugelassener Trauer sein kann, dass also ein kausaler Zusammenhang zwischen „Nicht-Trauern-können/wollen“ und Depression besteht: „Diese Trauerverdrängung kann zu Depressionen führen, die für die Betroffenen recht unerklärlich sind. Geht man diesen Depressionen nach, findet man häufig unabgeschlossene Trauerprozesse, verdrängte Trauer usw.“ (Kast, 1999, S. 93).

Es ist also recht verwirrend: Wie können zwei Phänomene gleichzeitig vollkommen gegensätzlich und doch zum Verwechseln ähnlich sein?

Im Folgenden wird herausgearbeitet, dass normale Trauer und Depression sehr viel deutlicher unterscheidbar werden, sobald Merkmale Berücksichtigung finden, die in den Klassifikationssystemen nicht vorgegeben sind.

Ein weiterer Abschnitt befasst sich mit Deprimiertheit (gedrückte Stimmung, Niedergeschlagenheit). Hier wird erläutert, wie Deprimiertheit als normaler Bestandteil von Trauer sogar eine positive Funktion haben, sich jedoch unter bestimmten Bedingungen zu einer klinischen Depression entwickeln kann.

Anschließend werden die wesentlichen Punkte zusammengefasst und erörtert, inwieweit diese sowohl für Hinterbliebene und deren Angehörige als auch für Fachkräfte praktische Bedeutung haben können.

Es sei darauf hingewiesen, dass neben der Depression auch andere psychische Störungen die Bewältigung eines bedeutsamen Verlustes erschweren können. Zu nennen

³ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders („Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen“)

wären beispielsweise Traumafolgerkrankungen, Angststörungen und Komplizierte Trauer. Auf diese weiter einzugehen, würde jedoch hier den Rahmen sprengen.

2. Es ist wichtig, normale Trauer und klinische Depression unterscheiden zu können

Eine sorgfältige Unterscheidung von Trauer und Depression ist in mehrerer Hinsicht bedeutsam:

1. Es ist wichtig zu verhindern, dass Menschen mit normalen Trauerreaktionen irrtümlich als an einer Depression erkrankt diagnostiziert werden. Denn eine irrtümliche Diagnose hat voraussichtlich gravierende Konsequenzen für die Betroffenen:

- Sie werden in ihrer Selbstwahrnehmung und in ihrer Fähigkeit zur Selbstregulation irritiert. Wenn Betroffenen vermittelt wird, dass ihre Reaktionen pathologisch sind, kann dies in ihnen erhebliche Ängste auslösen und Verhaltensweisen in Gang setzen, um gegen die eigenen (unangenehmen und vermeintlich pathologischen) Reaktionen anzukämpfen. Paradoxe Weise kann dies gerade der Beginn eines Teufelskreises sein, der eine Entwicklung hin zu einer Depression fördert (vgl. Abschnitt 4).
- Sie werden möglicherweise medizinisch und/oder psychotherapeutisch behandelt. Dabei werden vermutlich in erster Linie Psychopharmaka verschrieben - mit fraglicher Wirkung und den damit verbundenen Nebenwirkungen.
- Da Depression als psychische Erkrankung immer noch mit einem Stigma behaftet ist, können sich im sozialen Umfeld negative Konsequenzen ergeben.

2. Es ist wissenschaftlich sehr gut belegt, dass gerade Verlustereignisse das Risiko deutlich erhöhen, an einer Depression zu erkranken (Filipp & Aymanns, 2010, Leitliniengruppe Unipolare Depression, 2012). Aus diesem Grund ist es auch wichtig zu verhindern, dass Menschen, die nach einem Verlust an einer Depression erkranken, irrtümlich als „normal“ Trauernde eingeschätzt werden. Denn eine nicht gestellte Diagnose kann gravierende Konsequenzen haben:

- Eine nicht erkannte und damit nicht adäquat behandelte Depression verlängert und intensiviert das Leiden des Hinterbliebenen weit über das Maß „normaler“ Trauer hinaus.
- Indem Betroffenen signalisiert wird, dass ihre Beschwerden normal sind und notwendig für eine erfolgreiche Bewältigung des Verlustes, wird ihnen nicht nur eine wirksame Möglichkeit zur Linderung ihres seelischen Leids verwehrt. Aufgrund der für Menschen in einer depressiven Phase typischen emotionalen Er-

starrung und der Tendenz zur Selbstabwertung, werden sie sich möglicherweise auch als unfähig erleben „richtig“ zu trauern. Dies kann dazu beitragen, die depressiven Beschwerden zu stabilisieren oder gar zu verstärken.

- Inzwischen ist gut belegt, dass depressive Störungen eine starke Tendenz zur Chronifizierung entwickeln können. Offensichtlich hinterlässt jede durchlebte depressive Episode tiefe Spuren im menschlichen System, die dazu führen, dass mit jeder durchlittenen depressiven Episode ein erneutes Erkranken immer wahrscheinlicher wird (Leitliniengruppe Unipolare Depression, 2012, Wittchen, Jacobi, Klose & Ryl, 2010). Die frühe und angemessene Behandlung einer depressiven Episode bekommt vor diesem Hintergrund besondere Bedeutung.

3. Was unterscheidet Trauer und Depression?

Zwei Einschätzungen von Betroffenen

Prof. Kay Redfield Jamison ist Psychologin, Professorin für Psychiatrie und Autorin mehrerer Bücher über die bipolare Störung (manisch-depressive Erkrankung), an der sie selbst leidet. Im Jahr 2002 starb ihr Ehemann Richard. In dem 2011 erschienenen Buch „Nothing was the same“ („Nichts war mehr wie zuvor“ aber auch „Es war nicht vergleichbar“) schreibt sie über ihre Verarbeitung dieses Verlustes:

Richards Tod rief in mir eine so starke Dunkelheit hervor, dass ich mich gezwungen sah zu erforschen, worin sich Trauer und Depression gleichen und worin nicht. Die Unterschiede sind wesentlich, die Ähnlichkeiten verwirrend. (2011, S.168⁴)

Kerstin F⁵. leidet seit vielen Jahren an wiederkehrenden, schweren depressiven Episoden. Vor drei Jahren durchlebte sie eine Zeit der Unsicherheit und Trauer, weil ihr erwachsener, psychisch kranker Sohn verschwunden war. Alles deutete darauf hin, dass er in unwegsamem Gelände verunglückt war, doch trotz aufwändiger Suche konnte er nicht gefunden werden. Frau F. war nach einigen Wochen überzeugt, dass er tot sei, bis sie nach über einem Jahr ein Lebenszeichen von ihm erhielt. Frau F. schreibt über ihre Erfahrungen mit Trauer und Depression:

Trauer und Depression: zwei vielleicht verwandte, aber ganz und gar unterschiedliche Seelenzustände. Nicht zu verwechseln. Darum ist es mir auch so unverständlich, dass beides gleichgesetzt werden kann. Manche Symptome gleichen sich: Schlaflosigkeit, ein ganz großes Thema bei beiden. Nichts essen können oder wollen. Stimmungsschwankungen. Plötzliches, scheinbar unbegründetes Weinen... Aber das sind nur

⁴ Alle Zitate von Jamison übersetzt durch Hildegard Willmann, Aeternitas e. V.

