



Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Über die Trauerbegleitung von Kindern nach Todesfällen am Beispiel des Zentrums für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. in Bremen.

Werden die aus der psychoanalytischen Theorie abgeleiteten Aufgaben der Trauerbegleitung in der praktischen Arbeit mit Kindern im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. umgesetzt? Wenn ja, in welcher Weise?

Verfasserin

Tanja Huspek

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im August 2008

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Pädagogik

Betreuer:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Wilfried Datler

Danksagung

Ich möchte mich hiermit bei all jenen bedanken, die mich im Laufe der Jahre des Studiums begleitet und unterstützt haben.

Besonderer Dank vorweg gilt meiner Familie, insbesondere meiner Mutter, die mir ermöglichte meinen Bildungsweg zu gehen, trotz großer Kinderzahl und schwieriger Lebenslagen.

Danken möchte ich auch meinen Arbeitskolleginnen bzw. Freundinnen, die mich während der Studienjahre immer wieder, durch Zuspruch und Anregungen, ermutigt haben das Studium zu beenden. Besonders danke ich hiermit Ingrid, deren wertvolle Verbesserungsvorschläge und Gespräche eine große Hilfe waren.

Ein großes Dankeschön gilt auch meinem Lebensgefährten Franky, der viel Geduld aufbringen musste und mich immer wieder aufbaute und motivierte.

Bedanken möchte ich mich auch bei Beate Alefeld-Gerges, die sich bereit erklärte ein Interview über ihre Arbeit zu geben und somit mit ihrer Offenheit die vorliegende Diplomarbeit erst ermöglicht hat.

An dieser Stelle bedanke ich mich bei Frau Dr. Corinna Kapitany-Schneider, ohne deren Stütze, Beistand und Rat ich vielleicht manche schwierige Passagen nicht umschiffen hätte können.

Ich widme diese Arbeit meiner Schwester „Gilli“.

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG.....	7
TEIL I: ANNÄHERUNG AN DEN PROBLEMBEREICH: THEORETISCHE AUSEINANDERSETZUNG MIT TRAUMA, TRAUER UND TRAUERBEGLEITUNG... 16	
1. TRAUMA.....	17
1.1. Was ist ein Trauma? Entwicklung und Definition des Begriffes aus psychoanalytischer Sicht.....	18
1.2. Welche Auswirkungen kann ein Trauma auf die Psyche des Kindes haben?..... Traumafolgestörungen	22
1.3. Wie wird ein Trauma verarbeitet? Zur somatopsychischen Trauma-Verarbeitung.. und den möglichen Einflussfaktoren.....	29
1.4. Wie verarbeiten Kinder ein traumatisches Erlebnis? Zur Entwicklungspsychologie und –pathologie des Traumas.....	42
1.5. Trauer oder Trauma nach einem Verlust?.....	51
2. TRAUER.....	54
2.1. Was ist Trauer? Eine Annäherung aus psychoanalytischer Sicht	54
2.2. Wie trauern Kinder? Eine Annäherung aus entwicklungspsychologischer Sicht.....	62
2.2.1. Trauerarbeit bei Kindern	62
2.2.2. Trauerarbeit von Jugendlichen	67
2.2.3. Abwehrmechanismen	68
2.2.4. Bedeutende Reaktionen und Gefühle.....	72
2.2.5. Entwicklung des Todesverständnisses	73
3. TRAUERBEGLEITUNG	79
3.1. Wozu Trauerbegleitung? Über die Notwendigkeit der Trauerbegleitung.....	79
3.2. Interventionskonzepte und Interventionsfelder	84
3.2.1. Krisenintervention.....	85
3.2.2. Traumatherapie.....	87
3.2.3. Was ist Trauerbegleitung? Eine Abgrenzung des Begriffes Begleitung zu Krisenintervention und Therapie.....	91
3.3. Ableitung der Aufgaben der Trauerbegleitung aus der psychoanalytischen Literatur	94
I. Beginn der Interventionsmaßnahmen:	95
3. 3.1. Rascher Beginn	95

II. Weitere Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen:	96
3.3.2. Einschätzen der geeigneten Hilfsmaßnahmen (weiterführende Therapie notwendig?)	96
3.3.3. Aufbau einer sicheren Beziehung/ eines sicheren Rahmens/ Angstreduktion und Stützung	98
3.3.4. Positive kindliche Verarbeitungsmechanismen unterstützen/ Unterstützen beim integrieren des Traumas in ein inneres Weltmodell/ den Tod realisieren helfen	101
3.3.5. Ausdruck von Gefühlen fördern	104
3.3.6. Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung	107
III: Arbeit mit dem sozialen Umfeld:	109
3.3.7. Einbeziehen des sozialen Umfelds	109
IV. Weiterführende Maßnahmen:	113
3.3.8. Ressourcen aktivieren/ Zukunftsorientierung	113
 TEIL II: ANALYSE DES ZENTRUMS FÜR TRAUERENDE KINDER UND JUGENDLICHE E. V. IN BREMEN	 115
4. BESCHREIBUNG DER METHODE UND ABLEITUNG DES INTERVIEWLEITFADENS	115
5. WAS IST DAS ZENTRUM FÜR TRAUERENDE KINDER UND JUGENDLICHE E. V. IN BREMEN?	122
5.1. Überblick	122
5.2. Organisation	124
5.3. Grundlagen	125
5.3.1. Das Dougy Center	125
5.3.2. Basis der Arbeit	126
5.4. Angebote	128
5.4.1. Trauergruppen	129
5.4.1.1. Ablauf der Arbeit in den Trauergruppen:	130
5.4.2. Parallel laufende Angehörigengruppen:	135
5.4.3. „Selbsttötungsgruppen“	136
5.4.4. Beratungsgespräche	138
5.4.5. Schnuppervormittage für betroffene Kinder und Familien zum gegenseitigen Kennenlernen	138
5.4.6. Jugendtreff	139
5.4.7. Freiwilligenschulungen	140
6. ANALYSE DES ZENTRUMS NACH DEN ABGELEITETEN AUFGABEN DER TRAUERBEGLEITUNG:	142

6.1. Analyse: Rascher Beginn	142
6.2. Analyse: Einschätzen der geeigneten Hilfsmaßnahmen (weiterführende Therapie	147
6.3. Analyse: Aufbau einer sicheren Beziehung / eines sicheren Rahmens / Angstreduktion und Stützung.....	154
6.4. Analyse: Positive kindliche Verarbeitungsmechanismen unterstützen / Unterstützen beim integrieren des Traumas in ein inneres Weltmodell / den Tod realisieren helfen	160
6.5. Analyse: Ausdruck von Gefühlen fördern	164
6.6. Analyse: Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung.....	174
6.7. Analyse: Einbeziehen des sozialen Umfelds.....	178
6.8. Analyse: Ressourcen aktivieren/ Zukunftsorientierung	182
GESAMTRESUMÉ	186
LITERATUR.....	191
ANHANG.....	197

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Klassifikation traumatischer Ereignisse. in: Landolt, M.(2004, 12).....	22
Abbildung 2: Klassifikation von Traumafolgestörungen. in: Landolt, M (2008, 30).....	23
Abbildung 3 :Transaktionales Traumabewältigungsmodell (Landolt 2008, 23)	30
Abbildung 4: Überblick über das Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung. in: Fischer, G.; Riedesser, P. (1998, 118).....	37
Abbildung 5: Interventionsfelder der Traumatherapie von Landolt (2004, 58).....	84

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Zusammenfassung von Diagnosekriterien der posttraumatischen Belastungsstörung gemäß DSM-IV-TR (Saß et al., 2003, 516) und der Alternativkriterien für das Säuglings- und Kleinkindalter (Scheeringa et al., 1995) in: Landolt, M. (2008, 32).....	27
Tabelle 2: Van der Kolk (2005): vorgeschlagene Diagnosekriterien für komplexe Traumafolgestörungen im Kindesalter (sog. „developmental trauma disorder“). in: Reddemann, L.; Krüger, A. (2007, 70)	29
Tab. 3: (Facilitator Skills Manual, S. I – 15).....	149
Tab.4: (Facilitator Skills Manual, I – 22, Übersetzung d. Verf.)	150

Einleitung

Das Interesse am Diplomarbeitsthema gründet auf einer persönlichen Betroffenheit. Leider musste ich vor acht Jahren selbst einen schmerzhaften Verlust hinnehmen. Als meine Schwester starb, hinterließ sie zwei Kinder im Alter von acht und zehn Jahren.

Die Reaktionen der Menschen in unserer Umgebung, aber auch meine und die meiner Familie waren Hilflosigkeit und Verzweiflung. Es wurde versucht die Trauer zu verdrängen, um möglichst schnell wieder zu einem „normalen“ Leben zurückzukehren.

Die Hilflosigkeit und Unwissenheit nach diesem Ereignis hat mich dazu bewogen, mich im Rahmen der Diplomarbeit damit zu beschäftigen, welche Hilfestellungen es für trauernde Kinder gibt und wie diese aussehen können.

Herleitung und Ausweisung der Fragestellung:

In einem Gespräch mit Frau Dr. Bogyi¹ erklärte sie, dass die Trauerverdrängung laut ihrer Erfahrung ein immer häufiger auftretendes, ernst zu nehmendes Problem in unserer Gesellschaft sei, das zu schwerwiegenden Folgen führen kann.

Trauerverdrängung in der Gesellschaft

„Trauer ist die gesunde, lebensnotwendige, kreative Reaktion auf Verlust und Trennungsergebnisse“ (Canacakis 1987, 23).

In unserer Gesellschaft jedoch wird diese gesunde Trauer immer weniger gelebt. Mit Aussagen wie: „Weine nicht!“ oder „Sei nicht traurig deswegen!“, „Du bekommst dafür etwas Neues!“, „Dafür bekommst du ein Eis!“, „Der hat ohnehin nicht zu dir gepasst, es gibt ja noch so viele andere...“ wird die Trauer um den Verlust übergangen. Die Trauergefühle werden verdrängt oder verleugnet.

Autoren der sozialgeschichtlichen oder medizinsoziologischen Literatur haben sich der Beschreibung dieser Entwicklung gewidmet, wie Ariés in *Geschichte des Todes* (1978) oder Nassehi und Weber in *Tod, Mordernität und Gesellschaft, Entwurf einer Theorie der Todesverdrängung* (1989).

Eine neuere Auseinandersetzung zu diesem Thema nimmt Kerstin Lammer (2003, 39) vor. Die Theologin und Seelsorgerin fasst in ihrem Buch *Den Tod Begreifen: Neue Wege in der Trauerbegleitung* einige Gründe zusammen, warum sich die Bedingungen von Sterben, Tod

¹ Dr. Gertrude Bogyi ist klinische Psychologin und Psychotherapeutin. Sie ist an der Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes und Jugendalters am AKH Wien tätig. Weiters ist sie psychotherapeutische Leiterin des Ambulatoriums „Boje“ für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen. Sie hat langjährige Erfahrung im Umgang mit trauernden Kindern.

und Trauer in der modernen Gesellschaft stark verändert haben. Als äußere Bedingungen nennt sie:

- Demographische Veränderungen: Verlängerung der Lebenserwartung;
- Medizinischer Fortschritt und Verbesserung der Lebensqualität, insbesondere der Lebensqualität von Alten und Kranken - Möglichkeit zum Aufschub des Todes;
- Verlagerung des Sterbeortes in die Institution Krankenhaus;
- Rückgang sozialer Trauerriten und -gebräuche, darunter speziell Rückgang kirchlicher Bestattungen und weltlicher Trauerfeiern;

All das hat nach Ansicht der Autorin dazu geführt, dass sich ebenso das soziale Erleben von bzw. die sozialen und religiösen Einstellungen zu Tod und Trauer gewandelt haben.

Auch Goldbrunner (1996, 20) führt an, dass früher den Trauernden bestimmte Trauerzeiten als Entlastung zugestanden wurden, z.B. sieben Wochen für die intensive Trauer oder ein ganzes Jahr, um den Verlust zu verarbeiten. Diese Trauerzeiten waren durch bestimmte Symbole und Rituale ausgefüllt, die den Rückzug des Trauernden legitimierten und Raum für die Trauer schaffen sollten. Aus heutiger Kenntnis wird dieser zeitliche Raum als ein zu rigider Rahmen für die individuelle Trauer angesehen, da zu beobachten ist, dass die Dauer der Trauerarbeit stark variiert. Probleme ergeben sich auch aus der Tatsache, dass die Trauer häufig mehr Zeit und seelische Energie in Anspruch nimmt, als von der Umgebung und den Trauernden selbst zunächst eingeräumt wird. Insbesondere bei länger anhaltender Trauer zweifeln die Betroffenen häufig, ob sie noch normal sind, wenn sie so lange oder so intensiv trauern. Diese Belastung wird zusätzlich von der Ungeduld der Umgebung, die den Trauernden zur Aufgabe der Trauer drängt, verstärkt.

Trauerverdrängung bei Kindern

Kinder, die ihre Trauerfähigkeit durch das Betrauern der alltäglichen Verluste und durch das Vorleben der Eltern erlernen müssen, haben dazu keine Gelegenheit mehr. Bei dem Verlust eines Elternteils wird der Trauer der Kinder häufig kein Platz gegeben, da auch die trauernden Erwachsenen im Umfeld des Kindes der eigenen Trauer keinen Platz einräumen.

PädagogInnen wissen nicht, wie sie mit dem Thema umgehen sollen. So kann es vorkommen, dass die Lehrerin in der Schule einen Lesetext in dem das Wort „Mutter“ vorkommt aus Betroffenheit vermeidet, da ein Schüler kürzlich die Mutter verloren hatte, anstatt den Tod und die Trauer zu thematisieren und auf eine „gesunde“ Art und Weise auf den Verlust des Kindes einzugehen.

Der verbleibende Elternteil will das Kind nicht mit Trauergefühlen belasten und lässt es nicht am Begräbnis teilhaben, obwohl es das gerne möchte. Er erzählt, dass die Mutter/ der Vater eingeschlafen ist und nie wieder aufwacht oder, dass er/sie verreist ist. Das Kind soll den Kummer der Erwachsenen nicht mitbekommen. Das Kind soll nicht mit der „harten“ Realität konfrontiert werden, denn es könnte - nach Meinung der Eltern - nicht damit umgehen und sie nicht verkraften.

Hinzu kommt, dass Kinder und Jugendliche ohnehin leicht in ihrer Trauer übersehen werden, denn sie können ihre Bedürfnisse nicht so ausdrücken oder vielleicht ihre Trauer nicht in der Weise äußern, dass Erwachsene sie erkennen. Aber auch ihre Trauer braucht Raum und Zeit. Viele Kinder verbergen nach dem Verlust einer Bezugsperson ihre Trauergefühle. Sie versuchen gut und unauffällig zu funktionieren und trauern anders als Erwachsene. Sie fallen in ihre Trauer hinein und „springen“ wieder heraus. Trauer bei Kindern und Jugendlichen hat viele Gesichter, es ist nicht nur Weinen, sondern auch Wut, Zorn, tiefe Liebesgefühle, Schuldgefühle, Angst und vieles mehr. Trauer wird nicht immer durch Worte und Weinen ausgedrückt, oft wird die Trauerarbeit von Kindern mit Spielen, Malen, Schreiben oder sogar Aggressivität bewältigt. Ein Kind, das traurig ist und weint, erfährt tröstende, helfende und unterstützende Reaktionen. Ein Kind, das innerlich vielleicht genauso traurig ist, nach außen hin aber provozierend, frech und aggressiv ist, wird eher negative Reaktionen der Umwelt erfahren. „Es geht darum, die Traurigkeit aufzuspüren, zu erfassen, und dem Kind zu helfen, dieses Gefühl zuzulassen“ (Bogyi 1997, 264).

Folgen verdrängter Trauer

Darüber hinaus ist bekannt, dass Trauer krank machen kann, wenn man sie verdrängt. Das Risiko, an einer psychischen Störung zu erkranken, wird durch einen Trauerfall erhöht.

Bowlby (1983, 381f) schreibt, dass Kinder, die einen Elternteil durch Tod verlieren, mit größerer Wahrscheinlichkeit zu psychiatrischen Fällen werden. Außerdem, erklärt er, wurde festgestellt, dass der Verlust eines Elternteils durch Tod während der Kindheit die Symptomatologie jeder psychiatrischen Störung beeinflusst, unter der die betreffende Person in der Folge leiden mag.

Rainer Rehberger (2004) erklärt in seinem Buch *Angst zu trauern*, dass unbewusste Trauerabwehr bei Personen, welche durch frühe Störungen in der Affektregulation verstärkt wird, häufig zu offenen oder unterdrückten Depressionen, Angstzuständen oder auch zu psychosomatischen Erkrankungen führt. Je dramatischer die Erfahrungen der Hilflosigkeit

und Ohnmacht in der frühen Kindheit waren, desto stärker sei die Neigung, Trauer zu unterdrücken.

Betrachtet man den Verlust aus dem Blickwinkel der Psychotraumatologie, die erst in den letzten Jahrzehnten an Bedeutung gewann und somit eine noch sehr junge Wissenschaft darstellt, so wird der Tod einer nahe stehenden Person für die Betroffenen als eine traumatische Erfahrung gesehen und kann somit zu Traumafolgestörungen führen, wenn es nicht durch den Trauerprozess ausreichend verarbeitet werden konnte.

Aufgaben der Trauerbegleitung

Trauern ist also ein normaler und gesunder Prozess, der in unserer Gesellschaft immer mehr verlernt wird. In der Literatur der Trauerforschung lassen sich sehr viele Modelle von Trauerphasen oder Aufgabenmodelle der Trauer finden, die den „gesunden“ Ablauf der Trauer beschreiben.

In der Beschreibung des Trauerprozesses durch die Einteilung und Definition bestimmter Phasen konnte sich am stärksten ein Vier-Phasen-Modell der Trauer durchsetzen, wobei die Benennung der einzelnen Phasen variiert. Spiegel (1973) spricht von einer Aufeinanderfolge von Schock, Kontrolle, Regression und Wiederanpassung. Bei Bowlby (1983) sind die Phasen durch Betäubung, Sehnsucht nach der verlorenen Person, Desorganisation und Verzweiflung mit abschließender Reorganisation gekennzeichnet. Verena Kast (1982), die sich vor allem im deutschsprachigen Raum durch eine Reihe von Veröffentlichungen zum Thema Trauer einen Namen gemacht hat, spricht im selben Zusammenhang von Phasen des Nicht-Wahrhaben-Wollens, der aufbrechenden Emotionen, des Suchens und Sich-Trennens sowie der Phase des neuen Selbst- und Weltverständnisses.

Ergänzend zu den Phasenmodellen, die grundsätzlich eine eher passive Haltung des Trauernden implizieren, wird in einem weiteren Ansatz zur Beschreibung des Trauerprozesses die Notwendigkeit zur aktiven Beteiligung der trauernden Person an der Bewältigung ihres Verlusterlebnisses hervorgehoben, sodass der Übergang von einer Stufe zur nächsten an die Erfüllung stufenspezifischer Aufgaben geknüpft ist. Nach Worden (1986) bestehen diese im anfänglichen Akzeptieren der Realität des Todes, gefolgt vom Erfahren des Trauerschmerzes, der Anpassung an eine Umwelt, in der der Verstorbene fehlt und schließlich dem Abziehen von Energie, die sodann in andere Bindungen investiert werden soll.

Auch wenn durch die Entwicklung von Phasen- und Aufgabenmodellen eine Möglichkeit zur Einordnung von Trauerreaktionen und zum Erkennen von Bewältigungsmustern geschaffen wurde, so muss an dieser Stelle noch kritisch angemerkt werden, dass es immer schwierig

bleiben wird, anhand dessen eine Beschreibung trauernder Personen vorzunehmen. Das Ausmaß der Beeinträchtigung kann nämlich aufgrund einer Reihe von Bedingungen (Stärke, Sicherheit, Ambivalenz), der Art und Weise des Todes, früheren Erfahrungen und Persönlichkeitsvariablen von Person zu Person stark variieren.

Aus der Sicht der Psychotraumatologie gibt es unterschiedlichste, vor allem psychotherapeutische Modelle, die zur Heilung von Traumafolgestörungen entwickelt wurden. Aber auch die Krisenintervention widmet sich dem Thema der Traumatisierung und bietet Unterstützung der Betroffenen nach einem traumatischen Ereignis, um präventiv Traumafolgestörungen vorzubeugen.

In Wien gibt es die „Boje“ als Angebot für Kinder und Jugendliche sowie deren Angehörigen, wenn ein Kind Probleme nach dem Tod eines nahen Angehörigen aufweist. Die Boje ist ein Ambulatorium für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen, dessen Träger das Individualpsychologische Zentrum (IPZ) ist, welches als gemeinnützige GesmbH des Österreichischen Vereins für Individualpsychologie geführt wird. Hauptanliegen der Boje ist es, Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren in Krisensituationen, sowie deren Angehörigen möglichst rasche Akuthilfe anzubieten. Durch Krisenintervention soll präventiv psychischen Auffälligkeiten oder Erkrankungen entgegengetreten werden. Dabei wird Krisenbegleitung als Beziehungsarbeit gesehen, die darauf abzielt sicheren Halt zu geben, damit die Betroffenen Gelegenheit erhalten, neue Fähigkeiten zu entwickeln, um mit der erzwungenen Veränderung leben zu lernen. Es wird jedoch auch Diagnostik, kinderneuropsychiatrische Behandlung, Kurzzeittherapie, Langzeittherapie, Gruppentherapie und Arbeit mit Eltern bzw. Bezugspersonen angeboten. Dabei kommt der individualpsychologische Ansatz, jeder Mensch sei als unteilbares Ganzes aufzufassen und könne nur als Gesamtpersönlichkeit im Kontakt mit seiner Umgebung verstanden werden, besonders zum Tragen. Das Team der Boje besteht aus PsychotherapeutInnen, PsychologInnen, ÄrztInnen und PädagogInnen, die nach individualpsychologischer Tradition arbeiten (vgl. die Boje – Jahresbericht 2006).

Die psychotherapeutische Leiterin Dr. Gertrude Bogyi sowie MitarbeiterInnen der Boje haben zahlreiche Studien zu diesem Thema durchgeführt, sowie Theorien aus ihrer Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen abgeleitet.

Die Notwendigkeit der Trauerbegleitung

Wie oben angeführt, ergeben die Verdrängung der Trauer in unserer Gesellschaft sowie die sich möglicherweise daraus entwickelnden Folgen, die Notwendigkeit eines (pädagogischen) Angebotes der Trauerbegleitung für Kinder und Jugendliche. Es ist ein Ort, wo Kindern

erlaubt wird ihre Trauergefühle auszuleben, wo ihre Trauer als eine normale Reaktion auf den Tod verstanden wird und wo sie diese individuell ausdrücken können. Aber auch ein Umdenken in der Gesellschaft ist notwendig, was aber nur durch Unterstützungs- und Beratungsangebote für Angehörige der Kinder und Jugendlichen stattfinden kann.

Trauerbegleitung am Beispiel des Zentrums für trauernde Kinder und Jugendliche e. V.

Im Zuge der Recherchen im Internet für diese Diplomarbeit, bin ich auf die Organisation *Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V.* gestoßen, die es seit 1998 in Deutschland mit Niederlassungen in Bremen, Köln, Berlin und München gibt. Vorbild dieser Einrichtungen sind die so genannten *Dougy Center*, die in Oregon (USA) seit 1984 existieren. Anliegen dieser Institution ist es, Anlaufstelle für Kinder und Jugendliche zu sein, die einen nahe stehenden Menschen verloren haben. Durch Unterstützungsgruppen mit ehrenamtlichen BegleiterInnen sollen geschützte Räume geschaffen werden, in denen trauernden Kindern unabhängig vom sozialen Umfeld ermöglicht wird, ihren individuellen Trauerweg zu finden und hierdurch ihre Trauergefühle zu durchleben. Dabei handelt es sich jedoch nicht um eine Therapie, sondern um eine präventive pädagogische Maßnahme.

Durch die Bildung von Gruppen werden die Kinder aus ihrer Isolation befreit. Sie erfahren, dass nicht sie alleine einen nahe stehenden Menschen verloren haben, sondern dass auch andere Kinder in ihrem Alter Trauererfahrungen und –gefühle haben. Parallel laufende Angehörigengruppen stellen sicher, dass die Kinder ein maximales Gefühl der Geborgenheit erfahren, gleichzeitig aber von ihren Angehörigen unbeobachtet ihre Trauergefühle ausdrücken können.

Den Kindern wird Raum gegeben, mit ihren Trauergefühlen kreativ und individuell umzugehen. Daneben werden Bezugspersonen, Pädagogen und andere interessierte/betroffene Personen beraten und informiert.

Ausweisung der Fragestellung

Diese Form der Trauerbegleitung wird mittlerweile in zahlreichen Bundesstaaten der USA, in Kanada, Japan, England, Irland, Neuseeland, Schweiz, Australien und Deutschland angeboten. Aufgrund der Tatsache, dass es dieses Angebot in Österreich so nicht gibt, habe ich diese Organisation ins Zentrum meines Forschungsinteresses gerückt, um im Rahmen der Diplomarbeit die Arbeitsweise des Zentrums für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. in Bremen genauer darzustellen und zu analysieren.