⁵ Name geändert

oberflächliche Erscheinungen. Tief unten, tief in uns drin, wo die Seele wohnt, gibt es für die scheinbar gleichen Erscheinungen ganz unterschiedliche Gefühlsursachen. Es ist ein bisschen wie bei einem tiefen Teich. Viele Lebewesen wohnen im Wasser. Du sitzt am Ufer und schaust auf die stille Oberfläche. Manchmal kräuselt sie sich. Dann weißt du, dort stößt gerade ein Fisch an die Oberfläche. Und obwohl es immer ähnlich aussieht, kannst du nie wissen, was für ein Fisch diese kleinen Wellen verursacht. Um es rauszukriegen, müsstest du genauer hinschauen oder vielleicht sogar hineintauchen. Dass sich aus einer Trauerphase eine Depression entwickeln kann, ist ein ganz anderes Thema. Dazu kann ich nichts sagen, in der Zeit, als mein Sohn verschwunden war, hatte ich definitiv keine Depression. Und die Trauer hat sich in dem Moment aufgelöst, als ich erfuhr, dass er noch lebt. (persönliche Mitteilung, 5. 6. 2013)

Welche Aspekte können dazu beitragen, die Unterschiede zwischen Trauer und Depression klarer herauszuarbeiten? Hier gibt es eine Reihe von Hinweisen. Die Experten, die für die Entfernung der Trauer-Ausschlussklausel aus dem DSM-5 verantwortlich sind, nennen einige davon in einer Fußnote, die dazu beitragen soll, dass es nicht zur Verwechslung von Trauer und Depression kommt (American Psychiatric Association, 2013, S. 161, s.u.⁶). Auch der US-amerikanische Psychiater Ronald Pies und andere Experten argumentieren, dass eine Unterscheidung möglich ist, wenn man zusätzlich zu den vorgeschriebenen diagnostischen Kriterien weitere Aspekte der subjektiven Erfahrung oder der Eigenwahrnehmung des Patienten berücksichtigt (Pies, 2008; Pies & Zisook, 2010, Shear, 2012).

Die Besprechung möglicher Unterscheidungskriterien baut im Folgenden wesentlich auf den Vorschlägen von Pies und der APA auf und ergänzt sie um Aussagen von Menschen, die in ihrem Leben sowohl Trauer als auch mittelschwere bis schwere Depressionen durchlebt haben.

Unterschied 1: Emotionale Schwingungsfähigkeit oder emotionale Erstarrung

Sowohl Trauer als auch Depression sind mit seelischem Leid verbunden. Dennoch können Unterschiede ausgemacht werden, was die Qualität und die Dauerhaftigkeit der negativen Stimmungslage angeht.

Viele Hinterbliebene berichten, dass der Kummer in Wellen kommt, aber auch wieder abebbt (Bisconti, Bergman & Boker, 2006, Bonanno, 2012). Und bei allem Schmerz bleibt Hinterbliebenen in der Regel die Fähigkeit erhalten, Momente positiver Emotionen zu erleben. (Bonanno & Kaltman, 2001; Lund, Utz, Caserta & de Vries, 2008).

⁶ Alle im Folgenden aufgeführten APA-Zitate stammt aus einem Newsletter von William Hoy (2013), übersetzt durch Hildegard Willmann, Aeternitas e.V.

Depressionen hingegen sind gekennzeichnet durch das Leiden an einer anhaltenden negativen Grundstimmung, die als Niedergeschlagenheit, aber auch als emotionale Erstarrung, oder als Gefühl der Gefühllosigkeit beschrieben wird. Die für depressive Erkrankungen typische Stimmung „ändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert meist nicht auf die jeweiligen Lebensumstände, kann aber charakteristische Tagesschwankungen aufweisen“ (WHO, 1993, S. 139).

Fußnote des DSM-5:

Zur Unterscheidung zwischen Trauer und einer Major Depressive Episode (MDE) ist es hilfreich zu bedenken, dass das vorherrschende Erleben in Gefühlen von Leere und Verlust besteht, während bei einer MDE eine anhaltende depressive Stimmung vorliegt, sowie die Überzeugung, nie wieder Glück und Freude erleben zu können. Bei Trauer ist zu erwarten, dass die niedergeschlagene Stimmung im Laufe der Tage und Wochen weniger wird und sie tritt in Wellen auf (...). Diese Wellen treten meist in Verbindung mit Gedanken oder Erinnerungen an den Verstorbenen auf. Die depressive Stimmung bei MDE ist viel hartnäckiger und nicht an spezifische Gedanken oder Sorgen geknüpft. Bei Trauer sind neben dem Schmerz auch positive Emotionen und Humor möglich. Im anhaltenden Unglücklichsein und Leid bei einer Depression ist dies nicht der Fall. (APA, 2013, S. 161)

Kay R. Jamison:

Ich hatte Depressionen als unerbittlich, gleich bleibend und unbeeinflusst von Geschehnissen erlebt. Ich erlebte es als permanentes, unveränderliches Leid. Kummer war anders. Er kam in Wellen, überfiel mich unerwartet; schlug zu, wenn ich mich besonders lebendig fühlte, glaubte, dass ich ihn überwunden hätte. (2011, S. 168f)

Während einer Depression war meine Stimmung unveränderlich trostlos. In der Trauer war das nicht so, sie konnte sich verändern und verbesserte sich gewöhnlich, wenn ich mit meiner Familie oder meinen Freunden zusammen war. (2011, S. 171)

Christa P. leidet seit Jahren an wiederkehrenden, schweren Depressionen. Zwei ihrer Brüder sind durch Suizid gestorben:

Trauer ist trotz allem Schmerz immer noch lebendig, warm. Trauer geht nach innen, man will sich zurückziehen, Zeit für sich haben, aber es pulsiert, ist in Bewegung. Manchmal will man weinen, aufschreien, dann kommt man auch wieder zur Ruhe, der Schmerz ebbt ab, wie eine Welle am Meer. Depression dagegen ist Stagnation, man fühlt sich gelähmt, lebendig begraben, erstarrt. Man ist wie innerlich tot. (persönliche Mitteilung, 4. 4. 2013)

Kerstin F.:

Trauer ist schrecklich, brutal, grenzenlos und überwältigend. Sie ist nicht immer da. Aber sie lauert immer. Wie ein Raubtier. Du kannst dich nicht dagegen wehren, wenn es dich anfällt. Es packt dich am Genick und schüttelt dich, es springt dir mit all seinem Gewicht in den Magen, so dass du zusammenklappst, und nur noch heulen und schreien kannst. Oder es kommt heimtückisch, leise. Du sitzt in der U-Bahn, und die Tränen strömen. Du kannst nichts dagegen tun, und du willst auch nicht. Was die anderen denken, ist völlig egal. IRRELEVANT. Und dann wieder Augenblicke der Zärtlichkeit für den Toten (vermeintlich Toten in meinem Fall, Gott sei gepriesen). Zwischendrin lange Episoden der Ruhe. Natürlich ist die Trauer auch dann noch da, man vergisst sie nicht. Man kann sogar lachen, richtig echt und tief und befreiend. (persönliche Mitteilung, 5. 6. 2013)

Unterschied 2: Erleben von Trost oder durchgängiges Gefühl von Trostlosigkeit

Hinterbliebene erleben immer wieder, dass sie in bestimmten Aktivitäten Trost finden können.

Depression hingegen zeichnet sich durch das Erleben von Trostlosigkeit aus. Situationen, die üblicherweise trösten oder Freude bereiten, verändern diese Stimmung kaum oder gar nicht. Für Menschen in einem depressiven Zustand kann es besonders qualvoll sein, dass sie die Bemühungen ihrer Mitmenschen wahrnehmen, sie aufzumuntern und dennoch keine Veränderung ihrer Stimmung eintritt.

Kay R. Jamison:

Die Fähigkeit sich trösten zu lassen ist ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal von Trauer und Depression. Das heißt nicht, dass es in der Trauer immer möglich ist, getröstet zu werden. Aber man weiß, dass Trost überhaupt möglich ist. (2011, S. 178)

Von Anfang an hatte Poesie eine tröstende Wirkung auf mich (...). Nach Richards Tod las ich sprunghaft, aber intensiv. Diesen Trost zu finden war mir in Zeiten von Depression nie möglich. In der Depression konnte ich mich nicht genug konzentrieren, um zu lesen und das Gelesene ergab wenig Sinn. Das geschriebene Wort ließ mich kalt. (2011, S. 175)

Kerstin F.:

Man ist durchlässig, durchlässig für Trost. Den findet man an einem sonnigen Morgen bei einem Spaziergang in der Natur. Man findet ihn in der Meditation, im Gebet, im

Zwiegespräch mit dem Toten. Freunde sind wichtig. Sie erreichen einen auch, ganz anders als in der Depression. (persönliche Mitteilung, 5. 6. 2013)

Unterschied 3: Intentionalität und Regulierungsfähigkeit oder Ausgeliefertsein

In der Trauer kann das Erleben von seelischem Leid verbunden sein einem Gefühl der bejahenden Hingabe an den Schmerz. C. G. Jung, ein berühmter Schweizer Psychiater, soll einmal von einem Schriftsteller danach gefragt worden sein, worin der Unterschied besteht zwischen den verschachtelten Gedankengängen seiner an Schizophrenie leidenden Tochter und seinen eigenen eigenwilligen und phantasievollen Gedanken. Er habe darauf geantwortet: „Sie stürzt, während du springst“ (zitiert nach Pies, 2008).

Die Intentionalität muss sich jedoch nicht nur auf die Bejahung schmerzhafter Empfindungen beziehen. Deren bewusstes Vermeiden ist häufig ebenfalls ein intentionaler Akt. Trauernde können sich so „Auszeiten“ nehmen, wenn schmerzhaft Gefühle zu intensiv werden. Oder sie unterdrücken gezielt aufkommenden Schmerz, damit sie besser in der Lage sind, sich alltäglichen Verpflichtungen zu stellen

Gerade die Fähigkeit, die eigenen Emotionen zumindest teilweise regulieren zu können, d.h. je nach Situation zwischen bejahendem Zulassen und bewusstem Vermeiden von schmerzhaften Gefühlen zu pendeln, gilt als wesentliches Merkmal normaler Trauer (Stroebe & Schut, 1999).

In einer Depression fühlen sich Betroffene der negativen Stimmung weitgehend ausgeliefert. Sie werden hineingezogen und erleben die Stimmung als nicht beeinflussbar, auch nicht durch eigene Regulierungsversuche.

Christa P.:

In der Trauer ist es wie ein „Ja-Sagen“ zum Schmerz, in der Depression schreit alles „Nein“. (persönliche Mitteilung, 4. 4. 2013)

Kerstin F.:

Und selbst während der ganz und gar schrecklichen Zeiten, wenn man völlig wund ist und nur noch zusammengekrümmt liegen und weinen oder schreien und toben kann, selbst dann weiß man irgendwo und irgendwie, dass es richtig ist, so zu fühlen. Ganz furchtbar, aber richtig. (persönliche Mitteilung, 5. 6. 2013)

Unterschied 4: Intensives Denken oder pessimistisches Grübeln

Es mag wenig überraschen, dass der Tod eines geliebten Menschen die Gedanken des Hinterbliebenen stark beherrscht. Wiederkehrende Gedanken kreisen um die Todesumstände und den Verstorbenen. Auch sich aufdrängende Erinnerungen an den Verstorbenen, sorgenvolle Gedanken um die Zukunft ohne ihn gelten als Kennzeichen normaler Trauer. Ebenso normal sind Konzentrationsschwierigkeiten und sprunghaftes Denken.

Eine bestimmte Form intensiver gedanklicher Aktivität ist jedoch typisch für depressive Störungen: Es handelt sich hier um das depressive Grübeln, d.h. um Gedankenprozesse, die ständig pessimistisch und negativ um die eigene Person, die eigenen Gefühle und Probleme, sowie deren Ursachen und Folgen kreisen.

Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass depressives Grübeln ein wichtiger Faktor bei der Entstehung von Depression sein kann (siehe Abschnitt 4).

Fußnote des DSM-5:

Bei Trauer beziehen sich Gedanken in der Regel auf Inhalte, die mit dem Verstorbenen zusammenhängen. Bei einer MDE hingegen handelt es sich eher um ein selbstkritisches und pessimistisches Grübeln. (APA, 2013, S. 161)

Kay R. Jamison:

Mein Geist blieb nicht vollkommen klar nach Richards Tod. Davon war ich weit entfernt. Aber meine Verwirrung in der Trauer war anders als jene, die ich während einer Depression erlebt hatte. Während beidem grübelte ich: meine Gedanken, immer wiederkehrend und dunkel, drehten sich immer wieder im Kreis und ließen mich daran zweifeln, ob ich jemals wieder kreativ sein könnte, lieben könnte. Doch während einer Depression war jeder einzelne Gedanke nicht nur dunkel, sondern morbid und bestrafend. Das Grübeln der Depression brachte absolut nichts Positives mit sich.

Trauer war nachsichtiger mit mir. (...) Meine Gedanken brüteten nicht über der Sinnlosigkeit des Lebens, sondern darüber, ein Leben schmerzlich zu vermissen. Ein Geist, der Liebe vermisst, ist noch zu Hoffnung fähig. (2011, S. 172)

Unterschied 5: Intaktes Selbstwertgefühl oder Selbstzweifel und Selbstabwertung

Ein ganz wesentlicher Unterschied zwischen Trauer und Depression betrifft das Selbstwertgefühl der Betroffenen: Hinterbliebene erleben sich zwar in ihrer Identität erschüttert, doch ihr Selbstwertgefühl ist nicht in dem Ausmaß negativ, wie dies für Menschen typisch ist, die an einer Depression leiden. Bereits Sigmund Freud hat diesen Unterschied sehr anschaulich herausgearbeitet:

„Bei der Trauer ist die Welt arm und leer geworden, bei der Melancholie ist es das Ich selbst. Der Kranke schildert uns sein Ich als nichtswürdig, leistungsunfähig und moralisch verwerflich, er macht sich Vorwürfe, beschimpft sich und erwartet Ausstoßung und Strafe. Er erniedrigt sich vor jedem anderen, bedauert jeden der Seinigen, daß er an seine so unwürdige Person gebunden sei. Er hat nicht das Urteil einer Veränderung, die an ihm vorgefallen ist, sondern streckt seine Selbstkritik über die Vergangenheit aus; er behauptet, niemals besser gewesen zu sein“ (Freud, 1917, S. 3).

Fußnote des DSM-5:

In der Trauer bleibt der Selbstwert im Allgemeinen erhalten, wohingegen bei einer MDE häufig Gefühle von Wertlosigkeit und Selbsthass bestehen. Kommen bei Trauernden selbstabwertende Gedanken vor, kreisen sie typischerweise um wahrgenommene Versäumnisse gegenüber dem Verstorbenen (zum Beispiel nicht häufig genug zu Besuch gewesen zu sein, dem/der Verstorbenen nicht gesagt zu haben, wie sehr man ihn/sie liebt). (APA, 2013, S. 161)

Christa P.:

Während einer Depression ist mein Selbstwertgefühl völlig vernichtet. Selbst wenn andere etwas Positives über mich sagen, dann kann ich das nicht glauben.

Bei der Trauer war mein Selbstwertgefühl nicht tangiert, auch wenn Fragen kamen, ob ich mich hätte anders verhalten sollen. (persönliche Mitteilung, 4. 4. 2013)

Kerstin F.:

In der Trauer erlebte ich nicht die grenzenlose negative Ich-Bezogenheit (ICH bin schlecht. ICH bin unwert. ICH krieg nichts auf die Reihe. Niemand kann es mit MIR aushalten. Etc.), wie ich sie von depressiven Phasen kenne. (persönliche Mitteilung, 5. 6. 2013)

Unterschied 6: partiell eingeschränkte Zukunftsperspektive und Hoffnung oder generalisierte Perspektivlosigkeit, Hoffnungslosigkeit

Ein Verlust kann die Lebensperspektive und Identität des Hinterbliebenen so erschüttern, dass zeitweise eine Zukunftsperspektive und ein hoffnungsvoller Blick in die Zukunft fehlen. Dennoch scheint es einen Unterschied zum depressiven Erleben zu geben. In einer depressiven Episode erfassen Perspektivlosigkeit und Hoffnungslosigkeit die Betroffenen umfassender und anhaltender als dies von Trauernden berichtet wird.

Kay R. Jamison:

In den Monaten nach Richards Tod war ich zutiefst unglücklich und verzweifelt, jedoch nie hoffnungslos. (...) Sogar in der schlimmsten Zeit meiner Trauer wusste ich ansatzweise, dass (...) es irgendwann wieder aufklaren wird. Dieses Vertrauen hatte ich in den gnadenlosen Monaten der Depression nicht. (2011, S. 171f)

Christa P.:

Manchmal hatte ich das Gefühl in der Depression völlig ohnmächtig, wie unter Blei begraben zu sein, ohne Hoffnung, dass sich das je ändert.

In der Trauer ist es eher wie ein Vernebelt-Sein, wie Regenwetter. Man kann sich vielleicht im Moment nicht vorstellen, wie es ist, wenn die Sonne scheint und es ist auch nicht so wichtig, dass die Sonne scheint. Aber man weiß, dass sie in Zukunft wieder scheinen kann. (persönliche Mitteilung, 4. 4. 2013)

Susanne S.⁷ stellt den Beschreibungen von Jamison und Christa P. ihre eigene Erfahrung gegenüber:

Direkt nach dem Selbstmord meines Partners spielte Perspektive oder Hoffnung überhaupt keine Rolle. Vielmehr musste ich alle Kraft aufwenden, um die Gegenwart wahrzunehmen und zu respektieren, was passiert war. Ich fühlte mich in kleine Stücke zerfallen. Nach ein paar Wochen hatte ich eher die Angst, dass ich zukünftig komplett blöd werde, weil mein *Advocatus diaboli*, mein – eigentlich einziges wirkliches – Korrektiv fehlte.