Da mein Interesse aus einem psychoanalytisch pädagogischen Blickwinkel fungiert, werde ich untersuchen, welche psychoanalytischen Bezüge in der Arbeit des Zentrums für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. gefunden werden können. Dazu werden Aspekte der Trauerbegleitung aus der psychoanalytischen Literatur unter besonderer Bezugnahme der Theorien und Ansätze der Boje abgeleitet. In weiterer Folge wird daraus ein Fragebogen adaptiert, um anhand dessen ein qualitatives Interview mit der Leiterin des Zentrums für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. in Bremen, Beate Alefeld-Gerges, zu führen. Anhand deren Aussagen und zusätzlichen Informationsmaterials des Zentrums in Bremen, sowie des Dougy Centers in Oregon, wird die Arbeitsweise und deren Grundlagen dargestellt und im Anschluss mit den, aus der psychoanalytischen Literatur abgeleiteten Aspekte der Trauerbegleitung verglichen und diskutiert. Damit soll aufgezeigt werden, wie ein pädagogischer Beitrag unterstützend und präventiv zu einer gesunden Trauer bei Kindern beitragen kann. Meine Fragestellung für diese Diplomarbeit lautet daher: *Werden die aus der psychoanalytischen Theorie abgeleiteten Aufgaben der Trauerbegleitung in der praktischen Arbeit mit Kindern im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. umgesetzt? Wenn ja, in welcher Weise?*

Forschungsmethodisches Vorgehen

Um Aspekte der Trauerbegleitung aus den psychoanalytischen Theorien ableiten zu können, wird zuerst ein Literaturstudium zu den Bereichen Psychotraumatologie, Krisenintervention und Trauertheorie, betrieben. Auf Zeitschriftenpublikationen der Mitarbeiterinnen und Forschungskollegen der Boje, nämlich Bogyi, Wininger, Eder-Steiner, Freilinger und Datler, wird dabei besonders Bezug genommen. Wie bereits oben erwähnt, wird weiters ein qualitatives Interview durchgeführt, um die Fragestellung zu beantworten. Nach der Auseinandersetzung mit den Methoden der Sozialforschung wurde die Methode des problemzentrierten Interviews gewählt. Das problemzentrierte Interview unterscheidet sich nach Lamnek (1995, 74 – 76) vom narrativen unter anderem dadurch, dass der Forscher nicht ohne jegliches theoretisch-wissenschaftliches Vorverständnis in die Erhebungsphase eintritt. Er bereitet sich durch Literaturstudium, eigene Erkundungen im Untersuchungsfeld, durch Ermittlung des Fachwissens von Experten usw. auf die Studie vor. Aus den gesammelten Informationen filtert er die für ihn relevant erscheinenden Aspekte des Problembereichs der sozialen Realität heraus und verknüpft und verdichtet sie zu einem theoretischen Konzept.

Um das Ergebnis des Interviews sowie das zusätzliche Quellmaterial zu analysieren, wird es mit den Aussagen in der psychoanalytischen Literatur verglichen und anhand dessen diskutiert.

In einem ersten Arbeitsschritt wird eine Literaturrecherche durchgeführt, bei welcher der Fokus auf der Psychotraumatologie sowie auf der Trauertheorie liegt, die beide aus dem Blickwinkel der Psychoanalyse dargestellt werden. Aus bereits existierenden Aufgabenmodellen der Trauerbegleitung sowie Erkenntnissen aus der Psychotraumatologie sowie der Krisenintervention, unter besonderer Bezugnahme der Theorien und des Konzeptes der Boje, werden in einem zweiten Arbeitsschritt zusammenfassend Aufgaben der Trauerbegleitung abgeleitet, wobei die Besonderheiten der kindlichen Trauer Berücksichtigung finden. Aufgrund dieser Schwerpunkte wird ein Interviewleitfaden erstellt.

Um die aus der Literatur abgeleiteten Aufgaben mit der Methode des Zentrums für trauernde Kinder später vergleichen zu können, wird in einem dritten Arbeitsschritt ein problemzentriertes Interview mit der Gruppenleiterin des Zentrums in Bremen, Beate Alefeld-Gerges durchgeführt und auf einen Tonträger aufgezeichnet. Dabei sollen das methodische Arbeiten und der Ablauf von Gruppentreffen sowie die organisatorischen Rahmenbedingungen im Vordergrund stehen.

Das so gewonnene Material und zusätzliche Publikationen des Zentrums in Deutschland, sowie des Dougy Centers werden anschließend dargestellt und in einem vierten Arbeitsschritt anhand der psychoanalytischen Theorien diskutiert. Dabei soll aufgezeigt werden, ob und wie pädagogische Arbeit präventiv, also zur Vermeidung von Folgen der verdrängten Trauer, eingesetzt werden kann und die Vor- und Nachteile der Methoden sowie der Rahmenbedingungen erläutert werden.

Gliederung der Arbeit

In der Einleitung wird ein Überblick über das Anliegen der Diplomarbeit und die Ausweisung der Fragestellung, sowie das methodische Vorgehen, um diese zu beantworten, gegeben.

Die Diplomarbeit gliedert sich in zwei Teile, wobei der erste Teil die theoretische Auseinandersetzung mit Trauma, Trauer und Trauerbegleitung behandelt und der zweite Teil die Analyse des Zentrums für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. darstellt.

Das erste Kapitel befasst sich mit Verlusterlebnissen aus psychotraumatologischer Sicht. Der Begriff Trauma und dessen psychoanalytischer Zugang werden dargestellt, um basierend darauf Traumafolgestörungen zu erläutern und auf die somato-psychische Verarbeitung des

Traumata einzugehen. Die besondere Lage der Kinder aus entwicklungspsychologischer Sicht wird in einem weiteren Abschnitt beleuchtet, wobei die Auswirkungen des Traumas in den einzelnen Entwicklungsstufen dargestellt werden. Schließlich wird die Schnittstelle zwischen Trauma und Trauer erörtert, die als Überleitung zum zweiten Kapitel bildet, in dem die Trauer aus psychoanalytischer Sicht behandelt wird.

Die Begriffsklärung der Trauer aus psychoanalytischer Sicht stellt somit den ersten Abschnitt des zweiten Kapitels dar. Die Betrachtung der Trauer aus entwicklungspsychologischem Zugang, Abwehrmechanismen und Traueraufgaben, sowie die Entwicklung eines Todesverständnisses werden in weiteren Abschnitten erklärt.

Im dritten Kapitel wird der Begriff „Trauerbegleitung“ zu Krisenintervention und Therapie abgegrenzt, um die Ableitung von Aspekten der Trauerbegleitung vorzubereiten. Die Notwendigkeit einer Trauerbegleitung aus soziologischer Sicht, aber auch als Resultat des bereits dargelegten, soll in einem zweiten Abschnitt noch einmal klargestellt werden. Anschließend werden die Aufgaben der Trauerbegleitung aus der psychoanalytischen Literatur der Trauertheorie, der Psychotraumatologie sowie der Krisenintervention, unter besonderer Bezugnahme der Aussagen der Boje-MitarbeiterInnen, abgeleitet, um sie später als Kriterien für die Analyse des Zentrums für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. in Bremen zu verwenden.

Der zweite Teil der Diplomarbeit beschäftigt sich mit der eben genannten Analyse des Zentrums in Bremen.

Dazu wird zuerst im vierten Kapitel das methodische Vorgehen zur Beantwortung der Forschungsfrage dargelegt und ein Interviewleitfaden erstellt. Das fünfte Kapitel dient zur Darstellung und Beschreibung des Aufbaus, der Grundsätze und des Angebotes des Zentrums für trauernde Kinder e.V. in Bremen, um dieses im sechsten Kapitel anhand der abgeleiteten Aspekte der Trauerbegleitung zu diskutieren und zu analysieren. Die Diskussion der Ergebnisse erfolgt in Form einer Gegenüberstellung der psychoanalytischen Literatur und der empirischen Ergebnisse. In einem abschließenden Gesamtresumé werden schließlich die wichtigsten Erkenntnisse hervorgehoben und ein Ausblick auf weiterführende Fragestellungen gegeben.

Teil I: Annäherung an den Problembereich: Theoretische Auseinandersetzung mit Trauma, Trauer und Trauerbegleitung.

„Es passiert täglich und nur allzu oft sind Kinder und Jugendliche davon betroffen: ein Ereignis verursacht einen seelischen Schock. Man spricht von einem traumatischen Vorgang, der tief im Unbewussten Wunden schlägt. Wunden, die immer wieder aufbrechen und Menschen lebenslang belasten können. Es ist hinreichend bekannt, dass viele chronische Leidenszustände und Krankheitsbilder, die in späteren Jahren der Entwicklung auftreten, auf unbewältigte Krisen in der Kindheit bzw. Adoleszenz zurückzuführen sind und dann langjähriger physischer und psychischer Behandlung bedürfen. Mit rascher, geeigneter Hilfe können krankhafte Entwicklungen vermieden werden.

Die Bewältigung von Krisen geht unweigerlich mit Trauerarbeit einher. Trauerarbeit setzt das Vertrauen in das eigene Ich und in die Umgebung voraus. Besonders wichtig ist eine tragfähige Beziehung, die nichts verdeckt, keines der auftretenden Gefühle verbietet oder wegschiebt. Das behutsame Konfrontieren mit der Wahrheit kann befreien. Als BegleiterIn zu fungieren heißt konfrontieren, respektieren und akzeptieren, dass Abwehrsymptome auch Schutzfunktion haben und alles seine Zeit braucht. Menschen wollen in ihrem Schmerz verstanden werden“ (Bogyi et. al 2006 a, 4).

Dieses Zitat von Dr. Gertrude Bogyi² und ihren MitarbeiterInnen der „Boje“ soll hier einleitend stehen, um eine erste Annäherung zu diesem Themenbereich zu geben. Der Verlust einer nahe stehenden Person wird als ein traumatisches Ereignis gesehen, welches die Hinterbliebenen in eine Krise stürzen kann. Diese Krise kann wiederum nur überwunden werden, wenn um den Verstorbenen getrauert wird. Es sagt bereits sehr viel über das Wesen der Trauer und der Unterstützung der Betroffenen aus, doch noch nicht genug, um das Gesagte wirklich zu verstehen. Im ersten Teil dieser Arbeit erfolgt somit die theoretische Auseinandersetzung mit den Themen Trauma, Trauer und Trauerbegleitung, wobei der Fokus jeweils auf die psychoanalytische Sichtweise gelegt wird. Aus heutiger Sicht wird der Verlust einer nahen Bezugsperson als Trauma gesehen. Die Psychotraumatologie hat sich parallel zur psychoanalytischen Theorie entwickelt und erst in der Zeit nach dem 2. Weltkrieg einen Aufschwung erlebt, weshalb sie noch als sehr junge Wissenschaft angesehen werden kann. Um Kriterien der Trauerbegleitung aus der psychoanalytischen Theorie ableiten zu können, ist es vorerst erforderlich die Hinterbliebenen nach einem Verlust zu verstehen. Die Begriffsbestimmung, die Auseinandersetzung mit der Verarbeitung eines traumatischen Ereignisses und die pathologischen Folgen eines Traumas, bzw. eines nicht verarbeiteten Traumas insbesondere bei Kindern, sind also Thema des ersten Kapitels. Im zweiten Kapitel

² Dr. Gertrude Bogyi ist klinische Psychologin und Psychotherapeutin. Sie ist an der Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes und Jugendalters am AKH Wien tätig. Weiters ist sie psychotherapeutische Leiterin des Ambulatoriums „Boje“ für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen. Sie hat langjährige Erfahrung im Umgang mit trauernden Kindern.

wird mit der Definition der Trauer, sowie deren entwicklungspsychologischen Gegebenheiten bei Kindern fortgeführt, da sie die natürliche und gesunde Reaktion auf einen Verlust darstellt. Im dritten Kapitel wird auf die Trauerbegleitung eingegangen, wie sie aus der Sicht der Trauertheorie aber auch der Krisenintervention und der Psychotherapie zu erfolgen hat, um daraus, unter besonderer Bezugnahme des Konzeptes der Boje und deren MitarbeiterInnen, Kriterien der Trauerbegleitung abzuleiten, die wiederum zur Analyse der Methode des Zentrums für trauernde Kinder herangezogen werden.

1. Trauma

Der Begriff *Trauma* stammt aus dem Griechischen und bedeutet *Verletzung*. Das Fachgebiet der Psychotraumatologie befasst sich mit der Entstehung, der Erfassung, dem Verlauf und der Behandlung von seelischen Verletzungen, die in der Folge extrem belastender und/oder lebensbedrohlicher Ereignisse auftreten (vgl. Landolt 2008, 14).

Fischer und Riedesser (1998, 19) erklären in ihrem *Lehrbuch der Psychotraumatologie*, dass nicht nur die verschiedenen somatischen Systeme des Menschen in ihrer Widerstandskraft überfordert werden können, sondern auch das seelische System durch punktuelle oder dauerhafte Belastungen in seinen Bewältigungsmöglichkeiten überfordert und schließlich traumatisiert bzw. verletzt wird. Der Ausspruch: *Die Zeit heilt alle Wunden*, so beschreiben sie weiter, setzt körperliche und seelische Wunden gleich. Die Heilung benötigt Zeit, sowohl bei somatischen als auch bei psychischen Verletzungen, berichten die Autoren aus ihrer Erfahrung. Jedoch stimmt auch das Gegenteil, so Fischer und Riedesser (1998, 19): „Zeit allein heilt nicht alle Wunden, weder die körperlichen noch die seelischen“. Vielleicht, so schreiben die Autoren, hat der Organismus eigene, übergreifende Selbstheilungsstrategien entwickelt, die für den körperlichen Bereich ebenso gelten wie für den seelischen und folgern daraus, dass wahrscheinlich die seelischen Verletzungen und deren natürliche Wundheilungsmechanismen mit gleicher Aufmerksamkeit studiert werden müssen wie die körperlichen.

„Wir lernen dann unterscheiden nach der Art des verletzten seelischen ‚Gewebes‘, verstehen seelische Vorgänge wie Trauerarbeit oder die verschiedenen Abwehr- und Bewältigungsmechanismen als Selbstheilungsversuche des psychischen Systems und können diese Prozesse gezielt unterstützen bzw. Fehlentwicklungen rechtzeitig erkennen und verhindern“ (Fischer; Riedesser 1998, 19 – 20). Ob das Trauma sozusagen Narben in Form von psychopathologischen Symptomen bildet oder verheilt hängt demnach davon ab, ob das

Individuum trauern kann. Dies wiederum, sehen die Autoren, vor allem bei Kindern von deren Umfeld abhängig. Die Trauerbegleitung kann demnach also als unterstützende und präventive Maßnahme gesehen werden, indem sie die Kinder und deren Angehörige zum „richtigen“ Trauern auffordert und sie dabei unterstützt, was wiederum weiteren Symptomen und Problemen vorbeugt.

Im ersten Teil dieses Kapitels wird der psychoanalytische Zugang zur Psychotraumatologie dargestellt, sowie der Begriff Trauma aus psychoanalytischer Sicht definiert, um im zweiten Teil auf die möglichen psychopathologischen Folgen eines Traumas und dessen Diagnosekriterien einzugehen. Im dritten Teil wird die Verarbeitung eines Traumas sowohl aus somatischer als auch psychodynamischer Sicht beleuchtet und weiters nach entwicklungspsychologischen Erkenntnissen dargestellt. Im vierten Teil schließlich wird noch einmal auf die Schnittstelle von Trauma und Trauer eingegangen.

1.1. Was ist ein Trauma? Entwicklung und Definition des Begriffes aus psychoanalytischer Sicht

Unter den wissenschaftlichen Pionierleistungen, die zur Erforschung der Psychotraumatologie beitragen, ist die Arbeit von Pierre Janet (1859 – 1947) zu rechnen, der ein Zeitgenosse Sigmund Freuds (1857 – 1939) war. Während jedoch Freud und sein Werk vor allem auch für den therapeutischen Umgang mit Traumatisierung historisch sehr bedeutsam wurden, dauerte es fast 100 Jahre, bis die Arbeiten Janets wieder die Aufmerksamkeit erlangten, die sie für Psychologie, Psychopathologie und Psychiatrie um die Jahrhundertwende hatten, erklären Fischer und Riedesser (1998, 32). Janet zog als erster den Begriff der Dissoziation³ heran, als Erklärung für psychopathologische Auffälligkeiten und Symptombildungen, welche mit verdrängten Erinnerungen an traumatische Erlebnisse zusammenhingen. „Dissoziationen ergaben sich nach Janet als Folge einer Überforderung des Bewusstseins bei der Verarbeitung traumatischer, überwältigender Erlebnissituationen“ (Fischer; Riedesser 1998, 32). Auch Bessel van der Kolk et al. erklären in ihrem Werk *Traumatic Stress*: „Janets umfangreiches Werk über das Trauma, die Erinnerung und die Behandlung dissoziativer Zustände wurde nicht in den gegenwärtigen Kenntnisstand über die PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung; Anm. d. V.) integriert, bis die Rolle der Dissoziation bei der Entstehung

³ „Dissoziation ist ein Prozeß, durch den bestimmte Gedanken, Einstellungen oder andere psychologische Aktivitäten ihre normale Relation zu anderen bzw. zur übrigen Persönlichkeit verlieren, sich abspalten und mehr oder minder unabhängig funktionieren. So können logisch unvereinbare Gedanken, Gefühle und Einstellungen nebeneinander beibehalten und doch ein Konflikt zwischen diesen vermieden werden. (Arnold; Eysenck; Meili 1996, 383)

der PTBS in den achtziger Jahren (des 20. Jh. Anm. d. V.) wiederentdeckt wurde“ (van der Kolk et al. 2000, 77). Wie fortschrittlich diese Erkenntnisse wirklich waren, wird auch im weiteren Verlauf dieser Arbeit deutlich, wenn im zweiten Teil dieses Kapitels auf die Traumafolgestörungen eingegangen wird.

Die Entwicklung der Traumatheorie bei Freud hat jedoch einen etwas anderen Verlauf genommen und andere Akzente gesetzt. Auch in Freuds frühen Werken, so Fischer und Riedesser (1998, 33), findet sich der Begriff Dissoziation. Er führte jedoch bald das Konzept der Abwehr ein und als deren Prototyp die Verdrängung. Freud durchlief unterschiedliche Phasen in seiner Beschäftigung mit dem psychischen Trauma. In einer der frühen Phasen, so die Autoren, war er davon überzeugt, dass eine reale traumatische Erfahrung, insbesondere sexuelle Verführung von Kindern, jeder späteren hysterischen Störung zugrunde liege. Diese Auffassung relativierte er jedoch wieder in einer späteren Phase. Heute ist bekannt, dass sexueller Missbrauch in der Kindheit zwar ebenfalls zu einer hysterischen Störung führen kann, ebenso gut aber auch zu anderen Störungsbildern wie dem Borderline-Syndrom oder dissoziativen Störungen etc. Freud wurde daraufhin allerdings wiederholt der Vorwurf gemacht, er habe die Verführungstheorie aufgegeben, um der sozialen Ächtung zu entgehen, die mit seinen früheren Erkenntnissen verbunden war, so Fischer und Riedesser (1998, 34). Er war jedoch keineswegs bereit, die neue Entdeckung dem gängigen Vorurteil zu opfern und hat sie auch später nicht pauschal als Irrtum bezeichnet. In seinen späteren Arbeiten hat sich Freud stärker der Erforschung der Phasen der psychosexuellen Entwicklung zugewandt, was wiederum auf vielseitige Kritik stieß. Freud stellte fest, dass Kinder eigene sexuelle Wünsche, Phantasien und Bedürfnisse haben, was sie besonders verletzlich gegenüber missbräuchlichem Verhalten macht, welches den Entwicklungsaspekt dieser Bedürfnisse übergeht und sie den egoistischen Interessen der Erwachsenen ausliefert.

Freuds früher Traumabegriff fordert dazu auf, pathogene Umweltkonstellationen systematisch in die psychoanalytische Untersuchung einzubeziehen. Er knüpft zunächst an eine Analogie zum körperlichen Trauma an. Bedeutsam für Freuds Traumatheorie, so Fischer und Riedesser (1998, 36), ist neben ihrer körperlich-organischen Metaphorik auch der Begriff der Nachträglichkeit. So sind zum Beispiel quasi-erotische Kontakte zwischen Erwachsenen und Kindern zu nennen, wobei die sexuellen Anklänge der Situation dem Kind häufig erst in der Pubertät zu Bewusstsein kommen. Hier nimmt der Traumabegriff, so die Autoren, eine Tendenz in sich auf, die sich in der gesamten Fortentwicklung des Freudschen Denkens findet, nämlich die zeitliche Einbindung der seelischen Phänomene in den Lebensentwurf, in die Lebensgeschichte. Die Zeitstruktur der Nachträglichkeit muss beim Studium

traumatischer Prozesse generell berücksichtigt werden, so die Autoren weiter, was auch das von ihnen entwickelte Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung berücksichtigt (siehe unten). Freud entwickelte jedoch in einer späteren Epoche einen weiteren Traumbegriff, bei dem neben unerträglichen Situationsfaktoren inakzeptable und unerträglich intensive Triebwünsche und –impulse als Traumafaktor untersucht werden. Das Trauma wird jetzt, so Fischer und Riedesser (1998, 36), Bestandteil einer Geschichte als Lebensgeschichte und als Geschichte der Entwicklung von Triebwünschen und Lebenszielen. In dieser weiten Konzeption der Neurosenentstehung ist das Trauma ein ätiologisches Moment unter anderen, das sich in einer Ergänzungsreihe mit Erbfaktoren und Triebchicksal befindet.

Eine extern traumatische Entstehungsgeschichte nimmt Freud bei der traumatischen Neurose an, wie sie bei Laplanche und Pontalis (1967, 521) folgendermaßen zusammengefasst wird.

„Hier sind 2 Fälle zu unterscheiden, a) das Trauma wirkt als auslösendes Element, es enthüllt eine präexistente neurotische Struktur, b) das Trauma hat einen determinierenden Anteil gerade am Inhalt des Symptoms. Wiederholung des traumatischen Ereignisses, immer wiederkehrende Alpträume, Schlafstörungen etc., was als ein wiederholter Versuch erscheint, das Trauma zu binden und abzureagieren; eine ähnliche Fixierung an das Trauma geht einher mit einer mehr oder weniger generalisierten Aktivitätshemmung des Subjekts. Diesem zuletzt genannten klinischen Bild behalten Freud und die Psychoanalytiker gewöhnlich die Bezeichnung traumatische Neurose vor“.

Während heute die erste Konstellation, so Fischer und Riedesser (1998, 37), eher als auslösendes Moment einer neurotischen Reaktion bezeichnet wird, gehört zu den differentiellen Merkmalen der traumatischen Neurose der inhaltliche Bezug zwischen traumatischer Situation und der jeweiligen Symptomatik.

Abraham Kardiner, Masud M. Khan, John Bowlby, D.W. Winnicott, Max Stern, H. Krystal und andere mehr werden als psychoanalytische Autoren bei Fischer und Riedesser (1998, 37) genannt, welche das Traumakonzept weiter entwickelt haben oder spezielle Bereiche der Traumatisierung näher erforscht haben, worauf hier jedoch nicht weiter eingegangen wird.

Die aktuelle Definition eines Traumas gemäß DSM-IV-TR – dem Klassifikationssystem der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft - beinhaltet zwei Aspekte, die gleichzeitig erfüllt sein müssen (Saß et al. 2003, 515): „ Das betroffene Individuum erlebt oder beobachtet ein Ereignis, welches mit einer ernsthaften Bedrohung der körperlichen oder psychischen Integrität der eigenen Person oder anderer Personen einhergeht; Die Reaktion des betroffenen Individuums beinhaltet intensive Furcht, Hilflosigkeit, Grauen, aufgelöstes oder agitiertes Verhalten“.

Im ICD-10, dem von der WHO entwickelten Klassifikationssystem für Krankheiten, wird ein Trauma definiert als „(...) ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer

Dauer mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (Dilling et al. 2000, 169).

Die Zeitdauer der einwirkenden belastenden Ereignisse ist daher ein wichtiges Kriterium. Es ergeben sich daraus unterschiedliche Symptome, Auswirkungen und Behandlungsschritte. Die amerikanische Kinderpsychiaterin Lenore Terr (1995) unterschied erstmals Traumata des Typs I und des Typs II. Beide Typen führen zu unterschiedlichen Wahrnehmungen und langfristigen Konsequenzen.

Unter Typ-I-Traumata oder Schocktraumata werden einmalige, unvorhersehbare Ereignisse verstanden, die zumeist durch akute Lebensgefahr, Plötzlichkeit und Überraschung gekennzeichnet sind. Beispiele dafür können Verkehrsunfälle, kriminelle Gewalttaten oder Überfälle sein. Sie werden üblicherweise detailliert erinnert, abgesehen von Wahrnehmungsverzerrungen. Kinder suchen oft magische Erklärungen für das Geschehen oder machen Schuldzuschreibungen (vgl. Bogyi 2003, 25). Unter Typ-II-Traumata ist ein komplexes, längeres traumatisches Geschehen zu verstehen. Es ist gekennzeichnet durch Serien verschiedener traumatischer Einzelereignisse und oft durch geringe Vorhersagbarkeit des weiteren traumatischen Geschehens. Beispiele dafür sind Geiselnhaft, Kriegsgefangenschaft, KZ-Haft, wiederholte sexuelle oder körperliche Gewalt. Bei Ereignissen des Traumas Typ II kommt es zur Verleugnung und emotionaler Anästhesie, sowie zu Depersonalisation und Dissoziation, extremer Distanzierung, andauerndem Ärger und Wut, zu extremer Passivität und emotionaler Abstumpfung, Wendung der Wut gegen die eigene Person, dadurch zur Selbstverstümmelung und Suizid. Richtet sich die Aggression nach außen, werden Opfer häufig zu Tätern. Die Kombination von Typ I und Typ II, d. h. langfristig bestehende traumatische Situationsfaktoren in Verbindung mit schockartigen Verletzungen und Verlusten führen in der Regel zu anhaltender pathologischer Trauer und Depression. Die Integration in das Selbstbild fällt dann extrem schwer (vgl. Bogyi 2003, S. 25).