Später habe ich jede Menge Gefühle der Hoffnungslosigkeit oder insbesondere Perspektivlosigkeit erlebt. Denn ich war unserer gemeinsamen Perspektive unwiderruflich beraubt worden und musste wesentliche Teile meiner eigener Identität erst wieder neu erfinden. In dieser Zeit habe ich immer allergisch darauf reagiert, wenn jemand mir sagen wollte, dass die Sonne für mich irgendwann wieder scheinen wird - dann fühlte ich

⁷ Name geändert

mich unverstanden. Der Unterschied zur Depression scheint mir zu sein, dass es eben „nur“ einen Teil meiner Identität betraf, nicht die gesamte eigene Person. (persönliche Mitteilung, 5. 10. 2013)

Unterschied 7: Beziehungserleben oder umfassendes Abgeschnittensein

Trauernde erleben Phasen von Einsamkeit, können sich aber auch immer wieder mit anderen Menschen verbunden fühlen. Auch die Bindung zum Verstorbenen bleibt für die meisten Trauernden eine Quelle von Gefühlen der Verbundenheit. Menschen mit Depression leiden hingegen gerade daran, die Verbundenheit mit nahestehenden Menschen nicht mehr fühlen zu können und sich generell wie abgeschnitten von anderen Menschen zu fühlen.

Kay R. Jamison:

In der Trauer fühlst du die Abwesenheit eines bestimmten Lebens, nicht des Lebens an sich. In der Depression ist das anders: Du fühlst dich vom Leben abgeschnitten. (2011, S. 172)

Roland Kachler ist Psychotherapeut und Autor. In mehreren Büchern beschreibt er, wie sich sein Verständnis von Trauer nach dem Unfalltod seines 16jährigen Sohnes verändert hat:

Wenn ich alleine zu Hause bin, ist seine Abwesenheit in der Leere des Hauses mit Händen zu greifen. Zugleich war mir mein Sohn noch nie so nahe. Ich höre seine Stimme und sein Lachen, ich sehe ihn vor mir. (2005, S. 28)

Unterschied 8: Nachtoderfahrungen oder Wahnerleben

Immer wieder berichten Hinterbliebene, dass sie intensiv vom Verstorbenen träumen, ihn sehen, hören, seine Anwesenheit spüren oder sogar eine taktile Berührung erleben und sich dabei sicher sind, dass es der Verstorbene ist, der sie berührt. Kennzeichnend für solche Erfahrungen ist, dass sie nicht bewusst hervorgerufen werden können, sondern spontan und für die Betroffenen meist unerwartet auftreten. Diese außergewöhnlichen Erfahrungen beziehen sich immer auf den Verstorbenen und häufig haben sie eine tröstende Wirkung auf die Hinterbliebenen, indem sie zu einem Gefühl von Verbundenheit mit dem Verstorbenen beitragen (Nowatzki & Kalischuk, 2009).

Wahnvorstellungen und Halluzinationen bei Depressionen sind hingegen selten und kommen nur bei schweren Erkrankungsformen vor. Im Mittelpunkt von solchen außergewöhnlichen Erfahrungen steht meist die depressive Überzeugung des Betroffenen ein schlechter, schuldiger von anderen abgelehnter Mensch zu sein.

Julia G.⁸ trauert nach über 50 Jahre Ehe um ihren Mann:

Es war einige Wochen nach Stefans Tod. Ich lag im Bett, war wach und drehte mich zur Seite hin, auf der er immer lag. Und da sah ich ihn. Er lag auf dem Bett, hatte sein Lieblingshemd an und zwirbelte ein Papiertaschentuch – eine Marotte von ihm. Ich war so fassungslos und durcheinander, dass ich mich sofort wieder wegdrehte. „Das kann nicht sein, du bist doch tot“ dachte ich. Aber es hat mir keine Angst gemacht. Ich habe ihn dann noch zweimal so gesehen und inzwischen warte ich eigentlich schon darauf. In Gedanken sage ich zu ihm „Du könntest dich mal wieder blicken lassen!“. Trotzdem habe ich das bisher noch niemandem erzählt, ich habe Angst dass man mich für verrückt erklärt. (persönliche Mitteilung, 11. 9. 2013)

Roland Kachler:

Ich sehne mich danach, dir in meinen Träumen zu begegnen. (...) Dann endlich ist es soweit. Nur ein kurzes, aber ungeheuer dichtes und tröstliches Traumbild: Ich umarme meinen Sohn, ganz nahe. Unsere Köpfe liegen eng aneinander. Wie nah. Wie sehr in meinen Sohn drücke.“ (2005, S. 136)

Unterschied 9: Todeswunsch: Nachsterben wollen oder vom eigenen Leid befreit sein wollen

Gedanken daran, nicht mehr leben zu wollen, können bei Trauer und Depression gleichermaßen auftreten. Doch die diesem Todeswunsch zugrunde liegende Motivation kann unterschiedlich sein.

Fußnote des DSM-5:

Wenn ein Hinterbliebener an Tod und Sterben denkt, sind diese Gedanken gewöhnlich auf den Verstorbenen gerichtet und die Möglichkeit, wieder mit ihm 'vereint' zu sein. Bei einer MDE richten sich solche Gedanken darauf, das eigene Leben zu beenden,

⁸ Name geändert

weil man sich als wertlos und lebensunwert erlebt, oder weil man sich nicht mehr in der Lage sieht, das Leiden an der Depression länger zu ertragen. (APA, 2013, S. 161)

Kay R. Jamison:

Wenn ich nach Richards Tod über den Tod nachdachte, erschien mir dies notwendig und der Situation angemessen. Meine Gedanken kreisten um seinen Tod, nicht um meinen. In der Depression jedoch war es mein Tod, nach dem ich trachtete. In der Trauer ist der Tod die Ursache für seelischen Schmerz. In der Depression ist der Tod die Lösung für den Schmerz. (2011, S. 171)

Roland Kachler:

Nach dem Tod meines Sohnes wollte ich nur eines: sterben. Aber viel wichtiger war die ungeheure Sehnsucht, bei ihm zu sein. Ich wollte ihm nachsterben, um das Gleiche wie er zu erleben, um ihn nicht allein zu lassen, um bei ihm zu sein. (2005, S. 166)

Bewertung der Unterscheidungsmerkmale

Die aufgeführten Unterscheidungsmerkmale geben wichtige Anhaltspunkte, wenn es um die Abgrenzung von Trauer und Depression geht. Einschränkend muss jedoch gesagt werden, dass sie ausschließlich auf klinischen Beobachtungen und Aussagen von Betroffenen beruhen und empirisch bislang kaum untersucht wurden. Die Personen, die hier ihre persönlichen Erfahrungen einbrachten, waren in der Zeit nach den erlittenen Verlusten nicht depressiv geworden. Bei Betroffenen, die nach einem Verlust eine depressive Episode entwickeln, wird es deutlich schwieriger, zwischen Trauer und Depression zu unterscheiden. Insbesondere zwischen einer niedergeschlagenen Stimmung und einer leichten depressiven Episode wird es vermutlich einen unscharfen Übergangsbereich geben: „Die Grenzziehung zwischen nicht krankhaften Stimmungsschwankungen und leichten depressiven Erkrankungen kann nicht nur für den Laien, sondern auch für den Fachmann schwierig sein. Eine mittelschwere bis schwere depressive Erkrankung (...) kann jedoch mit großer Sicherheit als solche erkannt werden“, schreibt hierzu der deutsche Professor für Psychiatrie und Depressionsexperte Ulrich Hegerl (2005, S. 34f).

Um den Übergangsbereich zwischen Niedergeschlagenheit und Depression geht es im folgenden Abschnitt.

4. Zwischen Depression und Trauer: Deprimiertheit

Mit Hilfe der oben aufgeführten Unterscheidungsmerkmale wird es also einfacher Depression deutlich von Trauer zu unterscheiden. Dennoch wird Depression häufig als Bestandteil von Trauer beschrieben - Wie lässt sich dies miteinander vereinbaren? Hier kann ein präziserer Sprachgebrauch weiter helfen: Spricht man von Depression, lässt sich diese als psychische Erkrankung von der Trauer abgrenzen, spricht man von einer niedergeschlagenen, deprimierten Stimmung oder von Deprimiertheit, kann diese durchaus ein Bestandteil von normaler Trauer sein. Eine solche niedergeschlagene Stimmung kommt sehr häufig vor:

Fast die Hälfte aller Menschen erlebt im Zeitraum eines Jahres mehr oder weniger ausgeprägte depressive Symptome. Erkundet man diese mit Hilfe von Fragebögen, so zeigt sich, dass nur bei 20 Prozent ein depressives Syndrom vorliegt, dass also mehrere depressive Symptome gleichzeitig bestehen und damit das Wohlbefinden deutlich stärker beeinträchtigt ist. Und nur 8 Prozent erfüllen die unter Abschnitt 1 vorgestellten Kriterien einer klinischen Depression.

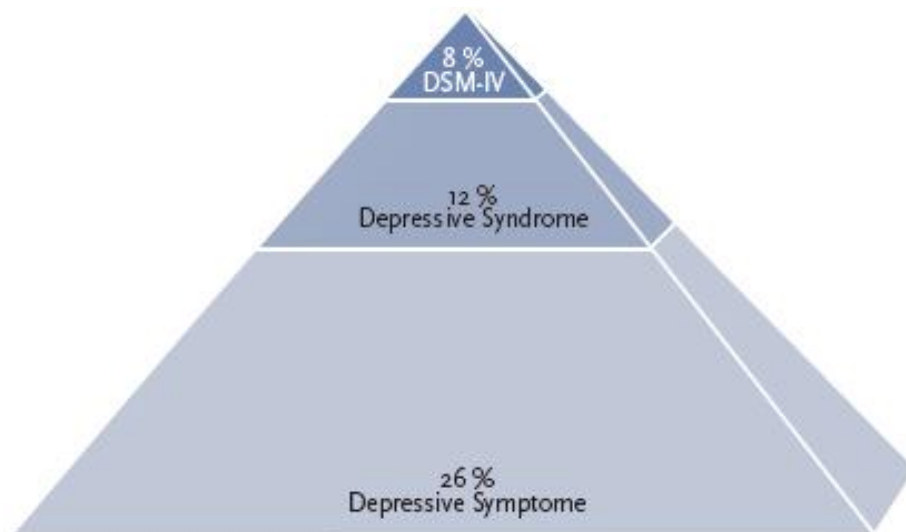


Abb. 1: Pyramide depressiver Beschwerden: von depressiven Symptomen zur klinischen Depression in der Allgemeinbevölkerung (12-Monats-Querschnittsprävalenz)

Quelle: Wittchen, Jacobi, Klose & Ryl (2010)

Es ist daher für die Diskussion im Folgenden besonders wichtig, sprachlich genau zu unterscheiden, ob man mit Depression eine klinische Depression im Sinne einer psychischen Erkrankung (und damit Erfüllung der Kriterien des DSM-5 oder ICD 10, s. o.), ein depressives Syndrom (gleichzeitiges Vorliegen verschiedener relevanter Sympto-

me) oder von depressiven Symptomen im Sinne einer vorübergehenden depressiven Verstimmung, Deprimiertheit oder Niedergeschlagenheit spricht.

Niedergeschlagenheit oder Deprimiertheit als Teil des normalen Stimmungsspektrums wird als unangenehm erlebt und man will sie vermutlich schnell wieder abschütteln. Dennoch kann man sie auch als hilfreiche und sinnvolle Reaktionen auf bestimmte Umstände ansehen (Bonanno, Goorin & Coifman, 2008; Grawe, 2004; Hell, 2012):

Denn ein Verlust an Tatendrang und Interesse kann als unwillkürliches Bremsmanöver angesichts einer unkontrollierbaren Situation verstanden werden. Wenn beispielsweise ein Verlusterlebnis das bisherige Leben erschüttert, zwingen Niedergeschlagenheit und Traurigkeit dazu, sich eine Auszeit zu nehmen und die Aufmerksamkeit nach innen zu richten, anstatt in einen unfruchtbaren und möglicherweise schädlichen Aktivismus zu verfallen. Das erzwungene Innehalten hilft dabei, eigene Überzeugungen, Ziele und Pläne zu überdenken und an die veränderte Lebenssituation anzupassen. Traurigkeit fördert Resignation und Akzeptanz dessen, was nicht zu ändern ist. Hinzu kommt auch noch die wichtige zwischenmenschliche Funktion von Niedergeschlagenheit und Traurigkeit: Sie lösen – zumindest im Idealfall - im Gegenüber Hilfsbereitschaft und Mitgefühl aus.