Traumatische Ereignisse können außerdem anhand ihrer Ursache klassifiziert werden, wobei durch Menschen verursachte Ereignisse einerseits (Krieg, Vergewaltigung, usw.) von Naturkatastrophen (Erdbeben, Flutkatastrophe) und akzidentellen Traumata (z.B. Unfall) andererseits unterschieden werden können (vgl. Landolt 2008, 15).

Landolt (2004) fasst die Klassifikationskriterien übersichtlich in folgender Grafik zusammen:

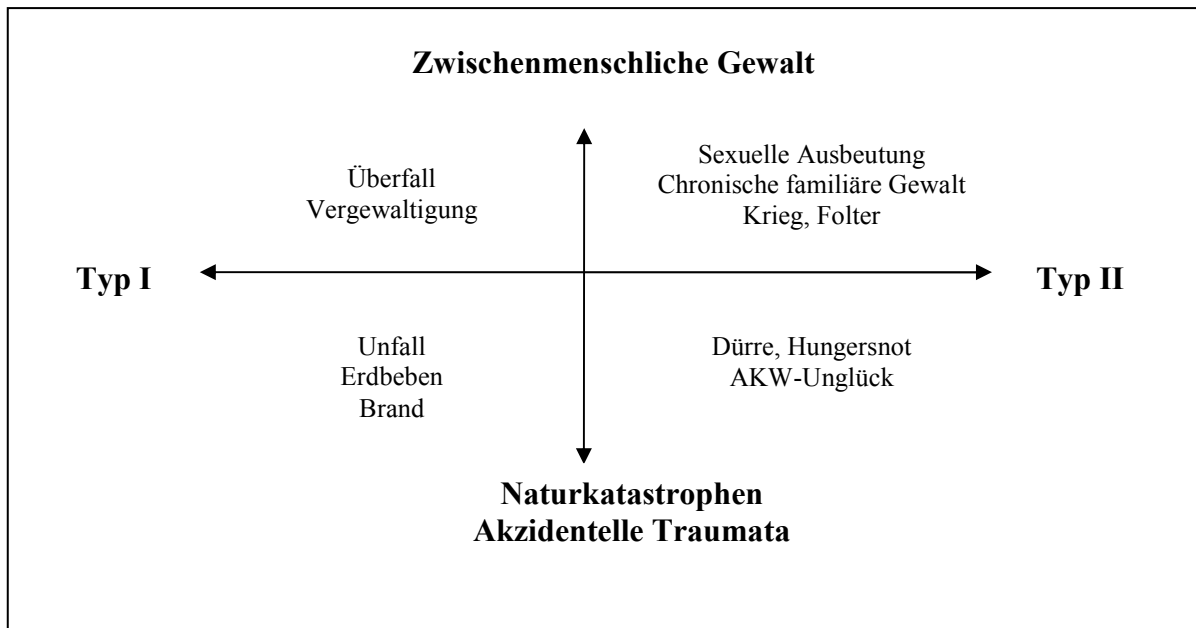


Abbildung 1: Klassifikation traumatischer Ereignisse. in: Landolt, M.(2004, 12)

Der Verlust einer nahen Bezugsperson kann nicht eindeutig klassifiziert werden, es hängt vor allem davon ab, mit welchen Umständen das Verlustereignis verbunden war. Die äußeren Gegebenheiten aber auch innerpsychischen Bedeutungszuschreibungen beeinflussen, welche Auswirkungen ein traumatisches Erlebnis auf die Psyche des Kindes nimmt. Welche Auswirkungen dies sein können, soll im folgenden Abschnitt erläutert werden.

1.2. Welche Auswirkungen kann ein Trauma auf die Psyche des Kindes haben?

Traumafolgestörungen

In der Psychotraumatologie muss, so erklären Fischer und Riedesser (1998, 41), mit einer Vielzahl von Symptomen und Syndromen als mögliche Folgeerscheinungen gerechnet werden. Sie erklären, dass sich diese auf die Variationsbreite traumatischer Situationen einerseits und individueller Reaktionen andererseits zurückführen lassen, vor allem aber auf die wechselseitige Verschränkung von objektiven und subjektiven Momenten, die sich aus der im Lebenslauf gebildeten individuellen Wirklichkeitskonstruktion des Menschen ergibt. Diese Variationsbreite bedeutet jedoch keineswegs Regellosigkeit und reinen Zufall. „Hier herrschen neben allgemeinen Gesetzmäßigkeiten auch Regeln, die man paradoxerweise vielleicht ‚individuelle Gesetzmäßigkeiten‘ bezeichnen kann. Letztere immer besser zu verstehen, ist ein besonders lohnenswertes Ziel psychotraumatologischer Forschung und therapeutischer Praxis“ (Fischer; Riedesser 1998, 41).

Individuen – Kinder und Erwachsene – zeigen nach psychotraumatischen Erfahrungen strukturell ähnliche psychophysische Symptommuster, beschreibt auch Landolt (2008, 30).

Bereits 1995 hat Lenore Terr vier Merkmale bei Kindheitstraumata aufgezeigt:

1. wiederkehrende, sich aufdrängende Erinnerungen - visuell, akustisch, olfaktorisch - entsprechend der vorherrschenden Erlebismodalität in der traumatischen Situation.
2. repetetive Verhaltensweisen, z. B. traumatisches Spiel, wo es zu einer Reinszenierung in automatisierten Verhaltensmustern kommt. Das Kind kann oft den Zusammenhang nicht herstellen.
3. traumaspezifische Ängste,
4. veränderte Einstellung zu Menschen, zum Leben und zur Zukunft. Verlust des Vertrauens in die Menschen und negative Erwartungen an das zukünftige Leben sind die wichtigsten Folgen der Erschütterung des kindlichen Weltverständnisses.

Die Spannweite der Traumafolgestörungen, wie sie in den heute gängigen Klassifikationschemata zu finden ist, soll im Folgenden dargestellt werden.

Dieser Überblick nach ICD-10 zeigt die Entstehung von Folgestörungen nach einem traumatischen Ereignis:

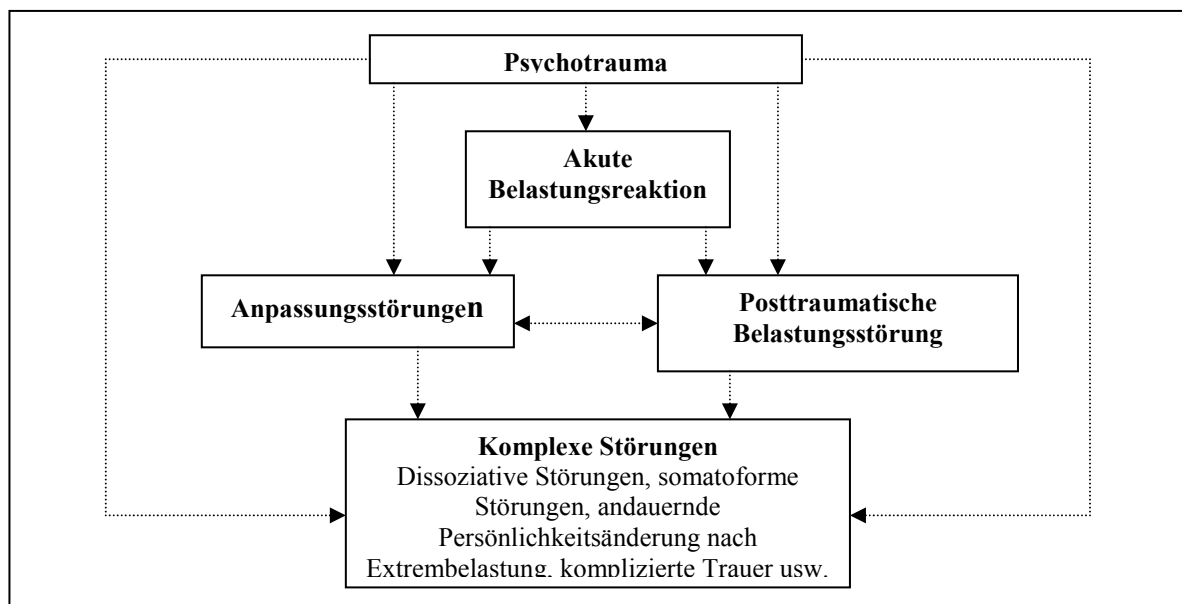


Abbildung 2: Klassifikation von Traumafolgestörungen. in: Landolt, M (2008, 30)

Die Grafik wird im Folgenden anhand einer Beschreibung der Traumafolgestörungen genauer erklärt.

Akute Belastungsreaktion:

Die in den ersten Stunden und Tagen auftretende Reaktion auf ein belastendes Ereignis wird als akute Belastungsreaktion (ICD-10) bezeichnet. Symptome von Bewusstseinsverengung, Desorientiertheit und eingeschränkter Aufmerksamkeit wechseln sich hierbei mit Unruhezuständen ab. Sehr typisch können dabei dissoziative Zustände sein, welche unter anderem auch dazu führen können, dass traumarelevante Informationen auf einer nichtbewussten Ebene im Gedächtnis abgespeichert werden. Diese akuten Symptome können übergehen in kürzer- oder längerdauernde so genannte Anpassungsstörungen (vgl. Landolt 2008, 30).

Anpassungsstörungen:

Hier liegt nach Fischer und Riedesser (1998, 49 – 50) eine chronifizierte Belastungsreaktion vor als Antwort auf persönliche Verluste und/oder eine geforderte Umstellung der Lebensweise, wobei unter einer akuten und einer chronischen Anpassungsstörung unterschieden wird. Bei ersterer dauert die Störung weniger als sechs Monate, bei letzterer sechs Monate oder länger. Die Anpassungsstörung kann einhergehen mit einer depressiven Stimmungslage oder einer ängstlichen, ferner mit einer Mischung aus Angst und Depression, mit Verhaltensstörungen oder einer Mischung von Verhaltens- und emotionalen Störungen. Laut den genannten Autoren, bilden Personenverluste eine Ausnahme. So schreiben auch Saß et al. im DSM IV-TR (2003, 747): „Einfache Trauer wird grundsätzlich anstelle einer Anpassungsstörung diagnostiziert, wenn die Reaktion eine zu erwartende Antwort auf den Tod einer geliebten Person darstellt. Die Diagnose einer Anpassungsstörung kann jedoch angemessen sein, wenn die Reaktion über das hinausgeht, was man erwarten würde, oder wenn sie länger als üblich andauert“. (Wobei die Autoren nicht anführen was ein erwartbares Maß darstellt; Anm.d.V.) Häufiger allerdings, so erklärt Landolt (2008, 30) entwickelt sich in der Folge von traumatisierenden Ereignissen eine Posttraumatische Belastungsstörung.

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS):

Landolt (2004) schreibt, dass im Gegensatz zu anderen psychischen Störungen posttraumatische Störungen immer die direkte Folge einer einmaligen oder chronischen psychischen Traumatisierung sind. Das belastende Ereignis bzw. die andauernde belastende Situation ist der primäre und ausschlaggebende Kausalfaktor, und die Störung wäre ohne seine Einwirkung nicht entstanden.

Anhand der unten dargestellten Tabelle 1 (linke Spalte), erklärt Landolt (2008, 31) die Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung folgendermaßen: Kriterium A definiert zunächst ein traumatisches Ereignis. Die Definition beinhaltet einen objektiven und einen subjektiven Anteil, welche beide erfüllt sein müssen. Eine traumatisierende Erfahrung wird demnach als ein direkt erlebtes oder beobachtetes Ereignis beschrieben, welches mit Todesgefahr oder einer Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eignen oder anderer Personen einhergeht und in welchem die betroffene Person zusätzlich mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen reagieren muss. Es wird darauf hingewiesen, dass sich dies bei Kindern auch durch aufgelöstes oder agitiertes Verhalten zeigen kann. Im Kriterium B werden Symptome des Wiedererlebens beschrieben, von welchen mindestens eines vorhanden sein muss. Dabei werden wiederkehrende und belastende Erinnerungen an das Trauma, Alpträume, dissoziative Flashback-Episoden, intensive psychische und körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit traumabezogenen Hinweisreizen unterschieden. Symptome des Wiedererlebens können sich bei jüngeren Kindern auch in Form des sogenannten traumatischen Spiels zeigen, in welchem belastende Szenen wiederholt nachgespielt und reinszeniert werden, ohne dass dies einen kathartischen Effekt hätte. Im Gegensatz zu Erwachsenen können bei Kindern zudem Alpträume ohne erkennbaren inhaltlichen Zusammenhang mit dem erlebten Trauma auftreten. Aufgrund der als sehr belastend und quälend erlebten Symptome des Wiedererlebens entwickelt das traumatisierte Kind bzw. der Jugendliche eine Reihe unterschiedlicher Strategien und Verhaltensweisen, um den belastenden traumabezogenen Hinweisreizen auszuweichen (Kriterium C). Für eine Diagnosestellung einer PTBS gemäß DSM-IV-TR, erklärt Landolt (2008), werden dabei mindestens drei verschiedene Vermeidungssymptome verlangt. Dabei kann es sich beispielsweise um das bewusste Vermeiden von Gedanken, Gefühlen, Gesprächen, Aktivitäten, Orten oder Personen, welche Erinnerungen an das Trauma wachrufen, handeln. Im Extremfall kann die Vermeidung so weit gehen, dass es zu einer partiellen oder vollständigen Amnesie für bestimmte Aspekte des Traumas kommt. Mit der Vermeidungssymptomatik geht oft eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität sowie im Jugendalter ein Gefühl einer eingeschränkten Zukunft einher. Die dritte Gruppe der Symptome einer PTBS umfasst jene der vegetativen Übererregung (Kriterium D), von welchen mindestens zwei vorhanden sein müssen. Dabei kann es sich um Ein- oder Durchschlafstörungen, Konzentrationsprobleme, Hypervigilanz, erhöhte Reizbarkeit sowie Schreckhaftigkeit handeln. Die Diagnose einer PTBS wird gestellt, wenn die Symptome des Wiedererlebens, der Vermeidung und der physiologischen Übererregung während mindestens

eines Monats andauern (Kriterium E) und klinisch bedeutsame Beeinträchtigungen in mindestens einem wichtigen Funktionsbereich des alltäglichen Lebens verursachen (Kriterium F). Anhand der Störungsdauer und des Symptomverlaufs können akute PTBS (< 3 Monate), chronische PTBS (> 3 Monate) sowie PTBS mit verzögertem Beginn (Entwicklung der Symptomatik frühestens 6 Monate nach Trauma) unterschieden werden.

Es ist heute unbestritten, dass Kinder schon vom ersten Lebensjahr an psychischen Störungen infolge von stresshaften Erfahrungen entwickeln können. Landolt (2008, 17) kritisiert, dass die eigentlich auf Erwachsene zugeschnittenen Diagnosekriterien des DSM-IV-TR zu wenig sensitiv für das ganz junge Alter sind und zeigt deshalb Alternativkriterien für Vorschulkinder bzw. für Säuglinge und Kleinkinder, die von Scheeringa und KollegInnen entwickelt wurden, auf.

Die folgende Tabelle soll die Diagnosekriterien der posttraumatischen Belastungsstörung gemäß DSM-IV-TR nach Saß et. al. (2003) anhand der linken Spalte veranschaulichen und den nach Scheeringa et al. 1995 entwickelten Alternativkriterien für Säuglinge und Kleinkinder in der rechten Spalte gegenüberstellen.

DSM-IV-TR Kriterien	Alternativkriterien nach Scheeringa
A: Beide Kriterien müssen erfüllt sein. 1. Erleben eines traumatischen Ereignisses 2. Reaktion mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit, Entsetzen oder bei Kindern mit aufgelöstem und agitiertem Verhalten	A: Nur das Kriterium A1 nach DSM-IV-TR muss erfüllt sein. 1. Bleibt unverändert 2. Entfällt
B: Wiedererleben des Traumas (mindestens 1 Symptom) 1. Wiederkehrende belastende Erinnerungen; Bei Kindern: traumatisches Spiel 2. Wiederkehrende belastende Träume 3. Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt. Bei Kindern: traumaspezifische Neuinszenierung 4. Intensive psychische Belastung bei Konfrontation mit trauma-bezogenen Hinweisreizen 5. Körperliche Reaktionen bei Konfrontation mit trauma-bezogenen Hinweisreizen	B: Wiedererleben; mindestens ein Symptom muss vorhanden sein. 1. Posttraumatisches Spiel: Zwanghafte Wiederholung von Themen und Aspekten des Traumas, kein Angstabbau durch das Spiel. Weniger elaboriertes und kreatives Spiel 2. Nachspielen bestimmter Aspekte des Traumas, ohne zwanghaftes Wiederholen und anderen Charakteristika des post traumatischen Spiels. 3. Wiederholte Erinnerung des traumatischen Ereignisses außerhalb des Spiel, ohne notwendiger offensichtlicher psychischer Belastung. 4. Albträume mit Bezug zum Trauma oder mit zunehmender Frequenz ohne wieder erkennbaren Inhalt. 5. Episoden mit objektiven Anzeichen eines Flashbacks oder von Dissoziation. 6. Psychische Belastung bei der Konfrontation mit Hinweisreizen.
C: Anhaltende Vermeidung von Traumahinweisreizen; Abflachung der allgemeinen Reagibilität	C: Abflachung der Reagibilität. Mindestens ein Symptom muss vorhanden sein. 1. DSM-IV-TR Kriterium entfällt

<p>(mindestens 3 Symptome)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen 2. Bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen 3. Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern 4. Vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten 5. Gefühl der Losgelöstheit oder Fremdheit von anderen 6. Eingeschränkte Bandbreite des Affekts 7. Gefühl einer eingeschränkten Zukunft 	<ol style="list-style-type: none"> 2. DSM-IV-TR Kriterium entfällt 3. DSM-IV-TR Kriterium entfällt 7. DSM-IV-TR Kriterium entfällt <p>Alternativkriterien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Einengung des Spielverhaltens 2. Sozialer Rückzug 3. Eingeschränkte Bandbreite des Affekts 4. Verlust erworbener Fähigkeiten, insbesondere im Bereich der Sprache und der Sauberkeitserziehung.
<p>D: Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (mindestens 2 Symptome)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen 2. Reizbarkeit oder Wutausbrüche 3. Konzentrationsschwierigkeiten 4. Hypervigilanz 5. Übertriebene Schreckreaktion 	<p>D: Erhöhter Arousal. Mindestens ein Symptom muss vorhanden sein.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. DSM-IV-TR Kriterium entfällt 1. Nächtliche Angstzustände 2. Einschlafschwierigkeiten 3. Nächtliches Erwachen (nicht wegen Alpträumen oder Angstzuständen) 4. Schlechtere Konzentrationsfähigkeit im Vergleich zu vor dem Trauma. 5. Übertriebene Wachsamkeit (Hypervigilanz) 6. Übertriebene Schreckreaktion
	<p>Folgende Alternativkriterien werden von Scheeringa et al. unter Kategorie E angeführt:</p> <p>E: Neue Ängste und Aggression. Mindestens ein Symptom muss vorhanden sein.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Neu auftretende Aggression 2: Neu auftretende Trennungsangst 3: Angst, alleine auf die Toilette zu gehen 4: Angst vor der Dunkelheit 5: Andere Ängste vor Dingen oder Situationen, die offensichtlich traumabezogen sind.
<p>E: Das Störungsbild dauert länger als 1 Monat</p>	<p>Anstelle der DSM-IV-TR Kategorie E führen Scheeringa et al. Kategorie F an.</p> <p>F: Das Störungsbild dauert länger als ein Monat.</p>
<p>F: Das Störungsbild verursacht klinisch bedeutsames Leiden oder Beeinträchtigung in mindestens einem wichtigen Lebensbereich</p>	<p>Die Kategorie F im DSM-IV-TR entfällt bei Scheeringa et al.</p>

Tabelle 1: Zusammenfassung von Diagnosekriterien der posttraumatischen Belastungsstörung gemäß DSM-IV-TR (Saß et al., 2003, 516) und der Alternativkriterien für das Säuglings- und Kleinkindalter (Scheeringa et al., 1995) in: Landolt, M. (2008, 32)

Komplexe Traumafolgestörungen:

Bei Individuen, die über längere Zeit, beispielsweise im Rahmen einer chronischen Kindesmisshandlung, mehrfach traumatisiert worden sind oder ein besonders schweres Monotrauma (Typ I) erlebt haben, entwickeln sich gehäuft so genannte komplexe Traumafolgestörungen, erklärt Landolt (2008, 33). Er beschreibt weiter, dass unter diesem Begriff eine Reihe von Störungsbildern zusammengefasst werden können, die in den Klassifikationssystemen teilweise nicht den Reaktionen auf schwere Belastungen, sondern anderen Oberkategorien zugeteilt sind. Beispiele sind die andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung sowie die dissoziativen und somatoformen Störungen. Teilweise werden unter den komplexen Traumafolgestörungen auch Störungsbilder angeführt, welche zum heutigen Zeitpunkt noch keinen Eingang in die Klassifikationssysteme gefunden haben und insbesondere im Kindes- und Jugendalter erst noch genauer definiert und validiert werden müssen, so der Autor weiter, und nennt als Beispiel die komplizierte oder traumatische Trauer.

Zur Entwicklung und Evaluation einer neuen Diagnosekategorie der komplexen kindlichen Traumafolgestörungen für das zukünftige DSM-V wurde laut Landolt (2008) eine Task Force des US-amerikanischen *National Child Traumatic Stress Network* gebildet. „Van der Kolk (2005) fasste vor kurzem im Namen der Arbeitsgruppe die bisher entwickelten Kriterien für die neue Diagnose mit dem Arbeitstitel *Developmental Trauma Disorder* zusammen. Es handelt sich hierbei um den ersten vielversprechenden Versuch, die Komplexität und Breite von somatopsychischen Reaktionen auf Typ-II-Traumatisierung im Kindesalter zu ordnen und mit einer einheitlichen Nomenklatur zu versehen“ (Landolt 2008, 33).

Entwicklungsbezogene Trauma-Folgestörung (Developmental Trauma Disorder)	
Kriterium A	Exposition <ul style="list-style-type: none">▪ Anhaltende Exposition gegenüber einem oder mehreren Formen von entwicklungsbeeinträchtigenden interpersonellen Formen von Traumatisierung (z.B. Trennungstrauma, Verrat, tätliche Gewalt, sexuelle Gewalt, Bedrohung der körperlichen Integrität, Gewaltandrohungen, emotionaler Missbrauch, Zeugenschaft von Gewalt und Tod)▪ Subjektive Erlebensqualität (Rage, Verrat, Angst, Resignation, Niederlage, Schamgefühle)
Kriterium B	Wiederholte Dysregulationsmuster als Antwort auf Trauma-Trigger <ul style="list-style-type: none">▪ Dysregulationszeichen (unterschiedlich stark ausgeprägt) bei Kontakt mit Hinweisreizen, wobei Veränderungen dazu tendieren, zu persistieren, und nicht zum Ruhenniveau zurückkehren; auch nicht dann, wenn der Patient sich der realen Umstände bewusst ist▪ Affektive Muster

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Somatische Reaktionsmuster (z.B. physiologische, motorische, medizinische) ▪ Verhaltensmuster (Re-Enactment, selbstverletzendes Verhalten) ▪ Kognitive Muster (z.B. Gedanken, dass sich das Trauma wiederholen könnte, Verwirrungszustände, Dissoziation, Depersonalisation) ▪ Beziehungsmuster (anklammerndes, oppositionelles, misstrauisches, überangepasstes Verhalten) ▪ Selbst-Attribution (z.B. Selbsthass, Schuldgefühle)
Kriterium C	Anhaltend veränderte Attributionen und Erwartungshaltungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Negative Selbst-Zuschreibungen ▪ Misstrauen gegenüber schützenden Bezugspersonen ▪ Verlust der Erwartung, dass andere Schutz bieten könnten ▪ Verlust an Vertrauen in den Schutz durch soziale Einrichtungen ▪ Mangelnde Gewissensfunktion bezüglich sozialer Gerechtigkeit und Sanktionen ▪ Unvermeidbarkeit späterer Viktimisierung
Kriterium D	Beeinträchtigung sozialer und anderer Funktionen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pädagogischer Bereich (Kindergarten, Schule, Ausbildung) ▪ Familie ▪ Peers ▪ Rechtliche Aspekte ▪ Beruf

Tabelle 2: Van der Kolk (2005): vorgeschlagene Diagnosekriterien für komplexe Traumafolgestörungen im Kindesalter (sog. „developmental trauma disorder“). in: Reddemann, L.; Krüger, A. (2007, 70)

Welche Auswirkungen ein Trauma tatsächlich auf ein Kind hat, hängt wiederum davon ab, wie es dieses verarbeiten kann. Die Verarbeitung eines Traumas aus psychodynamischer und somatischer Sicht und die damit zusammenhängenden Risikofaktoren, sollen somit im nächsten Teil veranschaulicht werden.

1.3. Wie wird ein Trauma verarbeitet? Zur somatopsychischen Trauma-Verarbeitung und den möglichen Einflussfaktoren

Obwohl posttraumatische psychische Reaktionen in direktem ätiopathogenetischen Zusammenhang mit einem Trauma stehen, gibt es eine Vielzahl verschiedener Faktoren, welche die Entstehung und den Verlauf solcher Reaktionen mitbeeinflussen. Als bedeutsame Risikofaktoren nennt Landolt (2004, 55) etwa den Mangel an sozialer Unterstützung, das Vorhandensein zusätzlicher Lebensbelastungen, der Schweregrad des Traumas, eine belastete Kindheit sowie eine verminderte Intelligenz. Diese vielfältigen Einflussvariablen, erklärt er weiter, bieten eine Erklärung dafür, warum nicht alle einem Trauma ausgesetzten Individuen längerdauernde psychische Störungen entwickeln.