Prof. Daniel Hell, ein Schweizer Psychiater und Psychotherapeut beschreibt sehr anschaulich, wie er selbst Deprimiertheit als Reaktion auf bestimmte Lebenssituationen (Enttäuschung, Beschämung, Scheitern, Hilflosigkeit) erlebt hat:

In all diesen Situationen fühlte ich mich unleidig bis bedrückt, demotiviert, gedanklich verlangsamt und eingeengt, innerlich unruhig und zum Teil auch schlafgestört. Ich empfand meinen Zustand als hinderlich und wünschte nichts mehr, als dass diese mühselige Deprimierung ein Ende fände. Rückschauend fällt mir allerdings auf, dass diese vorübergehenden Deprimiertheiten, die ich als zusätzliches Unglück erlebte, kaum jemals Schaden anrichteten, sondern eher dazu beitrugen, eine Sache ohne unbedachte Schnellschüsse durchzustehen. Sie haben mir auch vereinzelt dabei geholfen, mein gewohntes Verhalten zu hinterfragen und über bisher Selbstverständliches nachzudenken. Dadurch haben sie auch zu Veränderungen in meinem Leben beigetragen, meist allerdings erst im Nachhinein, wenn sich die deprimierende Aktionshemmung wieder löste. (Hell, 2012, S. 47)

Aus Deprimiertheit kann Depression werden

Dauert Niedergeschlagenheit zu lange an und werden die Beschwerden zu starr und zu intensiv, verlieren sie ihre sinnvolle Funktion: „In der Tat macht Deprimiertheit nur

als Übergangsphänomen Sinn. Wenn sich Bedrücktheit sowie Antriebs- und Interessenmangel hochschaukeln und wenn sich die mentale und psychomotorische Antriebshemmung verselbständigt, kann schließlich ein dysfunktionaler Zustand eintreten, der keinen adaptiven Nutzen mehr hat oder dessen Vorteile durch die damit verbundenen Nachteile zunichte gemacht werden“ (Hell, 2012, S. 48).

Doch wie kann es dazu kommen?

Daniel Hell erklärt die Entwicklung einer depressiven Erkrankung mit „einem Hochschaukeln biologischer und psychologischer Prozesse, die (...) zu einem Verlust des affektiven und biochemischen Gleichgewichts führen“ (Hell, 2012, S. 44).

Besonders gefährdet für eine solche Entwicklung sind Menschen mit bestimmten Risikofaktoren. Hierzu zählen beispielsweise vorangegangene depressive oder andere psychische Erkrankungen, aktuelle psychosoziale Belastungen (insbesondere jene, die mit Demütigung, Ohnmacht oder Verlust verbunden sind), zurückliegende psychosoziale Belastungen, frühere Verluste oder Traumatisierungen, genetische Veranlagung und neurobiologische Faktoren, wie zum Beispiel Störungen im Neurotransmitter- und/oder Hormonhaushalt (Wittchen, Jacobi, Klose, & Ryl, 2010).

Eine Schlüsselfunktion bei der Entstehung von Depression scheint jedoch in sehr vielen Fällen der Aktivierung einer sich ungünstig auswirkenden Bewältigungsstrategie zuzukommen: dem Grübeln. Menschen, die versuchen, mit Hilfe ständigen Grübelns gegen die Veränderungen in ihrem Leben und gegen unangenehme Empfindungen anzukämpfen, denen es schwerfällt, diese als unausweichlich und sinnvoll anzuerkennen, haben ein erhöhtes Depressionsrisiko (Bonanno, Goorin & Coifman, 2008; Hell, 2012; Nolen-Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky, 2008) .

5. Zusammenfassung und Schlussfolgerung

Trauer und Depression – grundverschieden und dennoch zu verwechseln: Dieses Rätsel war Ausgangspunkt der bisherigen Überlegungen. Die Ausführungen zeigen, dass Trauer und Depression klarer unterscheidbar werden, wenn man über die Kriterien der Klassifikationssysteme hinaus weitere Unterscheidungsmerkmale berücksichtigt.

	Trauer	Depression
1.	Emotionale Schwingungsfähigkeit	Emotionale Erstarrung
2.	Erleben von Trost	Erleben von Trostlosigkeit
3.	Erleben von Intentionalität	Erleben von Ausgeliefertsein
4.	Intensives Denken	Pessimistisches Grübeln
5.	Intaktes Selbstwertgefühl	Selbstzweifel und Selbstabwertung
6.	Partiell eingeschränkte Zukunftsperspektive und Hoffnung	Generalisierte Perspektiv- und Hoffnungslosigkeit
7.	Beziehungserleben	Erleben eines umfassendes Abgeschnittenseins
8.	Nachtoderfahrungen	Wahnerleben
9.	Todeswunsch als „Nachsterben“	Todeswunsch als Befreiung von Leid

Tabelle 1: Unterscheidungsmerkmale im Überblick

Des Weiteren wurde deutlich, dass es wichtig ist, zwischen Deprimiertheit – einer unangenehmen aber durchaus sinnvollen Stimmungslage – und Depression zu unterscheiden.

Schlussfolgerungen für Hinterbliebene

Für Hinterbliebene und deren Angehörige können die obigen Ausführungen hilfreich sein, um das eigene Erleben bzw. eigene Beobachtungen für sich selbst genauer einordnen bzw. auch gegenüber Dritten genauer beschreiben zu können.

Des Weiteren geben die aufgezeigten Unterscheidungskriterien Hinterbliebenen Argumente an die Hand, um gemeinsam mit Ärzten oder Psychotherapeuten zu einer Diagnose gemäß ICD-10 zu finden bzw. diese begründet abzulehnen.

Dabei soll an dieser Stelle nochmals deutlich betont werden, dass die Stellung von psychiatrischen Diagnosen Aufgabe von Ärzten, Psychologen und Psychotherapeuten und nur dann gerechtfertigt ist, wenn damit die Verschreibung angemessener Behandlungsverfahren verbunden ist. Aber informierte Betroffene und deren Angehörige können sehr viel besser Einfluss nehmen: Von ihrer Beschreibung der Beschwerden hängt wesentlich ab, zu welcher Einschätzung eine Fachkraft kommen wird.