Beim *Transaktionalen Traumabewältigungsmodell* nach Landolt (2003) wird die Bewältigung eines Traumas als aktiv gestaltetes, transaktionales Geschehen im Rahmen einer Wechselwirkung von Trauma, Kind und Umwelt verstanden. Das traumatische Ereignis wird vom betroffenen Kind nicht nur wahrgenommen, sondern auch bewertet. Ob ein Ereignis zu psychotraumatischen Reaktionen führt, so Landolt (2008, 23), hängt in besonderem Maße davon ab, wie das Ereignis vom Kind interpretiert und bewertet wird. Diese subjektiven Einschätzungen und Attributionen beeinflussen direkt und indirekt den biopsychosozialen Status des Kindes, werden aber durch Feedbackprozesse von diesem auch wiederum beeinflusst und können so verändert werden. Objektiv vergleichbare Traumata können demnach völlig unterschiedliche psychosoziale Auswirkungen haben. Die subjektiven Bewertungsprozesse – ob man beispielsweise Schuldgefühle in Bezug auf das traumatische Ereignis hat – werden von Merkmalen des Traumas (z.B. Art des Traumas), des Kindes (z.B. Alter, Persönlichkeit) und des Umfeldes (z.B. psychisches Befinden der Eltern) geformt. Die folgende Abbildung des Transaktionalen Traumabewältigungsmodelles wird hier angeführt, um einen besseren Überblick über die Einflussfaktoren, die bei der Bewältigung eines Traumas entscheidend sind zu geben.

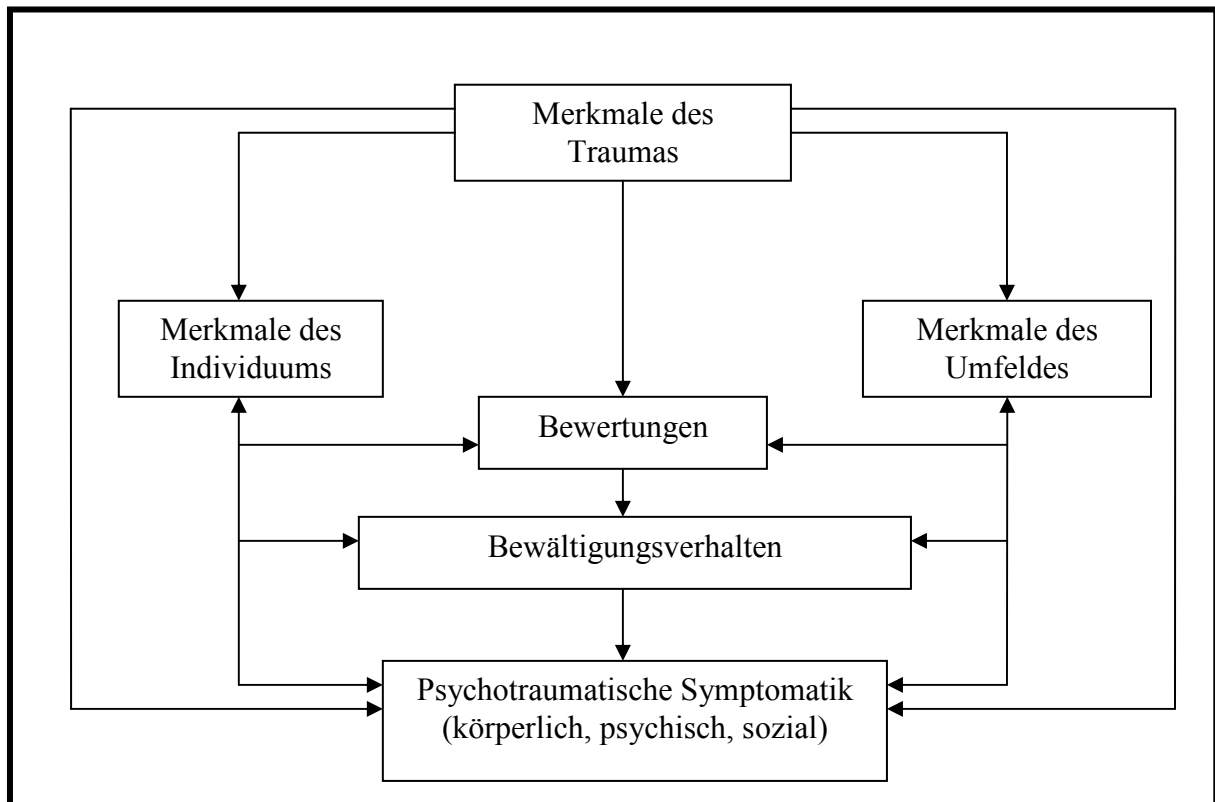


Abbildung 3 :Transaktionales Traumabewältigungsmodell (Landolt 2008, 23)

Annette Streek-Fischer et al. halten in ihrem Buch einen Teil der Beiträge zur Tagung *Körper-Seele-Trauma* fest, die im Frühjahr 1999 in Göttingen stattfand. Eine wichtige Erkenntnis daraus beschreiben die AutorInnen folgendermaßen (2001, 9 - 10): „Die gern vollzogene Trennung von Geist und Körper, von Psyche und Soma wird in Frage gestellt. Vielmehr wird diese Trennung plötzlich in der alltäglichen Arbeit zum Problem: Forscherinnen und Forscher, die sich auf somatische Prozesse konzentrieren, kommen ohne Konzepte der Psychologie, ja sogar der psychodynamischen Sichtweisen nicht recht weiter. Und Therapeutinnen und Therapeuten kommen nicht mehr umhin, in ihre Therapiestrategien die Tatsache einzubeziehen, dass sie in ihren Behandlungen mit somatopsychischen und psychosomatischen Prozessen zu tun haben, und dass sie die somatischen Konsequenzen ihres psychotherapeutischen Handelns nicht länger vernachlässigen oder gar negieren dürfen.“

Auch bei der professionellen Trauerbegleitung ist dieser Aspekt nicht außer Acht zu lassen, weshalb hier die Traumaverarbeitung sowohl von psychodynamischer als auch somatischer Seite betrachtet wird. Da in dieser Arbeit der Schwerpunkt jedoch auf der psychodynamischen Verarbeitung des Traumas gelegt wird, ist der somatische Erklärungsansatz als unterstützende Beschreibung des kognitiven Verlaufs der Traumaverarbeitung zu betrachten. Das Trauma hat so schwerwiegende Auswirkungen, sodass die Folgen sogar körperlich nachweisbar sind. Diese sind zwar für die Ableitung von Aufgaben der Trauerbegleitung mit zu berücksichtigen, jedoch nicht relevant um Unterstützungsmaßnahmen daraus zu folgern.

Die psychodynamische Dimension der Trauma-Verarbeitung:

Neben eher reflexhaften somatischen Reaktionen auf traumatischen Stress kommt es auf einer differenzierten psychodynamischen Ebene (sekundär) zu kognitiven Reaktionsmustern, auf welche nun näher eingegangen werden soll.

Fischer und Riedesser (1998, 352) erklären, dass Selbstschutzmaßnahmen auf eine Schadensbegrenzung und traumakompensatorische Vorkehrung abzielen, im Sinne des Versuchs, mit einer Erfahrung zu leben, mit der sich nicht leben lässt. Zentrales Agens im Traumatischen Prozess ist die dynamische Spannung zwischen Traumaschema, das die traumatischen Eindrücke und Erinnerungsbilder speichert und traumakompensatorischem Schema als der Basisstrategie kompensatorischer Selbstschutzmaßnahmen.

„Psychodynamik bezeichnet seit Freud das Verständnis seelischer Phänomene aus einem Gegeneinander psychischer Kräfte heraus, z. B. von Triebwunsch und Abwehr. Deren Gleichgewicht ist nicht stabil, sondern fließend und muss fortlaufend überwacht bzw. wieder

hergestellt werden. Erneute ‚Kompromisse‘ zwischen den gegenläufigen Tendenzen gehen meist mit der Bildung von Symptomen einher nach der klassischen Faustregel: das Symptom ist eine Kompromissbildung zwischen Triebimpuls und Abwehrkräften.“ (Fischer; Riedesser 1998, 347). Die Autoren erklären weiter, dass in der Psychotraumatologie dem Gegeneinander von Traumaschema und traumakompensatorischem Schema⁴ eine vergleichbare Bedeutung zukommt. Das Traumaschema tendiert fortlaufend zur stimulusgebundenen Reproduktion, was einer erneuten Traumatisierung der Persönlichkeit gleichkäme. Wegen dieser dynamischen Reproduktionstendenz des Traumaschemas muss auch die Strategie des traumakompensatorischen Schemas fortlaufend überarbeitet und weiterentwickelt werden. Wie beim dynamischen Aspekt der psychoanalytischen Metapsychologie, bilden sich psychotraumatische Symptome, als Kompromiss zwischen den gegensätzlichen Tendenzen, im Sinne einer zumindest vorübergehend stabilen minimalen Kontrollmöglichkeit. Bricht das traumakompensatorische Schema zusammen, so reproduziert sich das Traumaschema, dazu wird in diesem dekompenzierten Zustand die elementare Kampf- oder Flucht tendenz des Traumaschemas wieder mobilisiert (vgl. Fischer; Riedesser 1998, 347). Da so die Symptombildung von der relativen, dynamischen Balance zwischen Traumaschema und kompensatorischem Schema abhängig ist, können Symptome im Verlauf des traumatischen Prozesses wechseln, so führen die Autoren (1998, 352) weiter aus. Hierin besteht auch die Schwierigkeit eines rein klassifikatorischen Umgangs mit psychotraumatischen Symptomen.

Das Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung von Fischer und Riedesser ist in ihrem Lehrbuch der Psychotraumatologie (1998, 58 - 119) ausführlich dargestellt. Hier sollen nur die wichtigsten Merkmale wiedergegeben werden, um einen Überblick des psychodynamischen Vorgangs nach einer Traumatisierung zu geben.

Die Analyse traumatischer Situationen, so beschreiben es die Autoren (1998, 115), muss neben den traumatogenen Situationsfaktoren und ihrem objektiven Zusammenwirken auch das *Zentrale Traumatische Situationsthema* berücksichtigen, welches sich aus der Verzahnung von objektiven Gegebenheiten und subjektiver Bedeutungszuschreibung auf dem Hintergrund der persönlichen Lebensgeschichte bildet. An diesem Punkt entwickelt sich das *Traumaschema*, welches als zentrales, in der traumatischen Situation aktiviertes Wahrnehmungs- und Handlungsschema gesehen wird, das die traumatische Erfahrung im Sinne eines unterbrochenen Handlungsansatzes mit Kampf- bzw. Flucht tendenz im Gedächtnis speichert. Das Traumaschema wird durch eine Diskrepanz von Wahrnehmung

⁴ Eine Erklärung des Traumaschemas und des traumakompensatorischen Schemas ist im fortlaufenden Text zu finden.

und Handlung bestimmt und folgt einer Tendenz zur Wiederaufnahme und Vollendung der unterbrochenen Handlung. Diese kann die passive Form des Wiederholungszwangs annehmen und führt dann zu einer unbewussten Reproduktion der traumatischen Situation, wohingegen die aktive Wiederholung im Dienste der Vollendungstendenz steht, so die Autoren (1998, 15). Das Traumaschema ist als Ausdruck des Regulationsverlustes in der traumatischen Situation zu verstehen. Es speichert die Erinnerung an den Ereignisablauf, die peritraumatischen Erlebnisphänomene sowie ein Bild des Subjekts in hilfloser, ungeschützter Verfassung angesichts einer extrem bedrohlichen Lage. Unter der traumatischen Situationserfahrung bleibt das Zusammenspiel von Wahrnehmung und Handlung zwar im Prinzip erhalten, es wird jedoch dauerhaft beeinträchtigt und erschüttert.

Die Autoren (1998, 116) definieren, von einem situationistischen Verständnis des Traumas ausgehend, dieses als „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“. Es wird weiter beschrieben, dass sich die peritraumatischen Phänomene eines veränderten Zeit-, Raum- und Selbsterlebens aus der Tendenz des Individuums ergeben, das Gleichgewicht mit der Umwelt aufrechtzuerhalten bzw. in veränderter Form fortzusetzen. Hilflosigkeit entsteht aus dem Kompetenzverlust, der in einer Verallgemeinerung der traumatischen Desillusionierung dem Selbst als Versagen zugeschrieben wird. Wenn die traumatische Situation in paradigmatischer Weise als repräsentative Situation gestaltet ist und/oder subjektiv so aufgefasst wird, kommt es zu einer Erschütterung des bisherigen Selbst- und Weltverständnisses. Menschlich verursachte Desaster und Beziehungstraumata erschüttern primär das kommunikative Realitätsprinzip⁵, natürliche Desaster und Ereignisse höherer Gewalt vor allem die Grundannahmen des pragmatischen Realitätsprinzips⁶, so die Autoren weiter.

Fischer und Riedesser (1998, 116) unterteilen die vorrangig betroffenen Schemata in (affektiv-kognitive) Beziehungsschemata beim kognitiven Realitätsprinzip und in Sachschemata beim pragmatischen Realitätsprinzip. Der Normalfall der menschlichen Realitätsorientierung, so die Autoren, ist das Zusammenspiel von Beziehungs- und Sachschemata, von interpersoneller und gegenständlicher Orientierung.

⁵ „Das kommunikative Realitätsprinzip (ist; Anm. d.V.) durch gegenseitige Abstimmung von Erwartungen zwischen Personen, was immer auch ein soziales Vertrauensverhältnis impliziert (bestimmt; Anm. d. V.) (Fischer; Riedesser 1998, 349).

⁶ „Das pragmatische Realitätsprinzip ist durch die Logik erfolgskontrollierten Handelns vor allem im Umgang mit Gegenständen bestimmt“ (Fischer; Riedesser 1998, 349).

Im peritraumatischen Erleben der Expositionsphase werden dissoziative Erlebnisphänomene als Erfolg von Reorganisationsversuchen des Subjekts in der Wahrnehmung und Handlung verständlich. Im postexpositorischen Zeitraum zielt die Traumaverarbeitung hingegen darauf ab, Erlebnisinhalte und Form des Traumaschemas aufzuarbeiten und in den kognitiv-affektiven Wissensbestand, also das schematisierte Wissensrepertoire, der Persönlichkeit zu integrieren, erklären die Autoren.

Ein Verarbeitungsmechanismus des psychobiologischen Systems ist hier der Wechsel der Phasen von Verleugnung und Intrusion, wobei der Verarbeitungsprozess in diesen Phasen entgleisen kann. Der ursprünglich traumatische Erlebniszustand zum einen kann als Panikzustand fortbestehen, dann wird der Betroffene dauerhaft von unkontrollierbarer Erregung überflutet und reaktiv psychotische Episoden mit Verlust des Raum- und Zeitgefühls können dabei auftreten. Zum anderen kann sich die Vermeidungs- oder Verleugnungsphase verfestigen und sogenannte *frozen states*, eingefrorene Erlebniszustände mit psychovegetativen und psychosomatischen Reaktionen fixiert werden, so die Autoren.

Eine andere Variante stellt das Psychotraumatische Belastungssyndrom mit gleichzeitiger Aktivierung von Verleugnungs- und Intrusionsphase oder kurzfristigem Wechsel beider Phasen dar. Die Dynamik der traumatischen Reaktion ist durch das Gegenspiel zwischen Vollendungstendenz und der Notwendigkeit von Kontrolloperationen bestimmt, welche eine erneute Reizüberflutung und eventuelle Retraumatisierung verhindern sollten. Wenn der traumatische Reaktionszyklus trotz zeitweiliger Entgleisungen abgeschlossen werden kann, ist ein Zustand relativer Integrität wiedergewonnen, welcher es dem Individuum ermöglicht, sein Leben fortzusetzen und vom Opfer zum *Überlebenden* des Traumas zu werden, erklären die Autoren weiter.

Bei relativ ungenügendem Abschluss der postexpositorischen Phase, auch posttraumatische Phase genannt, kommt es zum traumatischen Prozess, welcher durch den Versuch gekennzeichnet ist, sich an eine unerträgliche Erfahrung anzupassen. Es wird versucht mit ihr zu leben, ohne sich mit ihr wirklich konfrontieren zu können. Bei genereller Schwäche der Kontrollfunktionen, so Fischer und Riedesser (1998, 351), entwickelt sich ein chronisches psychotraumatisches Belastungssyndrom mit intrusiver Symptomatik. Bei überstarken, starren Kontrollmaßnahmen, die bei einer Erfahrung von Extremtraumatisierung überlebensnotwendig sein können, kann es zu einer generellen Erstarrung der Persönlichkeit mit Verlust der emotionalen Spontaneität kommen.

In weniger extremen Fällen ist das Persönlichkeitssystem bestrebt, die traumatische Erfahrung durch defensive Umbildung schematischer Strukturen und Organisationsprinzipien zu

kontrollieren. Die wichtigste Kontrollstrategie ist der Entwurf des *kompensatorischen Schemas*, so Fischer und Riedesser (1998, 351). Diese besteht aus drei Komponenten: einer ätiologischen Theorie, welche aus Annahmen über das Entstehen des Traumas besteht, einer Heilungstheorie, die Annahmen über die Heilung des Traumas beinhaltet und einer präventiven Theorie, welche Sichtweisen über die Vermeidung einer Retraumatisierung beinhaltet. Diese Komponenten, so die Autoren weiter, sind logisch aufeinander bezogen, basieren jedoch bereits auf einer traumatischen Erfahrung, welche entsprechend ihrer Speicherung im Traumaschema nur unvollständig zugänglich ist und häufig in wichtigen Teilaspekten nur implizit erinnert werden kann. Die traumakompensatorischen Maßnahmen erwecken daher einen, irrationalen, unzweckmäßigen Eindruck, während es sich um subjektiv sinnvolle Maßnahmen handelt. Eine wesentliche Funktion, so Fischer und Riedesser (1998, 116) besteht in der kompensatorischen Umkehr des Traumaschemas, welche aus hilfloser Abhängigkeit Sicherheit und aus Schwäche Stärke usw. werden lässt. Da das Traumaschema parallel fortbesteht, die traumatische Erfahrung aber kognitiv nicht durchdrungen werden kann, nimmt auch das kompensatorische Schema einen übersteigerten, oft illusionären Charakter an. Bei Kindheitstraumen wird das traumakompensatorische Schema auf dem entsprechenden Niveau der kognitiven Entwicklung und der dadurch gegebenen Begrenzung ausgearbeitet. Deshalb sind das Schema und seine Komponenten oft durch eine magisch anmutende egozentrische Denkweise bestimmt, die dem frühen kognitiven Egozentrismus des Kindes entspricht, erklären die Autoren (1998, 351).

Das Traumaschema und das kompensatorische Schema sind also, wie bereits oben erwähnt, die zentralen dynamischen Anteile im traumatischen Prozess. Das kompensatorische Schema entwirft ein verändertes Script⁷ oder Drehbuch, in dem die traumatische Erfahrung zwar enthalten ist, allerdings in erträglicher Dosierung und Verarbeitung.

⁷ „Das Traumascript ist Ergebnis einer traumakompensatorischen Strategie, die darauf abzielt, die traumatische Erfahrung in einzelne, vergleichsweise erträgliche Segmente zu unterteilen. Nach dem Drehbühnenmodell wird ein Abschnitt, eine Sequenz des Scripts in den Vordergrund gerückt, um eine überschaubare und im Sinne des minimalen kontrollierten Handlungsfeldes kontrollierbare Szenerie zu schaffen“ (Fischer; Riedesser 1998, 351)

Dies wird durch eine *vertikale* und *horizontale Dissoziation*⁸ erreicht oder die *Fragmentierung* integrierender Strukturen. Die horizontale Kontrolloperation, so Fischer und Riedesser (1998, 351), zerlegt das Traumascript in einzelne Fragmente oder Szenen, die den Konflikt von Trauma und Kompensation relativ zufrieden stellend zu durchleben gestatten, ohne eine direkte Stimulation des Traumaschemas befürchten zu müssen. Die horizontale Kontrolle knüpft dabei an die dissoziativen Momente des peritraumatischen Erlebens an. Die Scriptfragmente entsprechen persönlichkeitsstypischen Erlebniszuständen, welche jeweils durch eine charakteristische Stimmung und spezifische Beziehungsmuster gekennzeichnet sind. An dieser charakteristischen Stimmungslage kann auch ein außenstehender Beobachter die unterschiedlichen Erlebniszustände (*states of mind*) einer Persönlichkeit erkennen, welche wiederum das Resultat der zustandsspezifischen Kompromissbildung zwischen Traumaschema und Kompensationsbemühungen sind.

Scriptsegmente und zustandsspezifische Beziehungsmuster sind, so die Autoren, in einer jeweils spezifischen Weise vom metakognitiven Selbstbezug des Subjekts, seinem zentralen Ich-Selbst-Konzept isoliert. Bei der horizontalen Fragmentierung wird der Zusammenhang mit den übrigen Scriptfragmenten, mit der Gesamtheit des Drehbuchs unterbrochen, wobei das Bewusstsein des Subjekts als Regisseur der jeweiligen Inszenierung verloren geht, um die Wiederkehr der traumatischen Erinnerung zu vermeiden. Bei einem Wechsel der Szene wechselt sozusagen das Bühnenbild. Auch innerhalb der einzelnen Erlebniszustände ist der metakognitive Selbstbezug, das Merken des Merkens und das Merken des Wirkens verändert. Die Art und der Schweregrad der traumatischen Situationserfahrung und die Verfügbarkeit protektiver und korrektiver Faktoren entscheiden, ob und wie weit im traumatischen Prozess auch die Identität in die Scriptfragmentierung einbezogen wird, so die Autoren weiter.

Im Folgenden wird anhand der Grafik eine Übersicht über die Komponenten psychischer Traumatisierung und das Verlaufsmodell gegeben, welche zur Veranschaulichung des eben Beschriebenen dienen soll.

⁸ Nach Fischer und Riedesser stellt die Dissoziation „im traumatischen Prozeß eine Folge psychotraumatischer Abwehr dar, die Selbstschutz und Integrität durch ‚Selbstverdopplung‘ gewährleisten soll. Das Selbst nimmt gewissermaßen die Gespaltenheit des Objekts auf sich, solange sie am traumatogenen Person-Objekt nicht erkannt werden kann. So existiert ein unversehrter Selbstanteil neben dem traumatisch geschädigten fort. Im Traumascript werden die Erlebniszustände einschließlich ihrer spezifischen Beziehungsschemata in erträgliche Sequenzen eingebunden. Dissoziative Erlebniszustände können entsprechend dem Zustandswechselmodell unterscheidbare physiologische Reaktionsmuster wie EEG, Blutwerte oder visuell evozierte Potentiale aufweisen“ (Fischer; Riedesser 1998, 342)

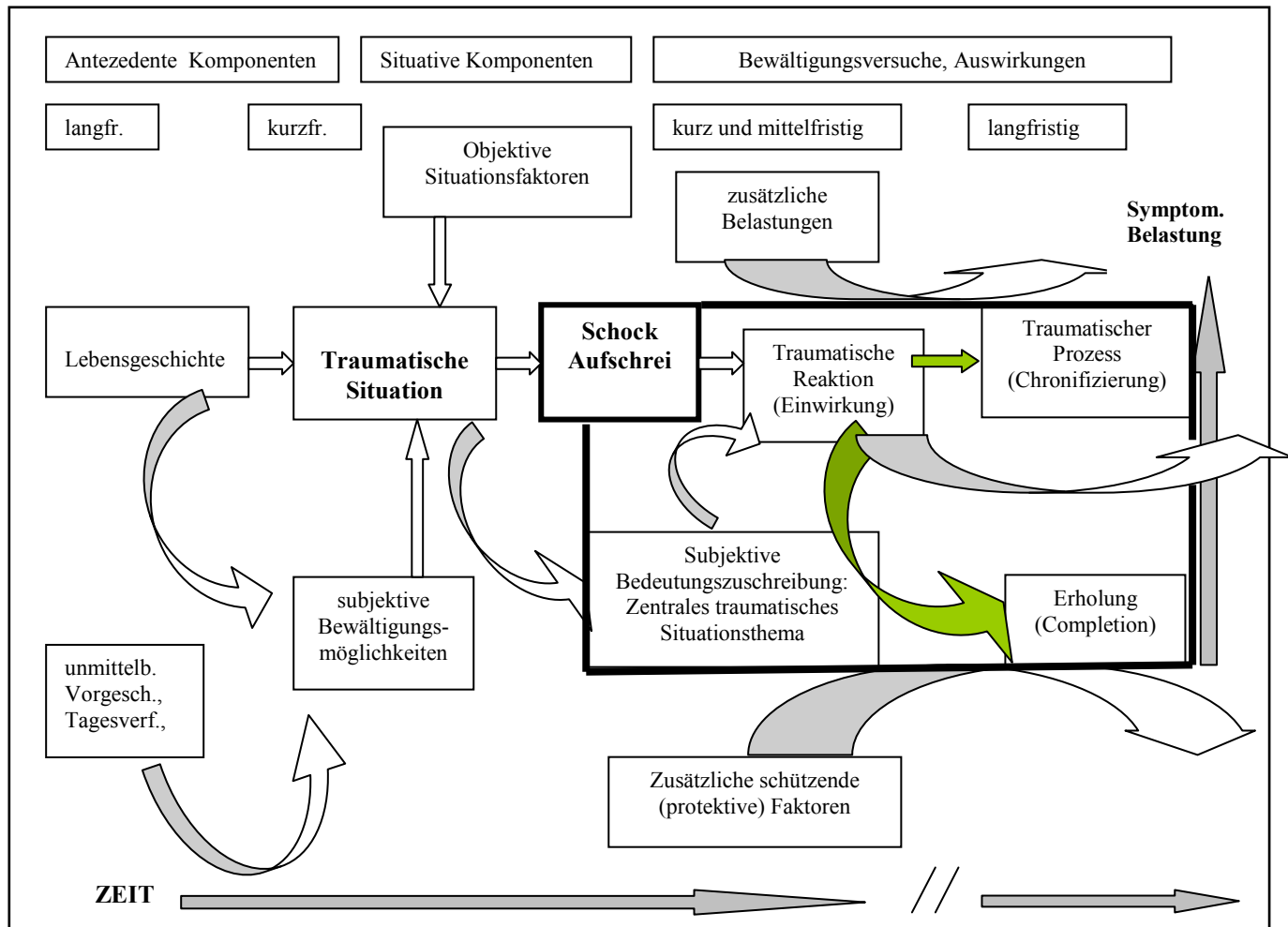


Abbildung 4: Überblick über das Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung. in: Fischer, G.; Riedesser, P. (1998, 118)

Erklärung zur Grafik:

Im rechten Teil geht die Grafik in ein Diagramm über, welches nach rechts durch die Zeitachse und nach oben durch die Symptomstärke definiert ist. Die grünen Pfeile in diesem Bereich symbolisieren idealtypische Verläufe, in denen anfänglich gleich starke Symptome, welche durchaus als adaptive Schutzmechanismen fungieren, entweder einen chronischen Verlauf nehmen oder in einen Erholungsprozess übergehen. Zu ergänzen wären hier Verläufe, so Fischer und Riedesser (1998, 119), bei denen auch anfänglich keine auffälligen Reaktionen festgestellt werden können, und die auch keine späteren Symptome zeigen. Der dünne Pfeil, welcher sich von links nach rechts durch die gesamte Grafik zieht, symbolisiert die individuelle Bedeutungszuschreibung, die sich aus der Lebensgeschichte und Situationsfaktoren entwickelt, postexpositorische Einflüsse und eigendynamische Effekte entstandener Symptome aufnimmt und schließlich ein individuell konstelliertes Belastungssyndrom determiniert (vgl. Fischer; Riedesser 1998, 119)

Fischer und Riedesser (1998, 119) erläutern, dass korrektive Umgebungsfaktoren den Übergang in die Erholungsphase entscheidend erleichtern können. Sie weisen jedoch auch

darauf hin, dass die postexpositorische Phase als besonders vulnerabler Zeitabschnitt zu sehen ist, in dem schon geringe zusätzliche Belastungen eine pathogene Entwicklung fördern können. Helfenden Personen kann hier eine präventive Bedeutung zukommen, weshalb es wichtig ist, dass diese geschult sind und die Hilfsmaßnahmen auf den natürlichen Erlebnisverlauf und Verarbeitungsprozess der Betroffenen abgestimmt werden.