Von zentraler Bedeutung sind für Hinterbliebene die Schlussfolgerungen, die sich aus der Unterscheidung von Deprimiertheit und Depression sowie der positiven Funktion von Deprimiertheit ergeben: „Mut zur Trauer“, wie Erich Kästner es formulierte⁹, oder Annehmen der momentanen Stimmungen von Trauer, Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit usw.! Denn gerade das Akzeptieren dieser unangenehmen, leidvollen Stimmungslagen scheint ein wichtiger Schutz vor der Entwicklung einer Depression zu sein. Ganz konkrete Empfehlungen im Umgang mit Deprimiertheit formuliert Daniel Hell (2012, S. 69):

- „Deprimiertheit und Aktionshemmung möglichst als Herausforderung annehmen.
- Sich daran erinnern, wie frühere Belastungen oder Krisen gemeistert bzw. überwunden werden konnten.
- Aufkommende negative Gedanken und Gefühle nicht überbewerten, d. h. sich selber nicht unnötig schlecht machen.
- Den gewohnten Rhythmus (schlafen – wachen, Tagesaktivitäten, Essenszeiten) soweit wie möglich beibehalten, aber alles langsamer angehen („einen Gang zurückschalten“).
- Für den Körper Sorge tragen (sich bewegen, sich pflegen, sich ausgewogen ernähren, Pausen machen).
- Einen Ausgleich suchen bei Freunden, mit Angehörigen, beim Sport, in der Natur, in Kunst, Philosophie oder Religion, beim Therapeuten.
- Sich bewusst werden: Tränen können entlasten, Wut aktivieren, Ekel und Scham können abgrenzen – bevor die Freude befreit.“

Schlussfolgerungen für Fachkräfte

Viele Fachkräfte, insbesondere Allgemeinmediziner und Trauerberater/Trauerbegleiter, kommen mit Hinterbliebenen in Kontakt und werden mit Fragen konfrontiert, ob und wann Beschwerden als „normal“ anzusehen oder behandlungsbedürftig sind.

In Bezug auf Trauer und Depression können die neun oben aufgeführten Unterscheidungsmerkmale sowie die Unterscheidung von Deprimiertheit und Depression diesen Fachkräften dazu dienen, ihr eigenes Verständnis von Trauer und Depression zu präzisieren. Damit werden sie gezielter Fragen stellen können und ein klareres Bild der Beschwerden von Hinterbliebenen entwickeln, auf dessen Grundlage sie die Betroffenen entsprechend beraten und gegebenenfalls weiter verweisen können.

⁹ **Mut zur Trauer**

Sei traurig, wenn du traurig bist,
und steh nicht stets vor deiner Seele Posten!
Den Kopf, der dir ans Herz gewachsen ist,
wird's schon nicht kosten.

Aus Kästner, E. (1968). Doktor Erich Kästners Lyrische Hausapotheke. Berlin : Droemer Knaur, S. 16.

6. Literatur

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bisconti, T. L., Bergman, C. S. & Boker, S. M. (2006). Social support as a predictor of variability: an examination of the adjustment trajectories of recent widows, *Psychology and Aging*, 21, 590-599.
- Bonanno, G. A., Goorin, L. & Coifman, K. G. (2008). Sadness and grief. In Lewis, M., Haviland-Jones, J. M. & Barrett, L. F. (Hrsg.), *Handbook of Emotions* (S. 797-806). New York: Guilford Press.
- Bonanno, G. A. & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21, 705-734.
- Bonanno, G. A. (2012) *Die andere Seite der Trauer. Verlustschmerz und Trauma aus eigener Kraft überwinden*. Bielefeld: Aisthesis.
- Canacakis, J. (2007). *Ich begleite dich durch deine Trauer. Förderliche Wege aus dem Trauerlabyrinth*. Stuttgart: Kreuz.
- DGPPN (2013). *Wann wird seelisches Leiden zur Krankheit? Zur Diskussion um das angekündigte Diagnosesystem DSM-V. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)*. www.DGPPN.de (abgerufen am 2.10.2013)
- Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (2010). *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Freud, S. (1917). Trauer und Melancholie. *Internationale Zeitschrift für Ärztliche Psychoanalyse*, 4, 288-301.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hegerl, U., Althaus, D. & Reiners, H. (2005). *Das Rätsel der Depression. Eine Krankheit wird entschlüsselt*. München: Beck.
- Hell, D. (2002). *Welchen Sinn macht Depression? Ein integrativer Ansatz*. Hamburg: Rowohlt.
- Hell, D. (2012). *Depression als Störung des Gleichgewichts. Wie eine personbezogene Depressionstherapie gelingen kann*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hoy, W. G. (2013). *GriefPerspectives: The Relationship of Depression and Grief: Understanding DSM-5 Changes*. E-mail Newsletter vom 26. 6. 2013. www.griefconnect.com/Our_Newsletter.html

- Jamison, K. R. (2011). *Nothing was the same: a memoir*. New York: Vintage.
- Kachler, R. (2005). *Meine Trauer wird dich finden. Ein neuer Ansatz in der Trauerarbeit*. Stuttgart: Kreuz.
- Kästner, E. (1968). *Doktor Erich Kästners lyrische Hausapotheke*. München: Droemer.
- Kast, V. (1999). *Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses*. Stuttgart: Kreuz.
- Leitliniengruppe Unipolare Depression* (2012). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung Version 1.3. DGPPN, ÄZQ, AWMF - Berlin, Düsseldorf. Internet: <http://www.dgppn.de>, <http://www.versorgungsleitlinien.de>, <http://www.awmf-leitlinien.de> (abgerufen am 2. 10. 2013)
- (*Organisationen, die in der Leitliniengruppe kooperierten: DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW, BDk, BDP, BPM, BVDN, BVDP, BVVP, CPKA, DÄVT, DFT, DGGPP, DGPT, DGVT, DPG, DPV, DPtV, DVT, Deutscher Hausärzterverband, GwG, KND).
- Lund, D, Utz, R., Caserta, M. & de Vries, B. (2008). Humor, laughter, and happiness in the daily lives of recently bereaved spouses. *Omega*, 58, 87-105.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424.
- Nowatzki, N. R., Kalischuk, R. G. (2009). Post-death encounters: grieving, mourning, and healing, *Omega*, 59, 91-111.
- Pies, R. (2008). The anatomy of sorrow: a spiritual, phenomenological, and neurological perspective. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 3, 17. Internet: <http://www.peh-med.com/content/3/1/17> (abgerufen am 2. 10. 2013)
- Pies, R. & Zisook, S. (2010). DSM5 Criteria Won't "Medicalize" Grief, if Clinicians Understand Grief. *Psychiatric Times*, <http://www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/1523978> (abgerufen am 2.10.2013)
- Shear, K. (2009). Grief and Depression: Treatment Decisions for Bereaved Children and Adults, *American Journal of Psychiatry*, 166, 746-748.
- Stroebe, M. & Schut, H. (1999). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: Rationale and Description. *Death Studies*, 23, 197 – 224.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Klose, M. & Ryl, L. (2010) Gesundheitsberichterstattung des Bundes. *Heft 51: Depressive Erkrankungen*. Berlin: Robert-Koch-Institut. www.gbe-bund.de.

WHO (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.