Bei Kindern, so Reddemann (2007, 55) ist es besonders wichtig, den kognitiven Entwicklungsstand zu beachten, der für das Ausmaß der schädigenden Wirkung sowie die Verarbeitungsmöglichkeiten traumatischer Erlebnisse von besonderer Bedeutung ist. Kognitionen, schreibt sie weiter, sind fassbare, nachvollziehbare und kommunizierbare Korrelate der seelischen Verwüstung, der eine Traumatisierung entspricht. Dies sind teils bewusste, teils unbewusste Erinnerungsspuren, welche sich akut nach einem traumatischen Erlebnis im Sinne eines *Traumascemas* im Gedächtnisapparat festsetzen und den besonderen Gedächtnisfunktionen nach traumatischer Stresserfahrung folgen. Weiter sind dies Vorstellungen über die Ursachen, die Vermeidung einer neuerlichen traumatischen Situation sowie Heilungsfantasien nach Traumatisierungen im Sinne des *Traumakompensatorischen Schemas*, wie bei Fischer und Riedesser (siehe oben) beschrieben, welche auch bei kleineren Kindern zu finden sind. Die Gestaltung dieser Vorstellungen ist von den Möglichkeiten des kognitiven Auffassungs- und Verarbeitungsvermögens des Kindes abhängig.

Reddemann führt weiter aus, dass sowohl das *Traumascema* als auch das *Traumakompensatorische Schema* hilfreiche theoretische Konstrukte sind, um die psychodynamisch relevanten Aspekte der Trauma-Verarbeitung, des sogenannten traumatischen Prozesses im Kind und dessen sozialen Umfeld, erfassen zu können. Um mit einem traumatisierten Kind therapeutisch arbeiten zu können, sollten diese Zusammenhänge erkannt werden. Aber nicht nur für die therapeutische Arbeit ist dies notwendig, sondern auch für eine Trauerbegleitung als präventive Maßnahme.

Dazu sollte man verstehen, wie ein Kind und die beteiligten Bezugspersonen die traumatische Situation gespeichert haben und welche inneren Bilder sich bezüglich der Katastrophe im Gedächtnis bildeten und so die weitere Wahrnehmung und das Handeln des Kindes und seines Umfeldes bestimmen.

„Aspekte der beiden Erinnerungs- und Vorstellungsbereiche sind sozusagen die psychische Triebfeder für zukünftige Wahrnehmungen, Empfindungen und Handeln in der Zeit nach der Katastrophe, die im Sinne der Prozesshaftigkeit des Geschehens im Zeitverlauf in Teilen variieren können und ständig abgeglichen werden müssen“ (Reddemann 2007, 56).

Wie bereits oben erwähnt, soll ein Überblick über die somatische Verarbeitung eines Traumas gegeben werden, welcher unterstützend zu der psychodynamischen Erklärung angeführt wird.

Neurobiologie des Traumas:

Reddemann (2007, 54) erklärt in ihrem Buch über *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie für Kinder und Jugendliche*, dass es nach einer Traumatisierung zu automatisierten, mehr „psycho-somatischen“ Erscheinungen kommt, welche im Symptomkomplex der Posttraumatischen Belastungsstörung beschrieben werden und die z. T. im Sinne einer fehlgeschlagenen biologisch determinierten Kampf- oder Fluchtreaktion nachvollziehbar auch bei primitiveren Säugetieren eruiert werden können. Einige dieser Symptome sind offenbar direkter Ausdruck veränderter neuronaler und endokriner Prozesse nach extremem Stress, andere sind als Reaktionen auf diese Automatismen zu sehen.

Die bekannten Symptomkomplexe, welche als Alarmreaktion bei Mensch und möglicherweise auch höher entwickelten Tieren zu finden sind, werden bei Reddemann (2007, 54) folgendermaßen angeführt:

1. Übererregungszeichen (Unruhe, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen etc.)
2. Intrusives Erleben (Flashbacks, pseudohalluzinative Wahrnehmungen, die alle Sinnesqualitäten berühren können)
3. Vermeidungszeichen (ein Ausweichen von Situationen, die als Trigger für Intrusionen wirken könnten, dissoziative Symptome, emotionale Abstumpfung etc.)

Bei Kindern sind noch eine Reihe weiterer Symptome zu finden, welche diesen eher psychosomatischen Symptomen zuzuordnen sind und die als kindertypische Verarbeitungsmodi verstanden werden können, so die Autorin. Es entsteht insgesamt der Eindruck, so Reddemann weiter, dass mehr regressive Reaktionsweisen vorherrschen als bei Erwachsenen. All diese Symptome werden jedoch nicht als pathologisch betrachtet, sondern als Anzeichen einer regelhaften Verarbeitung der überwältigenden Erlebnisse. Erst über längere Zeit chronifiziert hat das Fortbestehen der Symptome einen Krankheitswert. Sowohl beim Erwachsenen als auch beim Kind und Jugendlichen sind sie dann Ausdruck einer bisher (in Teilen) misslungenen Verarbeitung.

Auch Landolt (2008, 15) beschreibt, dass eine Reihe von Traumafolgesymptomen mit nachweisbaren biologischen Korrelaten einhergehen, die sich als Stressreaktionen des Körpers interpretieren lassen und Ausdruck einer neurobiologischen Dysregulation sind,

welche im Kindesalter zwar noch nicht ausreichend untersucht wurde, aber eine sehr bedeutsame Rolle in der Entwicklung und Aufrechterhaltung psychopathologischer Symptome zu spielen scheint.

Der Autor beschreibt, dass ein akutes Stressereignis über die Projektionen der Amygdala⁹, die Freisetzung von Noradrenalin, Adrenalin und des Neuropeptids Y aus dem Locus coeruleus¹⁰ aktiviert, welche die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse aktivieren und so zur primären physiologischen Stressreaktion führt. Dabei könnte angenommen werden, dass bei chronischem Stress, wie er bei Menschen mit Traumafolgestörungen vorliegt, dauerhaft erhöhte Cortisolspiegel erwartet werden könnten, was jedoch aufgrund der Forschungslage nicht bestätigt werden kann.

Auch auf neuroanatomischer Ebene wurden laut Landolt bei Menschen mit Traumafolgestörungen typische Veränderungen beobachtet. Besonders gut untersucht sind dabei die Amygdala sowie der Hippocampus¹¹, welcher eine wichtige Funktion bei komplexen Lern- und Gedächtnisprozessen innehat, die bei traumatisierten Individuen oft beeinträchtigt sind. Neuere Studien mit modernen bildgebenden Verfahren haben gezeigt, dass Stress zu neuronalem Zelluntergang führen kann, der sich anatomisch in einer hippocampalen Atrophie¹² und neuropsychologisch in verringerten Lern- und Gedächtnisleistungen widerspiegeln kann, so der Autor. Eine stressbedingte, hippocampale Atrophie könnte demnach dazu beitragen, dass traumaspezifische Reize nicht im expliziten Gedächtnis (Hippocampus), sondern im impliziten Gedächtnis (Amygdala) fragmentiert als zusammenhanglose Sinneseindrücke olfaktorischer, akustischer, visueller oder kinästhetischer Art gespeichert werden. Allerdings stellt sich auf Grund neuerer Forschungsbefunde die Frage, so der Autor weiter, ob das Hippocampusvolumen tatsächlich auf Grund einer posttraumatischen Schädigung kleiner wird oder ob bei Individuen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) der Hippocampus vielleicht schon vorher

⁹ **Amygdala** w [von griech. amygdale = Mandel]: Der *Mandelkern*, ist ein an der medialen Spitze des Temporallappens unmittelbar vor dem Hippocampus gelegenes Kerngebiet, welches zum limbischen System gerechnet wird. Ein Teil der Amygdala erhält Informationen aus sämtlichen Sinnessystemen und beeinflusst die Freisetzung von Stresshormonen und das vegetative Nervensystem. Deren Aktionen wirken als *Gefühle* wieder auf das Gehirn zurück. Die Amygdala ist also eine zentrale Verarbeitungsstation für externe Impulse und deren vegetative Auswirkungen; sie wird als diejenige Hirnstruktur betrachtet, die für die *emotionale Einfärbung von Informationen* zuständig ist (vgl. Hanser 2000, 65).

¹⁰ **Locus coeruleus** m [latein. = blaue Stelle]: eine blau erscheinende Neuronengruppe, die sich an der caudalen Grenze des Mesencephalons befindet; von ihr entspringen noradrenerge Bahnen (vgl. Hanser 2000, 317).

¹¹ **Hippocampus** m [von griech. Hippokamos = Seepferdchen]: Bezeichnung für die eingerollte mediale Wand der Großhirnhemisphäre, die eine zentrale Schaltstation des limbischen Systems ist, (vgl. Hanser 2000, 139).

¹² **Atrophie** w [von griech. Atrophia = Auszehrung]: lokaler oder allgemeiner Schwund von Körpersubstanz, der durch qualitativ oder quantitativ mangelhafte Ernährung, Krankheit oder Bewegungsmangel hervorgerufen werden kann. Atrophie bedeutet ein Überwiegen der abbauenden gegenüber den aufbauenden Stoffwechselprozessen und kann eine Zelle, ein Gewebe, Organ, Organsystem oder den gesamten Körper betreffen (vgl. Hanser 2000, 119).

reduziert war und damit einen Vulnerabilitätsfaktor darstellt. Das würde bedeuten, dass Menschen mit vorbestehend kleineren Hippocampi ein erhöhtes Risiko für Traumafolgestörungen aufwiesen.

Landolt (2008, 16) erklärt weiter, dass, basierend auf derlei neurobiologischen Befunden in der Psychotraumatologie der letzten Jahre, eine Reihe von pathogenetischen Modellen entstanden sind. Das Modell der *gestörten Informationswahrnehmung* gewinnt zunehmend an Akzeptanz. Dabei wird davon ausgegangen, dass Informationen ohne Bedrohungseinschätzung zentralnervös über die Kette Thalamus-Amygdala-Hippocampus-medialer präfrontaler Cortex ins explizite Gedächtnis und damit in einen Kontext von Ort, Zeit und Faktizität des Ereignisses eingeordnet werden. Die Einbettung in den Raum-Zeit-Kontext ermöglicht einerseits die Regulation von Stress und intensiven Gefühlen und bietet zudem die Möglichkeit einer narrativen Symbolisierung. Werden Wahrnehmungen allerdings als (lebens)bedrohlich eingeschätzt und steht in der Situation keine adäquate Reaktionsweise zur Stressregulation zur Verfügung, so wird die Informationskette zum präfrontalen Cortex unterbrochen und es kann keine Einordnung der Ereignisse stattfinden. Somit wäre die Fähigkeit zur Emotionsregulation gestört. In der Folge bewirken Auslösereize (sogenannte Trigger), die den Betroffenen wieder an das traumatische Ereignis erinnern, unkontrollierbare intrusive Gefühle, Bilder und Körperempfindungen wodurch ein Vermeidungsverhalten aktiviert wird.

Leider, so Landolt weiter, gibt es zum jetzigen Zeitpunkt nur sehr wenige Studien zur Traumabiologie im Kindesalter. Dies ist umso bedauernswerter, führt er aus, als davon ausgegangen werden muss, dass der sich entwickelnde kindliche Organismus und vor allem das kindliche Gehirn besonders vulnerabel auf chronische Stressoren sind und mit andauernden, vielleicht sogar irreversiblen neurobiologischen Abnormalitäten reagieren. In neueren Forschungsarbeiten zu dem Thema wird befürchtet, dass wahrscheinlich die ersten drei Lebensjahre eine besonders kritische Entwicklungsperiode darstellen. In diesem Alter erfolgen die rasante Synapsenbildung und die erfahrungsabhängige Reifung wichtiger kortikaler Strukturen. Eine chronische Traumatisierung im frühen Alter beeinträchtigt für die kindliche Entwicklung fundamentale Organisationsprozesse wie Bindungsaufbau, Affektregulation, Impulskontrolle und Aufbau eines integrierten Selbstempfindens.

Wie bereits oben erwähnt, ist der kognitive Entwicklungsstand des traumatisierten Kindes entscheidend wie ein Trauma verarbeitet werden kann, weshalb hier eine Skizzierung der Entwicklungsschritte gegeben wird.

1.4. Wie verarbeiten Kinder ein traumatisches Erlebnis? Zur Entwicklungspsychologie und –pathologie des Traumas

„Zu den herausragenden Leistungen der Wissenschaft vom Menschen zählt die subtiler werdende Beschreibung der Entwicklung des Kindes als eines bio-psycho-sozialen Wesens, seiner ersten (psychologischen) und seiner zweiten (psychosozialen Natur, die durch ‚Brückenkonzepte‘ (z.B. Triebentwicklung, Bindungsentwicklung) von Brückenwissenschaften (wie der Psychoanalyse und der Humanethologie) beschrieben werden“ (Riedesser; Fischer; Schulte-Markwort 1998, 79).

Diese Sichtweise, so die Autoren weiter, haben PsychoanalytikerInnen in der Tradition von Sigmund Freud gebahnt, der unter anderem durch die Betonung der Bedeutung kindlicher Erlebnisse und Phantasien für die spätere Entwicklung von Symptomen und Charakterstrukturen eine erste entwicklungsorientierte Perspektive formulierte, welche von Anna Freud durch die explizite Formulierung von *Entwicklungslinien* systematisch entfaltet wurde. Die weiteren entwicklungspsychologischen und –pathologischen Forschungen dieser Pioniergeneration sind verbunden mit den Namen René Spitz, John Bowlby, Erik Erikson, Donald Winnicott, Judith Kestenberg und Margaret Mahler, die spezielle Erforschung der Linien der kognitiven Entwicklung mit dem Namen Jean Piaget, der sein Lebenswerk genetische *Epistemologie* nannte. Diese Lehre also beschreibt die, in verschiedenen Phasen ablaufende Entwicklung der Fähigkeit des Kindes, immer komplexere intellektuelle Operationen durchführen zu können (vgl. Riedesser; Fischer; Schulte-Markwort 1998, 79).

„Kognitionen als Narrative – gesprochen, gespielt, gemalt, getanzt – können Helfen, das Unsagbare in der traumatischen Situation zu integrieren, in der kreativen Distanz zur Realität archaische Wut zu artikulieren, Leidvolles zu betrachten, Abschied zu nehmen von der ‚heilen Welt‘. Sie schaffen einen Unterschied zwischen der Zeit der Traumatisierung und der Zeit danach, schaffen in diesem Moment einen Raum, um nach vorne schauen zu können durch ein zunächst kleines Fenster in eine Welt nach dem Trauma“ (Reddemann 2007, 38).

Ein Kind, führt Reddemann (2007, 38) weiter aus, versteht die Welt, je kleiner es ist, mehr oder weniger über die Wahrnehmung des Erwachsenen als Vermittler und Begleiter, den es als „reales Helferwesen“ wahrnimmt. Kognitionen, auch hilfreiche Imaginationen, sind letztlich in Gedanken kondensierte menschliche Erfahrung, die eng an Emotionen geknüpft, im Beziehungserleben gewachsen sind.

Diese reale Abhängigkeit des Kindes vom Erwachsenen stellt die größte Herausforderung für Therapeuten und das weitere soziale Umfeld des Kindes dar. Hieraus ergeben sich Chancen aber auch Risiken bezüglich der Entwicklung des traumatisierten Kindes oder Jugendlichen, so Reddemann (2007, 38).

Die einzelnen Entwicklungsstufen und die jeweils mögliche Traumaverarbeitung sollen hier näher beschrieben werden.

a) Die senso-motorische Phase (0 bis 1,5 Lebensjahre)

Säuglinge und Kleinkinder, so Reddemann (2007, 39), erleben die Welt zu Beginn hauptsächlich durch Wahrnehmungen über oral-taktile, später zunehmend auch über andere Sinnesorgane. Eine Trennung von der Mutter, Mangel an Nahrung, Wärme, ausreichende Ruhe, Regelmäßigkeit der Lebensabläufe, Reizüberflutung können schnell eine existenzielle Bedrohung darstellen.

„Wenn Entwicklungsaufgaben als Anpassungsaufgaben in einer bestimmten Lebensperiode definiert werden, so ist die primäre Aufgabe des Säuglings und Kleinkindes die aktive Mitwirkung am Aufbau eines Kommunikations- und Bindungssystems mit den primären Bezugspersonen; der aktive Beitrag des Kindes besteht darin, durch adäquate Signale (Lächeln, Schreien, etc.) die zentrale(n) Bezugsperson(en) in ihrem Beelterungsverhalten zu stimulieren, welches auf biologisch verankerten Verhaltensschemata aufbaut, die psychosozial moduliert sind“ (Riedesser; Fischer; Schulte-Markwort 1998, 81). Gelingt der Aufbau dieses Dialoges, beschreiben die Autoren weiter, so werden dadurch *affektiv-kognitive Erfahrungsbausteine* geschaffen, welche als Repräsentanzen von Interaktionen gespeichert werden und die Basis für das von Erikson so genannte *Urvertrauen* darstellen.

Eine „Bespiegelung“ des Säuglings durch die verbalen, körperlichen und mimischen Reaktionen der Mutter, die liebevolle Zuwendung und der „Glanz in den Augen der Mutter“ eröffnen dem Menschen die Fähigkeit zur Mentalisation, der Einfühlung in das Empfinden des Gegenübers, welche als notwendige Voraussetzung jedweder sozialer Kompetenz gesehen werden kann (vgl. Reddemann 2007, 39). Dies beinhaltet den Beginn einer guten Besetzung der Selbstrepräsentanz und ermöglicht den angstfreien Aufbau einer davon getrennten, grundsätzlich gutartigen Objektrepräsentanz. So entsteht auch auf der Basis eines optimistischen *Social Referencing* eine basale Erwartung des realen und symbolischen Gehalten- und Geschütztwerdens in krisenhaften intrapsychischen oder interpersonalen Situationen und durch die damit verbundene Fähigkeit zur Differenzierung und Regulation von Affekten das Erleben einer psycho-somato-sozialen Kontinuität (vgl. Riedesser; Fischer; Schulte-Markwort 1998, 82).

Weiter beschreibt Reddemann (2007, 39), dass sich bis zum Alter von etwa einem Jahr ein Bindungstyp etabliert habe, der in der Regel ein lebenslang mehr oder weniger konstantes Abbild der frühen Beziehungserfahrung darstellt. In der Bindungsforschung werden

unterschieden: 1) das sicher gebundene Kind, 2) das unsicher gebundene Kind, 3) das ambivalent gebundene Kind und 4) das Kind mit einem desintegrierten Bindungstyp, der laut Reddemann (2007, 39) hoch mit dem späteren Auftreten von schweren Persönlichkeitsstörungen korreliert.

Traumatische Erfahrungen in diesem Alter sind immer auch und in einem besonderen Maße Beziehungstraumatisierungen, so schreibt sie, die vor allem bei Kindern mit frühem desorganisierten Bindungsmuster zu finden sind. Egal welches traumatische Ereignis stattfand, die Bezugspersonen konnten es zumindest nicht verhindern und haben das Kind einer Gefahr mehr oder weniger schutzlos preisgegeben. Diese Feststellung besagt also, dass traumatischer Stress in dieser Entwicklungsphase einen entscheidenden Einfluss auf die Art der Bindungsfähigkeit des Menschen für sein weiteres Leben haben kann.

Kinder können krabbeln, später laufen, bereits in den ersten Lebenswochen Menschen unterscheiden, mit dem Lächeln Beziehung zu Menschen aufnehmen und Probleme nach einfachem Versuch-Irrtum-Muster lösen. „Die eingeschränkte Wahrnehmung und weitgehend sprachlose, lautierende, beginnende verbale Kommunikation und egozentrierte, auf primäre Bedürfnisse wie Nahrung, Wärme, emotionale Bspiegelung im Mikrokosmos der primären Objektbeziehung(en) ausgerichtete Existenz führt dazu, dass das, was dem Anderen, außerhalb der Beziehung zur Mutter stehenden Menschen angetan wird, nicht erfassbar oder verstehbar ist“ (Reddemann 2007, 40). Die Welt des Kindes in dieser Entwicklungsphase also, beschränkt sich auf die Ausmaße seines Gesichtsfeldes und der indirekten Wahrnehmung der Welt über die einfachen affektiven Reaktionen der Bezugspersonen auf diese. „Reagiert die Mutter gefasst, beruhigend, können auch starke Störungen in ‚Mutters Schoß‘ ohne großen Schaden überwunden werden. Wird der Säugling oder das Kleinkind jedoch von der Mutter länger getrennt, entstehen tief greifende Traumatisierungen“ (Reddemann 2007, 40).

Die Symbolisierungsfähigkeit, welche sich in der nächsten Entwicklungsstufe erstmals zeigt und von Erinnerungsfunktionen abhängt, über die das Kind sich per Imagination die Mutter verfügbar macht, ist (noch) nicht vorhanden.

„Mit zunehmender Symbolisierungs- und Spielfähigkeit findet das Kind die Möglichkeit, weitere phasentypische libidinöse und aggressive Beziehungsphantasien zu entwickeln und spielerisch zu inszenieren“ (Riedesser; Fischer; Schulte-Markwort 1998, 82).

b) Die prä-operationale Phase (2 bis 7 Jahre)

Das Kind in dieser Phase glaubt, dass das existiert, was es denkt. Kindergarten-, Vorschulkinder und Erstklässler sind geprägt von einem sogenannten magisch-animistischen Denkstil, bei dem Gedanken des Kindes beispielsweise die Realität verändern können, die Welt von Geistern, Dämonen und Flüchen beherrscht werden kann, „bösen Männern“ übernatürliche Kräfte zugesprochen werden, aber auch Helden und Heldinnen (manchmal in Gestalt des Vaters oder der Mutter) erschaffen werden, denen Omnipotenz verliehen wird. Im Spiel wird die Welt der Erwachsenen imitiert und so mehr und mehr verstanden, so Reddemann (2007, 40).

„Die Fähigkeit, den eigenen Körper libidinös und narzisstisch besetzen zu können, entwickelt sich zunächst im zärtlichen Realkontakt mit den Eltern und durch den Freiraum für eine vielgestaltige triebfreundliche Phantasiewelt, wohlverstanden immer im Rahmen des ‚Als ob‘; dasselbe gilt für Beseitigungswünsche gegenüber Geschwistern und ödipale Todeswünsche gegenüber den Eltern. Diese dürfen keine ‚Sprachverwirrungen zwischen Kind und Erwachsenen‘ erzeugen, indem sie die Phantasien des Kindes auf der Realebene beantworten, sondern müssen die Grenze zwischen der Phantasie und Wirklichkeit stellvertretend für das Kind hüten“ (Riedesser; Fischer; Schulte-Markwort 1998, 82).

Das Kind entwickelt in dieser Zeit Begriffe für die Dinge seiner Umgebung. Es nimmt sich selbst, seine eigene Kleinheit erstmals im Kontrast zu den Erwachsenen und den (Natur-)Gewalten wahr. Das Kind erlernt generelle, lebenspraktische Kompetenzen und spürt erstmals, was es schon kann, aber auch was es nicht kann. „Vorgestellte großenhafte magische Veränderungskräfte des Kindes sind der psychische ‚Trick‘, mit dem das Kind der eigenen Hilflosigkeit in der Welt begegnet“ (Reddemann 2007, 41). Gleichzeitig bedeutet diese eingebildete Größe aber auch, die Verantwortung für Geschehnisse zu übernehmen. Kinder diesen Alters, so Reddemann, leiden oft unter erheblichen Schuldgefühlen nach dramatischen Ereignissen. Es können Gedanken auftreten, wie zum Beispiel: Wenn ich dem großen Bruder, der mir nie sein Spielzeugauto leihen wollte, nicht den Tod gewünscht hätte, wäre er vielleicht nicht vom Auto überfahren worden. Es kann folgende Schlussfolgerung daraus entstehen: Habe ich die Schuld, so kann ich in Zukunft auch etwas unternehmen, damit das schreckliche Ereignis nicht noch einmal eintritt.

Der Preis für das so überwundene Ohnmachtsgefühl in der traumatischen Situation, so Reddemann, sind dann quälende Schuldgefühle.

Diesen Kindern müssen Sachverhalte über Vergleiche mit der bekannten Welt, im Spiel nahegebracht werden. Zu Abstraktionen sind die Kinder (noch) nicht in der Lage. Im Kontext

von seelischer Traumatisierung wird das Kind durch die Ohnmacht in der traumatischen Situation durch die Zuschreibungen zum einen noch destruktiver bedroht, zum anderen kann es sich mithilfe seiner idealen Vorstellungskraft aber auch Hilfe *herbeizaubern*, erklärt die Autorin weiter. Die Kinder sind besonders anfällig für dämonisch inszenierte Bedrohungen, z.B. durch missbräuchliche Erwachsene, und halten Schweigediktate aus dieser Zeit unter ihrer Angst manchmal Jahre aufrecht. Magische, bedrohliche Vorstellungen, Tabus können in dieser Zeit überall lauern.

c) Die konkret-operationale Phase (8 bis 13 Jahre)

Das verstandesmäßige Erfassen der Welt nimmt bei Kindern dieser Entwicklungsphase zunehmend Raum ein. Sie sind in der Lage Rückschlüsse zu ziehen, beginnen zu abstrahieren und Erscheinungen am Realitätsprinzip orientiert klassifizieren und verifizieren. Erfahrungen können in ihrer Endlichkeit und Begrenztheit unterschieden wahrgenommen werden, intellektuell gesteuerte Begrenzungen können errichtet werden, beschreibt Reddemann (2007, 42).

Kinder in dieser Altersstufe können sich bereits auf schon Geschehenes rückbesinnen und den Dingen rückwirkend neue Bedeutungen zuschreiben, was ihnen in der prä-operationalen Phase meist nicht gelingt. Auch länger vorhandene Schuldgefühle sind so leichter zu korrigieren. Gegenstände können anhand der erworbenen Begriffe benannt und in das entstehende rationale Denkgebäude eingefügt werden.

Der Zugang zu den eigenen Gefühlen allerdings ist in dieser Phase, so Reddemann, oft schwerer zu bewerkstelligen. „Das aufkeimende Verstandeswesen ‚duldet‘ gefühlshafte Äußerungen gelegentlich nur unter Widerstand. Dem muss beim Umgang mit den Kindern zum einen Rechnung getragen werden, zum anderen bedarf es der Einbeziehung von Gefühlen bei der Verarbeitung traumatischer Erlebnisse“ (Reddemann 2007, 42).

Der Erwachsene im sozialen Umfeld wie auch der Therapeut oder Begleiter sollten eine Stellvertreterrolle einnehmen, Sprachrohr für die vom Kind in dieser Phase schwerer artikulierbaren Gefühle sein können. Die Fähigkeit, die Realität in ihrem Bezug erfassen zu können, kann als Ressource zur kognitiven Begrenzung der traumatischen Erfahrung genutzt werden. Erklärungen von Erwachsenen helfen dem Kind dabei, zwischen dem Ohnmachtsgefühl der traumatischen Situation in der Vergangenheit und der Welt in der Zukunft zu unterscheiden. Reddemann schreibt, dass Sublimierungstechniken in dieser Lebensphase erstmals intensiv erarbeitet werden. Ein Trauma-Coping kann so über bereits

erlernte oder hinzugelernte Kulturtechniken wie z.B. Musizieren, Malen, Schreiben und Sporttreiben partiell stattfinden.

d) Die formal-operationale Phase (13 bis Erwachsenenalter)

Das Kind wird nun erwachsen und hat sich kognitiv-emotionale Kompetenzen für ein eigenständiges Leben angeeignet. Für die Erklärung von Phänomenen finden zunehmend hypothetisch-deduktive Modelle Anwendung, erklärt Reddemann (2007, 44). Die lebenspraktischen Kompetenzen hinsichtlich körperlicher, sexueller, intellektueller, sozialer Aspekte, Möglichkeiten der Alltagsbewältigung und der psychischen Autonomie sind so weit ausgeprägt, dass der oder die Jugendliche sukzessive allein psychisch und physisch überlebensfähig ist. Wodurch der junge Mensch in der Lage ist, sich intellektuelle *Auswege* aus seiner Herkunftsfamilie zu schaffen. Über gemeinsame ideelle Wertsysteme, welche oft unter dem Begriff der *Jugendkultur* subsumiert werden, schaffen sich junge Menschen ein meist exklusives psychosoziales Bezugssystem. Dieses begünstigt die Herauslösung aus dem familiären Kontext und stellt eine eigene Welt dar, in der die autonomen Kompetenzen jedes Einzelnen kollektiv auf die Probe gestellt werden können. Intime Freundschaften entstehen, welche zum ersten Mal auch sexueller Natur sein können, und es werden intensive emotionale Bezüge außerhalb der bestehenden familiären Bindungen aufgebaut. Die Beziehungen werden tiefgründig von verschiedenen Perspektiven aus erfasst. Traumatische Erfahrungen können so auf verschiedenen für die Verarbeitung relevanten Ebenen erfasst werden. Das neue kreative Potential kann zur Verarbeitung der seelischen Verletzungen eingesetzt werden. Vor allem aber dann, erklärt Reddemann (2007, 44), wenn vorbestehende ungelöste Autonomie-Abhängigkeitskonflikte den traumatischen Prozess mitbestimmen und die resultierende emotionale Bedürftigkeit Unabhängigkeitsbestrebungen entgegensteht, werden traumatische Erfahrungen und die psychischen Folgen als besonders beschämend erlebt.

Reddemann führt weiter aus, dass es besonderes Fingerspitzengefühl bedarf, den Autonomiebestrebungen des Jugendlichen respektvoll zu begegnen und gleichzeitig eine therapeutische Beziehung herzustellen, die vom betroffenen Jugendlichen bewusst oder unbewusst mit Abhängigkeit assoziiert wird. Das Bedürfnis des Jugendlichen, allein klarzukommen, sollte offen angesprochen werden. Ein partnerschaftlicher Bund zwischen Patient und Therapeut, so Reddemann, ist hier von besonderer Bedeutung für die Tragfähigkeit der therapeutischen Arbeitsbeziehung, was auch als Voraussetzung für die Trauerbegleitung bei Jugendlichen gesehen werden kann.

Diese geraffte und unvollständige Darstellung von Entwicklungsthemen, Entwicklungsaufgaben und einigen Entwicklungslinien zeigt den Rahmen auf, innerhalb dessen von der Säuglingszeit bis zur Adoleszenz Entwicklungsrisiken kurzfristiger oder langfristiger Art entstehen, welche das adaptive Potential des Einzelnen überfordern und zur Ausbildung psychopathologischer Symptome führen kann, die immer auch als - wenn auch als dysfunktionaler - Versuch der Anpassung an entwicklungsschädliche Umstände gesehen werden muss, erklären Riedesser, Fischer und Schulte-Markwort (1998, 83).

Subjektive Faktoren entsprechen dem Stand der kognitiven, affektiven, psychosexuellen und sozialen Entwicklung neben angeborenen oder erworbenen somatischen Faktoren (die auch als Risikofaktoren wirken können). Vor diesem Hintergrund werden die auf das Kind einwirkenden traumatogenen, objektiven Faktoren, vom Kind oder Jugendlichen *interpretiert*. Dreh- und Angelpunkt ist die traumatische Situation, welche als ein Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, gesehen werden kann. Dieses kann mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses bewirken (vgl. Riedesser; Fischer; Schulte-Markwort 1998, 83).

Die Autoren erklären, dass sich die Verbindung dieser Traumadefinition mit einem entwicklungspsychologischen Modell als hilfreich für das Verständnis des Übergangs von entwicklungsstörenden Faktoren zur *traumatischen Situation* erweist, welche wiederum weiter in verschiedene traumatisierende Elemente ausdifferenziert werden kann. Diese können mit der Zahl und dem Ausmaß der bedrohlichen Faktoren zusammenhängen, wie zum Beispiel Nähe zum Geschehen, Größe des Überraschungsmoments, Art der Beobachtungen, Nähe der Beziehung zu den verletzten oder getöteten Personen der Umgebung, Ausmaß der selbsterlebten Schmerzen und körperlichen Beschädigung etc. (vgl. Riedesser; Fischer; Schulte-Markwort 1998, 84).

Die Autoren erklären weiter, dass das zentrale traumatische Situationsthema den Kernaspekt der individuellen Betroffenheit durch die traumatische Situation bezeichnet. Dies kann der Aspekt des Verlassenwerdens sein, der Verstümmelung, der Überflutung durch intrapsychische oder körperliche Schmerzquellen, eine versäumte (aber als rettend phantasierte) Intervention oder eine narzisstische Grundproblematik, die in der traumatischen Situation aktiviert wird.

Auch wenn die Beziehungskonstellation vorher hinreichend gut war, können durch die akute Entstehung einer traumatischen Situation, wie durch einen schweren Unfall oder eine lebensbedrohliche Erkrankung der Mutter oder des Kindes, bisher vertrauensvoll entwickelte

affektlogische Schemata aufgesprengt und im *Trauma-Schema* als der kognitiven und emotionalen Repräsentation der traumatischen Situationserfahrung gespeichert werden. Dies kann ebenfalls zu einem psychotraumatischen Syndrom und weiteren Symptomen führen, so die Autoren (1998, 85).

Traumatische Situationen können auch entstehen durch eine schwere körperliche Erkrankung des Vaters oder der Mutter (z.B. Krebs) sowie durch deren Verletzung oder Tod durch Verkehrsunfälle, kriminelle Angriffe, politische Verfolgung oder Krieg. Wenn der Vater eines Jungen zum Beispiel auf dem Höhepunkt dessen ödipaler Ambivalenz erkrankt, einen Unfall hat, stirbt oder im Krieg getötet wird, kann das zentrale traumatische Situationsthema darin bestehen, dass das Kind vorbewusst, unbewusst, oft auch bewusst befürchtet, durch seine phasenspezifischen aggressiven Impulse die Schuld am Tod des Vaters zu tragen, erklären Riedesser, Fischer und Schulte-Markwort (1998, 86). Hier besteht die traumatische Situation unter anderem darin, dass phasenspezifische Phantasieinhalte als aktualisiert erlebt werden. Das bedeutet, dass die Realität Anschluss an die phasenspezifische libidinöse oder aggressive Phantasiewelt bekommt und dadurch eine krankhafte Verstrickung von Innen- und Außenwelt entsteht, aus der das Kind, so die Autoren (1998, 87), ohne therapeutische Differenzierungs- und Integrationshilfen nicht mehr herauskommt, da dies zu massiven Beschädigungen der Entwicklung im intrapsychischen und interpersonellen Bereich führen kann.

Grundsätzlich ist festzuhalten, so Riedesser, Fischer und Schulte-Markwort (1998, 89), dass je nach traumatischer Situation, welche das Signal-Angst-System überrollt und das Kind in extrem bedrohliche Hilflosigkeit bringt, Alarmreaktionen entstehen, die teilweise in den Symptomen des PTSD beschrieben werden. Diese entsprechen einigen basalen, überwiegend physiologisch bedingten Charakteristika, nicht aber schon einer umfassenden Beschreibung der komplexen Konfigurationen, die sich in traumatischen Verlaufsprozessen ausbilden können.

Es gilt zu betonen, so die Autoren (1998, 90), dass diese Symptome nicht primär als krankhaft anzusehen sind, sondern als zunächst psychobiologisch sinnvolle Alarmreaktionen und Bewältigungsversuche, die zum Teil komplexe Gegenmaßnahmen darstellen, welche das Kind entwickelt (traumareaktive Reaktionsbereitschaften), um die traumatische Erfahrung zu bewältigen und eine Wiederholung zu verhindern (traumakompensatorische Schemata). Dies haben die Autoren in folgender Auflistung noch einmal kurz zusammengefasst:

- Die intrusiven Symptome haben den Sinn, den Organismus in Alarmbereitschaft zu versetzen und ihn hellwach und handlungsbereit für eine eventuelle Flucht- oder

Kampfreaktion zu halten. Im Rahmen des anschließenden traumatischen Prozesses sind sie auch als Versuch zu sehen, den überwältigenden Fremdkörper an den bisherigen Erfahrungshintergrund zu akkomodieren.

- Auch das *Numbing*, die Unterdrückung von Gedanken und Gefühlen, hat einen psycho-biologischen Sinn und schützt vor der befürchteten erneuten Überwältigung durch innere und äußere Reize.
- Regressionen sind ebenfalls als Adaptationsversuch zu werten, der als Bemühen, in den sicheren Hafen früherer, prätraumatischer Entwicklungsphasen zurückzukehren, in der Hoffnung auf einen Neuanfang zu verstehen ist. Außerdem können Regressionen einen bewussten und unbewussten Appell an die primären Pflegepersonen bedeuten.
- Auch das posttraumatische Spiel kann als unbewusster Versuch gesehen werden, aus einer traumatisch erlebten Ohnmacht herauszufinden und wieder eine aktive Rolle zu gewinnen.
- Die Aktivierung eines narzisstischen oder gar destruktiven Größenselbst kann ebenfalls der Angstabwehr dienen.
- Die Entwicklung von dissoziativen Mechanismen kann als sinnvolle Reaktion auf lebensbedrohliche Situationen angesehen werden. Wer in einem schweren Schockzustand, etwa durch einen Unfall, gewesen ist, hat diese dissoziative Aktivität des psychischen Apparats schon als hilfreich empfinden können.

Eine hinreichende Diagnostik bei dem Verdacht auf psychische Traumatisierung hat also zu berücksichtigen, auf welchem Stand der bio-psycho-sozialen Entwicklung das Kind durch traumatische Außenfaktoren getroffen wurde, was die (bewussten und unbewussten) Elemente der traumatischen Situation ausmacht, welche Entwicklungslinien dadurch beschädigt sind und welche protektiven Faktoren (z.B. intrapsychische und familiäre Ressourcen) zur Verfügung stehen. Dies alles ist notwendig, um therapeutische Unterstützung anbieten zu können, damit das Kind hinreichend Unterstützung erfährt, um für die Entwicklungsaufgaben der nächsten Stufe gewappnet zu sein (vgl. Riedesser; Fischer; Schulte-Markwort 1998, 90).

Nun wurde ausführlich das Thema Trauma und dessen Folgen behandelt, woraufhin sich die Frage stellt: Wo bleibt die Trauer? Genau das jedoch ist der springende Punkt und stellt somit in der Trauerbegleitung einen wesentlichen Aspekt dar.

Der letzte Teil dieses Kapitels beschäftigt sich mit der Schnittstelle zwischen Trauma und Trauer um den Zusammenhang dieser beiden Begriffe zu verdeutlichen.

1.5. Trauer oder Trauma nach einem Verlust?

Der plötzliche und unbegleitete Tod einer Mutter ist für die zurückbleibenden Kinder immer hoch traumatisierend, so Weinberg (2005, 70). Sie habe jedoch auch Familien erlebt, die ihre Kinder so gut auf das Sterben eines Elternteils vorbereitet haben, die so verantwortungsbewusst und frühzeitig das weitere Leben der Kinder geplant haben, die die Kinder beim Abschiednehmen und Trauern so liebevoll begleiten konnten, dass sie vom psychologischen Befund zwar deutliche Anzeichen kindlicher Trauer und seelische Schmerzen und deren Abwehr, aber keine Anzeichen einer Traumatisierung feststellen konnte. „Entscheidend bei dem Verlust einer nahe stehenden Bezugsperson ist, wie plötzlich, unvorbereitet und unbegleitet er in das Leben der Kinder tritt“ (Weinberg 2005, 76).

Auch Krüsmann und Müller-Cyran (2005, 57) beschäftigten sich in ihrem Buch *Trauma und frühe Interventionen* zwar vor allem mit Erwachsenen, sie stellten sich jedoch auch die Frage, was eine belastende Erfahrung zu einem Trauma macht und halten fest, dass es von den internen und externen Prozessen abhängt, die in der Zeit nach dem Ereignis einwirken, ob sich aus einer bestimmten Erfahrung ein Trauma bzw. eine traumatische Störung entwickelt. Neben den Aspekten der spezifischen Erfahrung und den individuellen Eigenschaften der Betroffenen sind es auch die unmittelbaren und mittelfristigen Umgebungsbedingungen, die modifizierend in den Adaptationsprozess eingreifen, die mitentscheiden, ob eine traumatische Erfahrung zu einer traumabedingten Störung führt oder eben nicht.

Die beiden Autoren (2005, 93) erklären auch, dass der Prozess, der in der psychosozialen Notfallversorgung stattfindet, mit der Formel *vom Trauma zur Trauer* beschrieben werden kann. Sie erklären dies damit, dass die Betroffenen kurz nach dem traumatischen Ereignis oft berichten, das Gefühl zu haben, neben sich zu stehen, sie erleben die Szenerie als unwirklich, sie erklären das Geschehene noch nicht realisiert zu haben, sie dissoziieren. Zum Realisieren der Geschehnisse, zum adäquaten Wahrnehmen der Wirklichkeit, gehört offensichtlich die emotionale Bewertung dazu. Das kognitive Wissen um das, was geschehen ist, scheint nicht auszureichen, um das Ereignis in seiner Tragweite zu *realisieren*. Betroffene, die so reagieren, sagen von sich, dass sie nicht trauern oder dass sie nicht weinen könnten, erklären die Autoren. Sie leiden darunter, ihre Trauer nicht ausdrücken zu können, woraus sich wiederum häufig Schuldgefühle entwickeln. Krüsmann und Müller-Cyran (2005, 93) verstehen die Akute Belastungsreaktion nicht als Ausdruck einer pathologischen Veränderung, sondern als

eine Ressource von Betroffenen, um einen letzten Rest an Handlungsfähigkeit aufrechtzuerhalten und soll sie vor dem Zusammenbruch bewahren. Diese Funktion, so erklären sie, belegt die Depersonalisation und Derealisation, welche Aspekte der Dissoziation darstellen. Eine Realität, die als hochgradig bedrohlich erlebt wird, wird entschärft, indem sie durch einen psychischen Vorgang als Realität aufgehoben wird, so könnte man den Vorgang der Derealisation beschreiben. Die Depersonalisation wird so beschrieben, dass die Szenerie als unwirklich, wie im Traum oder im Kinofilm erlebt wird, die Person als wahrnehmendes und situativ bedrohtes Subjekt hebt sich selbst auf. Die Akute Belastungsreaktion schützt also durch den komplexen Vorgang der Dissoziation die Person vor einer höchst bedrohlichen Realität durch die Aufhebung einer der beiden oder beider Seiten, der Person und der Realität. Frühe Unterstützung, so die beiden Autoren (2005, 94) weiter, soll Sicherheit und Stütze vermitteln, sodass sich die Akute Belastungsreaktion, im engeren Sinn die Dissoziationen, zurückbilden können und die vorher abgespaltenen Emotionen stärker zum Tragen kommen und in adäquater Weise, durch Weinen, ihren Ausdruck finden. Es findet also ein Übergang statt von Merkmalen einer akuten psychischen Traumatisierung hin zum adäquaten Ausdruck von Trauer. „Wo Trauma war, ist Trauer geworden“ (Krüsmann, Müller-Cyran 2005, 94). Weinberg erklärt (2005, 72), dass für Kinder der Verlust der für sie entscheidenden Menschen und die dazugehörenden Verlustgefühle im Allgemeinen emotional zu bedrohlich sind, weswegen diese Gefühle zum Selbstschutz meist unbewusst blockiert werden. Daher käme auch die über Jahrhunderte herrschende Überzeugung, dass Kinder nicht in der Lage seien zu trauern. Das, was Kinder erstaunlich oft zeigen, nämlich eine relative Unberührbarkeit nach einem Verlust, wurde so ausgelegt, dass Kinder das Erlebte *wegstecken*. Der Schock sitzt so tief, so Weinberg, dass Kinder meist mit Erstarrung oder Täuschung reagieren. Häufig beinhaltet die Täuschung die Aufrechterhaltung eines inneren Dialoges mit dem verstorbenen Menschen. Nach außen zeigt sich eine verblüffende Anpassung und Leistungsfähigkeit, die oft erst viel später in eine Depression oder Sucht kippt. Ein Leistungsabfall kennzeichnet häufig die Erstarrung, sowie auch eine durch emotionale Erkaltung bedingte erstarrte Mimik. Die dahinter verborgene innere Gemütslage äußert sich aber zuweilen trotzdem, sie erscheint jedoch in ganz anderen sozialen Zusammenhängen, sodass die eigentliche Verursachung von Trotz, Weinerlichkeit oder Verweigerungshaltung nicht oder nur kaum für die Außenwelt erkennbar ist. Wenn ein Kind vorübergehend regrediert, so ist dies ein positiver Prozess. Indem es zurückgeht auf den Entwicklungsstand, auf dem es sich sicher fühlt, entsteht bei verantwortungsvollem Umgang mit dem Kind die Chance einer gesunden Entwicklung, so Weinberg (2005, 72). Sie erklärt weiter, dass die Erwartungen an die Emotionalität der

verwaisten Kinder oft völlig unrealistisch sind. Die Gefühle von Trauer und Hilflosigkeit kommen in völlig anderem Zusammenhang an die Oberfläche. So kann es sein, dass das Kind weint, weil es irgendetwas nicht geschenkt bekommt oder weil es sich gestoßen hat oder weil es etwas nicht geschafft hat. Es ist trotzig, weil es sich angesichts einer harmlosen Aufgabe überfordert fühlt usw. Das, so die Autorin weiter (2005, 72), sollte man erkennen und akzeptieren und nicht das Kind durch Deutung in seinen Selbstschutzmechanismen verunsichern. Es reicht völlig zu sagen, dass man manchmal einfach traurig ist und dass das in Ordnung sei oder dass das Leben manchmal wirklich schwer ist und wehtut.

Bogyi (1997, 264) erklärt, dass es allgemein bekannt sei, dass sämtliche Symptome auftreten können, deren Ursachen unverarbeitete Verlusterlebnisse jeglicher Art sind. So nennt sie als Beispiele überdrehte, stets lustige Kinder, sehr unruhige, vor allem aber aggressive Kinder, die in sich nicht selten tiefe Traurigkeit tragen, die sie unentwegt abwehren müssen. Ihre Umgebung reagiert meist auf das äußere Verhalten und macht es so den Kindern häufig noch schwerer, das dahinter stehende Gefühl der Traurigkeit zuzulassen. Ein Kind, das traurig ist und weint erfährt tröstende, helfende und unterstützende Reaktionen. Ein Kind, das innerlich vielleicht genauso traurig ist, nach außen hin aber provozierend, frech und aggressiv ist, wird eher negative Reaktionen der Umwelt erfahren. „Es geht darum, die Traurigkeit aufzuspüren, zu erfassen, und dem Kind zu helfen, dieses Gefühl zuzulassen“ (Bogyi 1997, 264).

Dieses Zitat von Frau Dr. Bogyi erklärt den wesentlichen Aspekt der Trauerbegleitung, worauf noch näher im dritten Kapitel eingegangen wird. Vorher ist es jedoch notwendig auf die Trauer und insbesondere auf die Trauer der Kinder einzugehen, um dieses zu verstehen und fördern zu können.

2. Trauer

„Trauer bedeutet nach alt- und mittel-hochdeutschem Sprachgebrauch nichts anderes als Niederfallen, matt- und kraftlos werden, den Kopf sinken lassen, die Augen niederschlagen“ (Specht-Tomann, 2000, 34). Ebendiese Verhaltensweisen sind es, die jeder bereits bei alltäglichen traurigen Momenten erlebt hat. Besonders an Kindern lässt sich dieses Traurig-Sein gut beobachten, da sie ihre Gefühle meist sehr direkt und ungebrochen zum Ausdruck bringen. Die Fähigkeit, diese Last zu tragen, sie nach und nach leichter zu machen und sie schließlich ganz abzulegen, ist der Kern des natürlichen, gesunden Trauerns.

„Trauer ist die gesunde, lebensnotwendige, kreative Reaktion auf Verlust und Trennungseignisse“ (Canacakis 1987, 23). Dieses Zitat, beschreibt treffend wie Trauerarbeit geschehe. Vor allem Kinder und Jugendliche zeigen sich in ihren Reaktionen angesichts von Verlusterlebnissen oft besonders kreativ, werden damit aber nicht selten von Erwachsenen missverstanden. Nicht die Konfrontation mit Krisen und dem Tod, sondern die Reaktionen der Umwelt entscheiden häufig darüber, ob die weitere Entwicklung eines Kindes oder Jugendlichen einen gesunden oder pathologischen Verlauf nimmt.

Es zeigt sich also bereits bei einer ersten Annäherung an den Begriff, dass der Trauerprozess ein natürlicher Vorgang ist, welcher - wird er vermieden oder unterbrochen – pathologische Folgen für die Psyche der Betroffenen bedeuten kann.

Wie Trauer allgemein aus psychoanalytischer Sicht definiert wird, soll im ersten Teil des folgenden Kapitels dargestellt werden. Auf die Trauer der Kinder und Jugendlichen wird im weiteren Verlauf dieses Kapitels eingegangen, da es für ein Verständnis der Verhaltensweisen und Gefühle der Kinder notwendig ist, den entwicklungspsychologischen Stand der Kinder zu beachten und so in weiterer Folge Aufgaben für Trauerbegleiterbegleitung bei Kindern ableiten zu können.

2.1. Was ist Trauer? Eine Annäherung aus psychoanalytischer Sicht

Bereits Sigmund Freud hat sich in einigen seiner Schriften mit den Phänomenen der Trauer aus psychoanalytischer Sicht beschäftigt. In „Trauer und Melancholie“ (1916) befasst sich Freud vorwiegend mit dem Phänomen der Melancholie (klinischen Depression) und benutzt die Trauer nur als Vergleichspunkt. Er entwickelte darin die erste Theorie der intrapersonalen Dynamik der Trauer. Nach Freud ist die Trauer, analog zur Melancholie, gekennzeichnet durch:

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

Kerstin Lammer (2004, 69) erklärt in ihrem Buch *Den Tod begreifen* diese Aussage Freuds so, dass die psychischen Energien der Trauernden also völlig durch die Beschäftigung mit dem oder der Verstorbenen absorbiert würden und dieses Phänomen, „Präokkupation“ genannt, laut Freud durch sein Konzept der libidinösen Besetzung erklärt würde. Demnach entwickelten Menschen eine Liebe zu oder eine Bindung an andere Menschen, die ihre Bedürfnisse befriedigen, und richten ihre Libido auf sie, bzw. auf ihre psychischen Repräsentanzen, d.h. auf die Bilder und Vorstellungen, die sie sich von ihnen gemacht und verinnerlicht haben. Eine libidinöse Bindung endet demnach nicht mit dem Tod eines Liebesobjektes, sondern müsse, nachdem der Verlust realisiert wurde, in einem langwierigen und schmerzhaften psychischen Prozess vom Objekt abgelöst werden. Diesen Prozess nennt Freud die „Trauerarbeit“:

„Die Realitätsprüfung hat gezeigt, dass das geliebte Objekt nicht mehr besteht, und erlässt nun die Aufforderung, alle Libido aus ihren Verknüpfungen mit diesem Objekt abzuziehen. Dagegen erhebt sich ein begreifliches Sträuben – es ist allgemein zu beobachten, dass der Mensch eine Libidoposition nicht gern verlässt, selbst dann nicht, wenn ihm Ersatz bereits winkt ... Das Normale ist, dass der Respekt vor der Realität den Sieg behält. Doch kann ihr Auftrag nicht sofort erfüllt werden. Er wird nur im Einzelnen unter großem Aufwand von Zeit und Besetzungsenergie durchgeführt und unterdes die Existenz des verlorenen Objektes psychisch fortgesetzt. Jede einzelne der Erinnerungen und Erwartungen, in denen die Libido an das Objekt geknüpft war, wird eingestellt, überbesetzt und an ihr die Lösung der Libido vollzogen.“ (Freud 1916, 430)

Freud schreibt außerdem:

„Die Trauer hat eine ganz bestimmte Aufgabe zu erledigen, sie soll die Erinnerungen und Erwartungen der Überlebenden von den Toten ablösen. Ist diese Arbeit getan, so lässt der Schmerz nach, mit ihm die Reue und der Vorwurf und darum auch die Angst...“ (Freud 1912/13, 82)

Der Vollzug der Trauerarbeit ist es nach Freud, erklärt Lammer (2004, 69), der ermögliche, dass die Trauer nach einiger Zeit überwunden würde und das Ich „wieder frei und ungehemmt“ sei. Die gelingende Ablösung vom verlorenen Liebesobjekt führe demnach über den Umweg der intensiven Beschäftigung mit dem oder der Verstorbenen, wobei die mit ihm oder ihr verbundenen Erinnerungen, Gedanken und Gefühle ins Bewusstsein gerufen und noch einmal gesteigert durchlebt würden, bis die libidinöse Fixierung an sie langsam nachließe.

Lammer (2004) beschreibt, dass nach außen hin dieser Vorgang z.B. daran sichtbar würde, dass Trauernde oft immer und immer wieder die selben Geschichten von dem oder der Verstorbenen erzählten, u.U. jedes Mal wieder unter starker emotionaler Erregung. Dabei treten „Überbesetzung“ und „Realitätsprüfung“ immer wieder in eine schmerzhaft Spannung

zueinander (das glücklich Erinnernte war und ist nicht mehr, und Enttäuschendes und Versäumtes ist nun nicht mehr zu verändern), die eine „Schmerzunlust“ auslösen und zu einer Vermeidung der Trauerarbeit führen kann. Zusätzlich kann sich die Trauerabwehr der Umwelt hemmend auswirken. Eine Störung oder Vermeidung des Prozesses der Trauerarbeit hält Freud aber ausdrücklich für schädlich (vgl. Freud 1916, 230). So hat also bereits Freud die Wichtigkeit des Trauerprozesses hervorgekehrt und die Vermeidung der Trauer als Risiko für psychopathologische Verläufe deklariert.

An den psychoanalytischen Grundgedanken angelehnt, stellt Bowlby (1983) die von ihm im Rahmen von Hospitalismusstudien vielfach beobachtete Reaktion von Kleinkindern auf den Verlust ihrer Mutterfigur in den Vordergrund. Nach ihm werden alle Bindungen nach dem Muster der Bindung und wechselseitigen Reaktionssysteme aus der Beziehung zwischen Mutter und Kind gebildet. Die Mutter verstärkt und aktiviert Motive (Triebe). Die erste Reaktion auf das Ausbleiben der Mutter und später jeder anderen geliebten Person ist Angst. Sie ist identisch mit dem Ansteigen des unbefriedigten Motivs. Das Kind reagiert mit Ärger und Weinen, welches die abwesende Mutter herbeiführen soll. Die zweite Phase ist gekennzeichnet durch Verzweiflung, wiederholte Versuche, das verlorene Objekt zu finden, und eine Desorganisation des Verhaltens, sowie durch einen Rückzug des Kindes. Dieses depressive Verhalten kann nach Bowlby bereits als eine erste Anpassungsleistung angesehen werden, die aus der Einsicht resultiert, dass das vorherige Protestverhalten ergebnislos geblieben ist. In der dritten Phase steht das Neuorganisieren nach dem Verlusterlebnis im Vordergrund, erklärt Langenmayr (1999, 23).

Auch Rehberger (2004, 25) beschreibt, dass der Kern von Bowlbys Theorie das Bedürfnis des kleinen Kindes darstellt, sich ständig in unmittelbarer oder mittelbarer Nähe der Mutter aufzuhalten. Das Kind widmet sich der spielerischen Erkundung und Erforschung seiner Welt, sucht jedoch zwischendurch regelmäßig den Kontakt mit der Mutter und es verspürt in äußeren oder inneren Situationen der Not ein starkes Verlangen, die Mutter aufzusuchen, um bei ihr Hilfe und Trost zu finden. Dies lässt zu der Feststellung kommen, dass Trennungen Kinder ängstigen und Bindungen sie beruhigen. Er beschreibt weiter (2004, 26), dass Menschen, die im Kindesalter längere Trennungen erlitten haben, häufig ein Leben lang eine gesteigerte Ängstlichkeit bei Trennungen zeigen. Bei der systematischen Erforschung des Verhaltens von Kleinkindern, zeigten sich typische Bindungsmuster. Bowlby und Ainsworth verstehen darunter die Organisation von Gefühlen und von Handlungen in Zusammenhang mit Bindung und Trennung. Rehberger (2004, 26) ergänzt, dass diese Organisation im größeren Zusammenhang heute mit der Art und Weise der Regulierung von Affekten gesehen

wird. Es werden drei Bindungstypen unterschieden, die im folgenden kurz beschrieben werden, da eine weitere wichtige Erkenntnis Bowlbys (1983) darin besteht, dass die Qualität der Bindung vor dem Verlust starken Einfluss auf den Trauerprozess nimmt.

In der sogenannten *sicheren Bindung* können Kinder ihre Affekte bei einer Trennung von der Mutter äußern. Sie schreien, weinen, zeigen Ärger und wenden aktive Techniken der Bewältigung der Trennung an, indem sie die Mutter suchen und denken nach. Ihnen gelingt es, bei den Versuchen Bowlbys und Ainsworth, mit der Trennung fertig zu werden und sie zeigen der wiederkehrenden Mutter Wiedersehensfreude, laufen oder krabbeln auf sie zu, nehmen kurz Kontakt auf und wenden sich dann erneut ihrem unterbrochenen Spiel zu.

Im *unsicher-ambivalenten Muster* beantworten Kinder das Weggehen der Mutter teilweise mit heftigem Schmerz, großer Angst und lautem Protest. Sie versuchen, die Mutter vom Weggehen abzuhalten, klammern sich an ihr fest, sind bei ihrem Weggang untröstlich und beruhigen sich in ihrer Abwesenheit nicht. Bei der Wiederkehr lassen sie sich auf den Arm nehmen und weinen noch längere Zeit. Kinder mit diesem Bindungsmuster verstärken die Trennungsaffekte.

Eine weitere Gruppe von Kindern scheint vom Weggehen der Mutter keine Notiz zu nehmen, dies ist beim *unsicher-vermeidenden Bindungsmuster* der Fall. Diese Kinder bleiben bei ihrem Spiel, manchmal unkonzentriert, und bei der Wiederkehr der Mutter scheinen sie sie zu ignorieren oder zeigen Ärger. Dass sie ohne Ausdruck von Angst und Ärger unter der Trennung leiden, wird durch den Anstieg von Cortisol und erhöhtes Herzklopfen deutlich. Diese Kinder überspielen also ihre Angst, Ärger, Schmerz und Hilflosigkeit (vgl. Rehberger 2004, 27). Rehberger (2004, 28) erklärt weiter, dass diese Muster, die Affekte hochzuspielen oder zu überspielen auf zwei grundlegende und entgegengesetzte Verhaltensweisen im Umgang mit Gefühlsreaktionen hinweisen. Jede Art des affektiven Erlebens ist davon betroffen.

Aus dieser prinzipiellen Regulierung von Affektzuständen lässt sich auch erklären, dass sich das Kind bei der sicheren Bindung von seinen Affekten leiten lässt, bei der unsicher-ambivalenten Bindung mit gesteigerten Affekten wird das Kind von seinen Affekten beherrscht, es sucht nachdrücklich nach Nähe der Mutter. Im Fall der unsicher-vermeidenden Bindung beherrscht das Kind den Ausdruck seiner Affekte (allerdings nicht die ihm nicht bewussten physiologischen Bereitstellungen), flüchtet ins Spiel und wendet sich von der Mutter ab (vgl. Rehberger 2004, 28).

Aus diesen Erklärungen ist ersichtlich, dass sicher gebundene Kinder eher zu einem gesunden Trauerverhalten im Stande sind als unsicher gebundene Kinder. Hierbei sei auch auf eine

Feststellung Reddemanns hingewiesen, die bereits im ersten Kapitel vorkam. Sie beschreibt, dass Kinder im Alter von 0 – 1,5 Jahren nach einem traumatischen Ereignis immer ein Beziehungstrauma davontragen.

Trotz unterschiedlicher Erklärungsansätze zur Trauer, sind sich die Forscher darüber einig, dass es sich bei der Trauer nicht um einen Zustand, sondern viel mehr um eine Entwicklung in Form einer nicht chronologischen Abfolge bestimmter Phasen handelt, deren regelrechtes Durchlaufen den Trauernden von einem durch hohen Ausnahmecharakter geprägten Zustand ausgehend, zur Wiedererlangung seines Verhaltens verhelfen soll. In der Beschreibung des Trauerprozesses durch die Einteilung und Definition bestimmter Phasen konnte sich bis heute am stärksten ein Vier-Phasen-Modell der Trauer durchsetzen, welches durch Aufeinanderfolge von Schock, Kontrolle, Regression und Wiederanpassung (Spiegel, 1973) oder Betäubung, Sehnsucht nach der verlorenen Person, Desorganisation und Verzweiflung mit abschließender Reorganisation (Bowlby, 1983) gekennzeichnet ist. Verena Kast (1982), die sich vor allem im deutschsprachigen Raum durch eine Reihe von Veröffentlichungen zum Thema Trauer einen Namen gemacht hat, spricht im selben Zusammenhang von Phasen des Nicht-Wahrhaben-Wollens, der aufbrechenden Emotionen, des Suchens und Sich-Trennens sowie der Phase des neuen Selbst- und Weltverständnisses.

Im Folgenden werden hier die Trauerphasen nach Verena Kast (1982, 61 - 78) beschrieben.

a) Phase des Nicht-wahrhaben-Wollens

Diese erste Phase beginnt unmittelbar nach der Todesnachricht und ist gekennzeichnet durch die Verleugnung des Verlustes, erklärt Verena Kast (1982, 61 – 62). Die charakteristischen Gefühle in dieser Phase sind Starrheit, Empfindungslosigkeit und Leblosgkeit.

Diese Empfindungslosigkeit bedeutet jedoch nicht Gefühllosigkeit, sondern ist mit einem Schock zu vergleichen. Sie steht nicht nur in Verbindung mit dem „Nicht-wahrhaben-Wollen“, sondern ist vielmehr als ein Schutz für die nicht aushaltbaren Schmerzgefühle. Durch diese momentane Verdrängung haben die Trauernden den Vorteil, von zu schmerzhaften Emotionen nicht überrollt zu werden. Gefühle des Ausgeliefertseins, der Leere, der damit verbundenen Trostlosigkeit, der Erschütterung und Starre sind charakteristisch und können in dieser Phase beobachtet werden. Diese Phase dauert meist einige Stunden bis zu etwa einer Woche an, wobei sie bei plötzlichen Todesfällen länger andauern kann (vgl. Kast 1982, 61 - 62).

b) Phase der aufbrechenden Emotionen

Wie schon die Bezeichnung dieser Phase ausdrückt, bahnen sich nun – nach Auflösung der Empfindungslosigkeit und der Starre – die Gefühle ihren Weg. Leid und Schmerz, Wut, Zorn, Freude, Traurigkeit und Angst gelangen an die Oberfläche, so Kaust (1982, 62). Kennzeichnend ist außerdem, dass nicht eine einzige Emotionslage vorherrscht, sondern ein breites Spektrum von Gefühlen, oft auch von Gefühlsmischungen, vorherrscht, erklärt sie weiter. Häufig stehen die emotionalen Reaktionen mit der Persönlichkeit und ihren emotionalen Eigenschaften in enger Verbindung. Ängstliche Menschen werden in dieser Phase eher von intensiven Angstgefühlen überrollt, die sich auch in Katastrophenträumen und Weltuntergangsstimmungen niederschlagen können.

Anders strukturierte Menschen werden eher zu Zorn und Wut neigen, die auch zu heftigen Beschuldigungen gegen andere führen können. So kann es vorkommen, so die Autorin, dass sich diese zornige Auflehnung häufig gegen Ärzte, Schwestern oder andere Beteiligte richtet. Der Schmerz kann so für kurze Zeit gelindert werden, bevor er abermals zum Ausbruch kommt und nach anderen Möglichkeiten der Schuldzuweisung gesucht wird. Manchmal richtet sich der Zorn aber auch auf den Verstorbenen selbst, der die Hinterbliebenen im Stich gelassen hat. Diese Gedanken und Gefühle können zu heftigen Schuldgefühlen führen. Auch die Befürchtung nicht alles für den Verstorbenen getan zu haben, etwas unterlassen oder verabsäumt zu haben, etwas *schuldig* geblieben zu sein, führt bei vielen Betroffenen zu Schuldgefühlen.

Menschen, die in diesem Abschnitt stecken bleiben, werden zu chronisch Trauernden. Sie wirken depressiv, weil sie vom Schmerz überwältigt sind. Durch das Zulassen aggressiver Gefühle, wie Zorn und Wut, wird das Verfallen in die Depression verhindert, erklärt Kast (1982, 62).

Die Bearbeitung von Schuldgefühlen, so erklären auch Bogyi et al. (2006, 22), ist ein wichtiger Aspekt bei der Verarbeitung der Trauer. Die Freude über den gemeinsam gegangenen Weg gehört ebenso zur Trauerarbeit wie Probleme und Konflikte, die es gegeben hat.

c) Phase des Suchens und Sich-Trennens

Auf jeden Verlust wird mit Suchen reagiert, so Kast (1982, 67). Diese banale Feststellung trifft auch in der Situation der Trauer um einen Verstorbenen zu. Es wird zum einen der ganz reale Mensch gesucht, der Mensch, mit dem man ganz bestimmte Erlebnisse, Erfahrungen,

Lebensräume teilte. Dies führt dazu, dass speziell jene Orte häufig aufgesucht werden, an denen sich der Verstorbene oft aufgehalten hat. Auch in den Gesichtern Unbekannter wird nach den vertrauten Gesichtszügen gesucht. Gewohnheiten, die der Verstorbene hatte, werden übernommen und nachgelebt. Dadurch kommt es zu einer Identifikation mit dem verstorbenen Menschen.

Aber nicht nur der reale Mensch wird gesucht, es wird auch nach Möglichkeiten gesucht, Teile der Beziehung zu retten. Erzählungen und Geschichten vom Verstorbenen sollen wesentliche Beziehungselemente festhalten.

Im Verlauf dieses intensiven Suchens, Findens und Wieder-Trennens kommt einmal der Augenblick, wo der Trauernde selbst gleichsam die innere Entscheidung trifft, *ja* zum Leben und zum Weiterleben zu sagen oder aber in der Trauer zu bleiben. Das Suchen dient nicht nur der Verdrängung des Todes, sondern ist ein Versuch, die Bedeutung der verstorbenen Person ins neue Legensgefüge einzubringen (vgl. Kast 1982, 67 - 71).

In dieser Phase, so ergänzen Bogyi et al. (2006, 23), scheint die Gefahr des Suizids am stärksten zu sein. Das Leben wird in dieser Situation als weniger attraktiv empfunden als der Tod.

d) Phase des neuen Selbst- und Weltbezugs

Wenn im Verlauf der Phase des Suchens Wege gefunden werden, die zu einem positiven Umgang mit dem Verstorbenen führen, dann kann sich die Trauer allmählich auflösen, erklärt Kast (1982, 71).

Dieser *richtige* Umgang kann darin bestehen, dass dem Verstorbenen ein ganz bestimmter Platz im eigenen Leben eingeräumt wird. Er wird gleichsam zu einer inneren Figur des Trauernden. Der Verlust dieses verstorbenen Menschen, sein Tod kann langsam akzeptiert werden. Phantasien, Gedanken, Handlungen kreisen nicht mehr ausschließlich um diesen Menschen. Es wird wieder möglich, das eigene Leben zu gestalten. Allerdings hat das Durchleben des Trauerprozesses Spuren hinterlassen, und so kann im besten Fall am Ende dieser langen Reise durch die Trauer ein völlig neues Selbstverständnis stehen. Aber nicht nur das eigene Leben, die eigene Person kann in anderen Sinnbezügen erfasst werden, auch die Einstellung, der Bezug zur Welt an sich ist verändert. Die Möglichkeiten, welche in der Beziehung zum Verstorbenen gelegen sind, können zwar nicht mehr in dieser Form gelebt werden, jedoch kann der Teil, der gleichsam ins Leben hinübergerettet wurde, bearbeitet, modifiziert, erweitert werden und so integraler Lebensbestandteil der Zurückgebliebenen werden (vgl. Kast 1982, 71 - 78).

Ergänzend zu den Phasenmodellen, die grundsätzlich eine eher passive Haltung des Trauernden implizieren, wird in einem weiteren Ansatz zur Beschreibung des Trauerprozesses die Notwendigkeit zur aktiven Beteiligung der trauernden Person an der Bewältigung ihres Verlusterlebnisses hervorgehoben, sodass der Übergang von einer Stufe zur nächsten an die Erfüllung stufenspezifischer Aufgaben geknüpft ist. Nach Worden (1987) bestehen diese im anfänglichen Akzeptieren der Realität des Todes, gefolgt vom Erfahren des Trauerschmerzes, der Anpassung an eine Umwelt, in der der Verstorbene fehlt und schließlich dem Abziehen von Energie, die sodann in andere Bindungen investiert werden soll.

„Trauer ist ein langwieriger Prozess, der unter ‚großem Aufwand von Zeit und Besetzungsenergie durchgeführt‘ wird“ (Goldbrunner 1996, 19). Dieses Zitat von Goldbrunner weist auf den Aspekt hin, dass Trauer viel Zeit und Energie in Anspruch nimmt. Er erklärt weiter, dass früher Trauernden bestimmte Trauerzeiten als Entlastung zugestanden wurden, z.B. sieben Wochen für die intensive Trauer oder ein ganzes Jahr, um den Verlust zu verarbeiten. Diese Trauerzeiten wären durch bestimmte Symbole und Rituale ausgefüllt gewesen, die den Rückzug des Trauernden legitimierten und Raum für die Trauer schaffen sollten. Aus heutiger Kenntnis würde dieser zeitliche Freiraum als ein zu rigider zeitlicher Rahmen für die individuelle Trauer angesehen werden, da beobachtbar ist, dass die Dauer der Trauerarbeit stark variiert. Probleme ergeben sich auch aus der Tatsache, dass die Trauer häufig mehr Zeit und seelische Energie in Anspruch nimmt, als von der Umgebung und den Trauernden selbst zunächst eingeräumt wird. Insbesondere bei länger anhaltender Trauer zweifeln die Betroffenen häufig, ob sie noch normal seien, wenn sie so lange oder so intensiv trauern. Diese Belastung wird zusätzlich von der Ungeduld der Umgebung, die den Betroffenen zur Aufgabe der Trauer dränge, verstärkt (vgl. Goldbrunner 1996, 20).

Auch wenn durch die Entwicklung von Phasen- und Aufgabenmodellen eine Möglichkeit zur Einordnung von Trauerreaktionen und dem Erkennen von Bewältigungsmustern geschaffen wurde, so muss an dieser Stelle noch kritisch angemerkt werden, dass es immer schwierig bleiben wird, damit eine Beschreibung trauernder Personen vorzunehmen. Wie Worden (1987, 69) selbst meint, könne das Ausmaß der Beeinträchtigung nämlich aufgrund einer Reihe von Bedingungen (Stärke, Sicherheit, Ambivalenz), der Art und Weise des Todes, früheren Erfahrungen und Persönlichkeitsvariablen von Person zu Person stark variieren.

Diese Strukturierung des Trauerablaufes, so Bogyi et al. (2006, 21), sind Trauermodelle, die für Erwachsene entwickelt wurden. Es ist dabei zu bedenken, dass Kinder und Jugendliche anders trauern als Erwachsene. Deshalb wird im weiteren Verlauf der Arbeit vor allem auf die

Trauer der Kinder und deren spezifischen Gegebenheiten in unterschiedlichen Entwicklungsstadien eingegangen.

2.2. Wie trauern Kinder? Eine Annäherung aus entwicklungspsychologischer Sicht

Gut fundierte Kenntnisse darüber, was Kinder in verschiedenen Altersstufen in Bezug auf den Tod erfassen können, sind Voraussetzung für das Verständnis von Erlebens- und Verhaltensweisen der Kinder. Dies ist vor allem für Eltern und erwachsene Bezugspersonen hilfreich, die von Kindern nach Sterben und Tod gefragt werden und besonders wichtig für eine professionelle Trauerbegleitung. Da die im zweiten Teil der Arbeit folgende Analyse des „Zentrums für Trauernde Kinder in Bremen“ ein entsprechendes Wissen voraussetzt, was Kinder in den unterschiedlichen Altersstufen mit dem Tod assoziieren und welche Gedanken und Empfindungen er in ihnen hervorruft, widmet sich dieser Teil der Skizzierung des Todeskonzepts und der Trauerarbeit, die Kinder leisten.

2.2.1. Trauerarbeit bei Kindern

„Die adäquate Antwort auf Trennung, Abschied und Verlust ist die Trauerarbeit. Trauerarbeit bedeutet die individuelle Auseinandersetzung mit den Fragen des Lebens und des Sterbens“ (Bogyi et al. 2006 a, 25). Die Trauerarbeit von Kindern ist im Besonderen durch eine Gleichzeitigkeit gegensätzlicher Gefühle wie Schmerz, Sehnsucht, Schuld, Wut, Enttäuschung und Hoffnung gekennzeichnet, so Bogyi (2001, 37). Ähnlich wie Erwachsene erleben auch Kinder in Zeiten der Trauer unterschiedliche Phasen, die nicht strikt voneinander abzugrenzen sind. Aufgrund ihrer Tendenz, verstärkt in der Gegenwart zu leben, neigen Kinder allerdings vielmehr dazu, punktuell zu trauern. „Kinder trauern viel spontaner, punktueller und sprunghafter, das heißt Gefühlsschwankungen scheinen weitaus intensiver zu sein und in schnellerer Abfolge aufzutreten“ (Bogyi et al. 2006 a, 20). Auch Hausmann (2003, 349) erklärt dazu, dass Kinder viel sprunghafter, intensiver und mit rascheren Gefühlsschwankungen trauern als Jugendliche und Erwachsene. Plieth (2004, 104) unterstreicht in diesem Zusammenhang, dass jedes Kind anders und in einem je eigenen Zeittakt trauert. Ferner weist die Autorin darauf hin, dass selbst dann, wenn bestimmte Charakteristika auftauchen, nicht notwendigerweise alle möglichen Verhaltensweisen in streng geordneter Reihenfolge zutage treten müssen. Es können die Übergänge zwischen den einzelnen Trauerabschnitten einerseits fließend sein, andererseits aber auch abrupt erfolgen oder sich überlappen. Doch auch wenn es den idealen Verlauf der Trauerarbeit nicht gibt und

jeder Trauerprozess ein individuelles Geschehen darstellt, erklärt Bogyi (2001, 37), so lassen sich dennoch wesentliche Elemente im Rahmen der Trauerarbeit von Kindern feststellen, die man kennen soll, um Kinder in ihrer Trauer besser wahrzunehmen und sie so besser begleiten zu können. Diese, für Kinder spezifischen Aspekte der Trauer werden im Folgenden näher dargestellt.

a) Begreifen des Todes

„Jedwede Tabuisierung und Beschönigung erschwert es den Kindern, Trauerarbeit zu leisten. Kinder wollen die Wahrheit wissen, wollen am Geschehen teilhaben“ (Bogyi 2001, 40). Dieses Zitat weist auf einen wesentlichen Schritt der Trauerarbeit hin, dass Kinder den Tod begreifen müssen, um ihn verarbeiten zu können. Auch Furman (1977, 63) erklärt, dass das Wahrnehmen, Verstehen und Akzeptieren des Todes den ersten unerlässlichen Schritt im Rahmen der Trauerarbeit darstellt. Für Kinder jedoch, insbesondere für kleine Kinder, ist es sehr schwer, die Realität des Todes zu erkennen. So werden sie, erklärt Leist (1979, 164), immer wieder dazu neigen, den Tod in ihren Phantasien rückgängig zu machen und als etwas Reversibles anzusehen. Die Unterstützung der Erwachsenen ist somit wichtig, um einem Kind dabei zu helfen, die Endgültigkeit des Todes so gut es geht begreiflich zu machen, denn vor allem bei kleinen Kindern trägt ein unvollkommenes Todesverständnis dazu bei, dass noch lange mit der Rückkehr des Verstorbenen gerechnet wird. Iskenius-Emmler (1988, 133f) verweist darauf, dass dieser kindliche Glaube von Erwachsenen oft noch bestärkt wird, indem mit Kindern nicht offen und ehrlich über den Tod gesprochen wird. Eine derartige Verschleierung dient objektiv allerdings nur dazu, Kinder zu verunsichern und zögert die adäquate Verarbeitung des Verlustes hinaus. Auch Leist (1979, 161), betont in diesem Zusammenhang, dass nur sachliche und wirklichkeitsgetreue Informationen dem Kind zu einem angemessenen Todesverständnis verhelfen können. Denn eine realistische Auffassung des Todes als Ende des Lebens mit all seinen Konsequenzen bewahrt nicht nur vor mystischen Angstphantasien, sondern leitet Trauerarbeit erst in die Wege.

b) Entwertung des oder der Toten/ Wut

„Manchmal wird der Tote auch entwertet, um den Schmerz nicht in all seiner Wucht spüren zu müssen, oder aus einer tiefen Wut darüber, dass die verstorbene Bezugsperson das Kind alleine gelassen hat“ (Bogyi 2001, 36). Dies zeigt sich häufig durch Äußerungen von Wut und Enttäuschung im Rahmen der Trauerarbeit bei Kindern. Sie fühlen sich von der geliebten Person abgelehnt sowie im Stich gelassen und denken vielfach, dass das verlorene

Liebesobjekt absichtlich gestorben sei. Der Tod wird demnach ganz offensichtlich als persönliche Kränkung erlebt, so Leist (1979, 165). Plieth (2002, 107) meint, dass es in diesem Stadium daher sehr oft zu einem Aufbäumen gegen das Unabwendbare komme, das neben verbalen Zornbekundungen mitunter auch „blindwütiges Toben und Um-sich-schlagen auslösen kann“. Iskenius-Emmler (1988, 134) erklärt dass, darüber hinaus Kinder vermehrt dazu neigen, unsympathische Züge des Verstorbenen zu betonen und den Tod nachträglich legitimieren, indem sie meinen, es geschähe ihm ganz recht, dass er gestorben sei, um sich so vor der starken Sehnsucht nach dem geliebten Menschen zu schützen. Gerade aber diese Erfahrung, „daß sich in allen Schmerz Groll und Wut mischen können“ (Leist 1979, 165), stellt für das Kind, das seiner Ambivalenz besonders hilflos ausgeliefert ist, eine große Belastung dar.

Bogyi (2001, 36) erläutert, dass im Zuge der Entwertung der verlorenen Bezugsperson häufig allzu schnelle und undifferenzierte Bindungen an Ersatzpersonen entstehen. Die Kinder versuchen oft, für die verbleibende Bezugsperson die Rolle des verfügbaren Trösters zu spielen und den trauernden Elternteil wieder aufzurichten. Dieser Wiedergutmachtungswunsch, so Bogyi, ist ein wichtiger Verarbeitungsschritt und ein Zeichen, dass das Leben weitergeht.

Spiecker-Verscharen (1982, 33) betont, dass übertriebener Zorn und Groll bei trauernden Kindern im Grunde nur als Zeichen dafür anzusehen sind, wie sehr diese unter der Entbehrung des Verlusts eines Liebesobjekts leiden. Auch Iskenius-Emmler (1988, 134) weist darauf hin, dass Kinder im späteren Verlauf der Trauerarbeit wieder ein realistisches Bild von der verstorbenen Person gewinnen, in das sowohl positive als auch negative Persönlichkeitsmerkmale integriert werden können.

c) Überbesetzung und Besetzungsabzug

Im weiteren Verlauf der Trauerarbeit, kommt es bei Kindern häufig zu einer starken Überbewertung und Idealisierung des verlorenen Liebesobjekts, so Furman (1977, 67). Da die Unerreichbarkeit eines geliebten Menschen starke Gefühle der Sehnsucht hervorruft, neigen Kinder besonders dazu, sich an gemeinsame Erlebnisse mit dem Verstorbenen zu erinnern, wobei negative Persönlichkeitseigenschaften verleugnet und positive Wesensmerkmale vermehrt überbewertet werden. Idealisierungstendenzen des Verstorbenen, so beschreiben Bogyi et al. (2006a, 20), treten besonders dann auf, wenn dem Kind etwas nicht gelingt oder ihm etwas verboten wird. Dann können Aussagen folgen wie: „Die Mama hätte mir bei der Aufgabe geholfen! Die Mama hätte gewusst, wie das geht! Die Mama hätte mir das erlaubt!“

(Bogyi et al. 2006 a, 20). Diese Haltung der Kinder, so die Autorinnen weiter, weist auf Schuldgefühle des Kindes gegenüber dem verlorenen Elternteil hin, sich an eine neue Bezugsperson zu binden. Spiecker-Verscharen (1982, 39f) sieht diese Idealisierung und Überbesetzung als eine wichtige Voraussetzung, durch welche die für den weiteren Verlauf der Trauerarbeit notwendige Ablösung vom verlorenen Liebesobjekt grundsätzlich erst möglich wird. Denn nur dann, wenn Kinder ausreichend Gelegenheit dazu haben, sich den vielen Erinnerungen und damit verbundenen Gefühlen hinzugeben, kann allmählich die Loslösung vom verlorenen Liebesobjekt eingeleitet werden. Furman (1977, 117) betont die Wichtigkeit einer erwachsenen Bezugsperson, welche das Kind unterstützt und ihm zudem erlauben soll, neben positiven auch negative Aspekte der verstorbenen Person ins Gedächtnis zurückzurufen. Hierbei sei allerdings zu erwähnen, dass jedes Kind individuelle Ausdrucksformen findet, um seine Verbundenheit auszudrücken. So wird vor allem die Erinnerung kleinerer Kinder, deren Gedächtnis noch nicht primär verbalen Charakter hat, sondern eher mit Agieren verbunden ist, vorwiegend durch das Wiederholen gewisser Aktivitäten begleitet sein, erklärt Spiecker-Verscharen (1982, 39). Neben der Tendenz des Kindes, bestimmte Spiele oder Tätigkeiten auszuüben, die mit der verstorbenen Person assoziiert werden, nehmen auch Erinnerungsstücke in diesem Stadium der Trauerarbeit einen großen Stellenwert ein, erklärt Bogyi (2006 b, 52). „Geerbte Besitztümer, Fotos und alte Geschenke werden zum Anhaltspunkt für unzählige Assoziationen und dienen als Symbole für vergangene Zeiten, in denen das Liebesobjekt noch verfügbar war. Für Kinder sind solche Kleinigkeiten als handgreifliche Erinnerungshilfen von besonderer Bedeutung“ (Spiecker-Verscharen 1982, 39). Leist (1979, 168) unterstreicht die Wichtigkeit gemeinsamer Gespräche, die trauernden Kindern im Zuge ihrer Erinnerung dabei helfen sollen, diverse aufkommende Gefühle zu äußern sowie zu ertragen. Denn nur dann, wenn Kinder ausreichend Gelegenheit dazu haben, sich den vielen Erinnerungen und damit verbundenen Gefühlen zu widmen, kann die Loslösung vom verlorenen Liebesobjekt allmählich eingeleitet werden. Auch Furman (1977, 118) schreibt in diesem Zusammenhang: „Die Kinder konnten den Besetzungsabzug vom toten Liebesobjekt in dem notwendigen Umfang erst leisten, nachdem sie sich sozusagen satt erinnerten und –gesehnt hatten“.

d) Identifizierung

„Die Identifikation mit dem verstorbenen Elternteil ist ein wichtiger Schritt in der Trauerarbeit. Identifikation hilft, sich dem Verstorbenen anzunähern. Wenn das Kind wie der Verstorbene ist, hat es ihn nicht verloren“ (Bogyi 2001, 36). Das Kind, so auch Plieth (2002,

126), erinnert positiv erlebte Eigenschaften und Verhaltensweisen der verstorbenen Person „und ahmt sie nach, um deren Bestand zu konservieren und so zu sichern. Auf diese Weise versucht es, der eigenen Persönlichkeit durch Übernahme einer anderen – bislang als stabilisierend erfahrenen – Identität Halt zu geben und so den erlittenen Verlust ‘auszugleichen’“. Die Identifizierung stellt demnach einen wichtigen Aspekt in der Trauerarbeit von Kindern dar, weil sie ihnen dabei hilft, das verlorene Objekt im Inneren zu bewahren, wodurch es nicht völlig aufgegeben werden muss. So können Kinder, die um den Verlust eines Liebesobjekts trauern, beispielsweise die gleichen Begabungen und Interessen entwickeln wie der Verstorbene oder einen ähnlichen Beruf anstreben, erklärt Bogyi (2001, 36). „Zum Teil lieben sie es sogar in einem bestimmten Alter, die Sachen des Verstorbenen anzuziehen, damit zu spielen und sich noch einmal in die glückliche Zeit des Beisammenseins zurückzuphantasieren. Oftmals sind diese Identifizierungen nur oberflächlich und gehen bald vorbei. Sie dienen häufig nur dazu, um die Erinnerung an den geliebten Toten deutlicher werden zu lassen“ (Leist 1979, 169). Bogyi (2001, 36) beschreibt weiter, dass der Prozess der Identifikation später idealerweise durch Erinnerung und die verinnerlichte Anteile des verstorbenen Elternteils mit Hilfe des überlebenden Elternteils fortgesetzt wird.

So kann jedoch auch eine übermäßige Identifizierung mit dem Toten die Reifung eines Kindes verzögern, da sie auf lange Sicht die Ablösung der libidinösen Besetzung behindert, wodurch keine neuen Objektbeziehungen eingegangen werden können, beschreibt Furman (1977, 74). So kann es vorkommen, dass sich Kinder zu sehr am Bild eines verlorenen Liebesobjekts orientieren und die Entwicklung ihrer eigenen Talente vernachlässigen oder in pathologische Identifikationsformen verfallen, indem sie Krankheitssymptome einer verstorbenen Person nachahmen (Bogyi 2001, 36; Spiecker-Verscharen 1982, 42f). In solchen Fällen negativer Identifizierungen, benötigen Kinder, so Leist (1979, 169), unbedingt fachliche Hilfe, damit ihre Weiterentwicklung nicht beeinträchtigt wird und sie sich schließlich auf neue Objektbeziehungen einlassen können.

e) Aufnahme neuer Beziehungen

Haben Kinder den Verlust eines Liebesobjekts angemessen verarbeitet, sind sie allmählich auch dazu bereit neue Beziehungen aufzunehmen und ihr Vertrauen einem anderen Menschen zu schenken. Denn nur wenn die Trauerarbeit vollständig geleistet wurde, so Spiecker-Verscharen (1982, 48), ist das Ich wieder frei, neue Beziehungen aufzunehmen und in seiner Entwicklung fortzuschreiten. Der Aufbau einer neuen Bindung ist nach Furman (1977, 80) vor allem dann erforderlich, wenn es sich bei dem verlorenen Liebesobjekt um einen

Elternteil oder ähnlich wichtigen Menschen im Leben der Kinder handelt. Denn, um ihre Persönlichkeitsreifung fortsetzen zu können, brauchen Kinder eine lebendige Bezugsperson (vgl. Spiecker-Verscharen 1982, 46). Bogyi (2001, 36) erläutert, dass es Kindern häufig schwer fällt, sich an Ersatzbezugspersonen zu binden, sei aus Angst vor einem neuerlichen Verlust oder aufgrund von Schuldgefühlen dem Verstorbenen gegenüber. So kann es sein, dass sie den verbleibenden Elternteil beobachten und böse auf ihn sind, wenn ein neuer Partner oder eine Partnerin gefunden wird.

2.2.2. Trauerarbeit von Jugendlichen

Bei Trauerarbeit von Jugendlichen ist zu bedenken, so Bogyi (1999a, 110), dass sie sich in der Ablösungsphase von ihren primären Bezugspersonen befinden. Die Ablösung von einem verstorbenen Elternteil ist für den Jugendlichen somit ein besonders schwieriger Prozess. Sie wollen meist alleine mit ihren Verlusterlebnissen fertig werden, ziehen sich zurück, kapseln sich ab, wollen sich nicht an einen Erwachsenen binden, und ziehen das Gespräch mit gleichaltrigen Freunden vor. Häufig zeigen Jugendliche auch den Wunsch nach Ablenkung, übertriebener Unterhaltung, lauter Musik, etc. So kann der Tod einer Bezugsperson für den Jugendlichen der Auslöser für eine starke Sinnkrise sein, die mit Suizidgedanken einhergehen kann. Auch extreme Abenteuerlust und übertriebene sportliche Betätigung oder die Suche nach körperlichen Grenzerfahrungen, können Ausdruck jugendlicher Trauerverarbeitung sein. Das Aufsuchen des Tatortes scheint für sie besonders wichtig, wobei die Verleugnung der eigenen Emotionen dabei immer wieder zu psychosomatischen Beschwerden führen kann. Jugendliche reagieren häufig sehr aufbrausend gleichzeitig aber auch sehr empfindsam. Manchmal wollen sie nach einem Verlusterlebnis ihr ganzes Leben verändern und zeigen verstärktes Autonomiebestreben, wobei die Gefahr des Suchtverhaltens groß ist. Jugendliche werden, genauso wie Kinder, oft in ihrer Art zu trauern nicht ernst genommen, weil sie sich nicht an konventionelle Normen halten. So bringt etwa das Verweigern des Friedhofsbesuches Verdruss mit den verbleibenden Bezugspersonen. Sie ziehen sich häufig alleine oder mit Freunden irgendwohin zurück, um auf ihre Art intensiv dem Toten zu gedenken. Auch das Verfassen von Tagebuchaufzeichnungen, Liedern, Gedichten Essays oder Theaterstücken zählen zu Verarbeitungsreaktionen, führt Bogyi (1999a, 111) weiter aus. Wegen ihres abwehrenden Verhaltens wird Jugendlichen oft vorgeworfen, wie sehr sie den oder die Tote enttäuschen würde, wobei gerade in dieser labilen Zeit Vorwürfe besonders kränkend oder verletzend für den Jugendlichen sind. Abwehrmechanismen der Rationalisierung, der

Idealisierung, der Intellektualisierung und Entwertung stellen, wie oben beschrieben, weitere Verarbeitungsschritte dar. Teilweise geraten sie aber auch in die Ersatzpartnerrolle, die dann besonders die Ablösung erschwert, und vor allem in Scheidungskrisen zum Tragen kommt.

2.2.3. Abwehrmechanismen

Die Gleichzeitigkeit unterschiedlicher Gefühle wie Schmerz, Sehnsucht, Schuld, Wut, Ohnmacht, Hilflosigkeit, Enttäuschung, aber auch Hoffnung ist, wie bereits oben beschrieben, ein wesentliches Merkmal des Trauerprozesses. Um von der Fülle all dieser Emotionen nicht überwältigt zu werden, ist es für Kinder daher auch immer wieder notwendig, sich vorübergehend Distanz von der allzu schmerzenden Wirklichkeit zu schaffen meint Bogyi (2006 b, 50). So stellen auch bestimmte Verdrängungs- und Abwehrmechanismen, die grundsätzlich in allen Stadien der Trauer beobachtet werden können, ein wesentliches Element des kindlichen Trauerprozesses dar. Da eine Kenntnis dieser Mechanismen sehr bedeutsam ist, um ein tieferes Verständnis für Kinder in ihrer Trauer zu entwickeln, werden die häufigsten unter ihnen im Folgenden kurz dargestellt.

➤ Schock

Der Schock ist das erste Symptom im Trauer- und Sterbeprozess, schreiben Bogyi et al. (2006 a, 24). Durch den Schock fallen die Menschen in einen Zustand der Gefühls- und Regungslosigkeit, wobei dieser Schockzustand auch einen Schutzmechanismus darstellt, der durchbrochen werden muss, um eine heilsame Trauerarbeit zu ermöglichen.

➤ Verleugnung, Affektisolierung

Nicht selten wird die Trauer von Kindern massiv abgewehrt, indem der Tod verleugnet wird. So kann es sein, dass Kinder den Tod eines geliebten Menschen einfach nicht wahrhaben wollen und den Verlust leugnen, weil sie den damit verbundenen Schmerz noch nicht ertragen können. Dadurch wird die Erkenntnis der realen Situation verzögert und die kindliche Psyche vorerst vor einem ersten Schock geschützt (Bogyi 2006 b, 50; Spiecker-Verscharen 1982, 44). Bei den Erwachsenen kann dieses Verhalten wiederum fälschlicherweise den Eindruck erwecken, dass das Kind den Verlust gar nicht mitbekomme oder ihn bereits verkraftet habe. Bogyi et al. (2006 a, 21) erklären auch, dass Kinder auch nicht ständig an den Tod eines Angehörigen erinnert werden und schon gar nicht deswegen eine Sonderposition einnehmen

wollen. Im Schulalltag zum Beispiel möchten sie genauso beurteilt werden wie die anderen Kinder und keine Schonhaltung einnehmen müssen.

In manchen Fällen kommt es bei Kindern auch zur Affektisolation, was bedeutet, dass die Todeserfahrung sowie die damit verbundenen unlustvollen Affekte ins Unbewusste verdrängt und auf diese Weise vom übrigen Leben isoliert werden. Kinder verhalten sich demnach so, als ob nichts geschehen wäre (Bogyi 2001, 36). Diese vermeintliche Gefühllosigkeit spiegelt nach Spiecker-Verscharen (1982, 45) oft nur die Unfähigkeit der Erwachsenen wider, selbst zu trauern und das Kind beim Ausdrücken seiner Empfindungen zu unterstützen.

➤ Verdrängung

Das gesamte Trauergeschehen wird in den Bereich des Unbewussten abgeschoben, wodurch es zu psychosomatischen Beschwerden wie Kopf- oder Rückenschmerzen und Übelkeit kommen kann. Aber auch Veränderungen im psychischen Verhalten können vermehrt auftreten wie zum Beispiel Depressionen, Aggressionen, neurotische und zwanghafte Reaktionen. Soziale Kommunikationsstörungen die sich durch Angst vor Kontakten, Isolation und Abkapselung zeigen, können ebenfalls folgen von verdrängter Trauer sein, so Bogyi et al. (2006 a, 25).

➤ Verschiebung

Durch die Verleugnung kann es auch zu einer Verschiebung der Trauergefühle kommen. Dies bedeutet, dass Kinder die Trauer um einen geliebten Menschen lange Zeit verleugnen und keine Betroffenheit äußern, bis ein kleineres aktuelles Verlusterlebnis schließlich eine Reaktivierung eines früheren gravierenden Verlustes darstellt, zu dessen Bewältigung die Abwehrmaßnahmen dann nicht mehr ausreichen, erklärt Bogyi (2006 b, 51). Die Autorin macht bereits (2001, 37) in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam, dass Kinder hier oft missverstanden werden, denn „es wird nicht bedacht, dass ein mühsam errichteter Schutzwall nun durchbrochen ist und die in den Augen der Erwachsenen als Kleinigkeit bezeichnete Situation eine massive Trauerreaktion auslösen kann“.

➤ Projektion

Über die eigenen Probleme und damit verbundenen Gefühle kann nicht gesprochen werden, woraufhin es zur Übertragung auf andere Personen kommt (vgl. Bogyi et al. 2006 a, 25).

➤ Umkehr der Affekte

Auch die Umkehr der Affekte stellt einen Abwehrmechanismus dar, der bei Kindern häufig wahrgenommen werden kann. Um sich ihrer Trauer vorerst nicht stellen zu müssen, versuchen sie oftmals mit gespielter Sorglosigkeit und Unbeschwertheit, ihre Verzweiflung zu übertönen, wobei übertriebene Heiterkeit und Mobilität dazu dienen, alles Unangenehme noch eine Weile fernzuhalten, erklärt Spiecker-Verscharen (1982, 45). Folgt man der Auffassung von Bogyi (2006 b, 51), so hilft diese Umwandlung von Passivität in Aktivität dem Ich des Kindes, über die erste Zeit nach einem Todesfall hinwegzukommen.

➤ Regression

Sehr häufig lassen sich bei Kindern infolge eines Verlusterlebnisses auch regressive Reaktionen feststellen. Dies bedeutet, dass viele Kinder von ihrem bisher erreichten Reifestadium auf frühere Entwicklungsstufen zurückfallen, die sie eigentlich schon überwunden hatten. Nach Leist (1979, 170) mag hier unbewusst der Wunsch dahinter stehen, das schreckliche Ereignis rückgängig zu machen und in das unbeschwerte Baby- oder Kleinkindalter zurückzukehren, als die Welt noch in Ordnung und die verlorene Person noch am Leben war. So mag es sein, dass Kinder wieder nach ihrem Fläschchen verlangen, am Daumen lutschen, einnässen oder vermehrt quengeln und klammern, so Bogyi (2006 b, 51). Die hier skizzierten Abwehrmechanismen, spielen eine wichtige und auch notwendige Rolle im kindlichen Trauerprozess, da sie Kindern dabei helfen, einen vorübergehenden Schutzwall gegen zu großen Kummer zu errichten und ihnen somit die Möglichkeit bieten, sich von der allzu schmerzenden Wirklichkeit zu distanzieren. Nur wenn an den Abwehrmechanismen festgehalten wird, kann, so Spiecker-Verscharen (1982, 44), von einer Störung der Trauer gesprochen werden. Denn in diesem Fall schieben Kinder die Auseinandersetzung mit der Realität nicht nur auf, sondern gehen ihr gänzlich aus dem Wege, wodurch die Trauerarbeit nicht beendet werden kann.

➤ Kompensation

Hierbei wird die Ernsthaftigkeit der Situation verharmlost und abgeschwächt. Hilfestellungen werden abgelehnt und soziale Kontakte abgebrochen (vgl. Bogyi et al. 2006, 25).

➤ Lernhemmung (kognitive Blockierung):

Bogyi et al. (2006 a, 19) nennen auch noch Konzentrationsstörungen, Leistungsabfälle und sozialen Rückzug als mögliche Folgen, die bei Kindern und Jugendlichen häufig zu

beobachten sind. Sie sind blockiert in ihrer Lernfähigkeit, versagen in der Schule und werden oft als mangelhaft begabt eingestuft, beschreiben die Autorinnen weiter. Der Grund dafür ist aber, dass sich die Kinder und Jugendlichen der Realität gegenüber verschließen, um somit nicht die Tatsache des Todes akzeptieren zu müssen.

Im Allgemeinen werden Abwehrmechanismen als etwas Negatives gesehen, eine Störung im Verhalten des Menschen, die seine Reifung verhindert, erklären Bogyi et al. (2006 a, 19). Doch vor allem Kinder und Jugendliche brauchen diese Abwehrmechanismen in bestimmten Situationen, um zuerst Kräfte sammeln zu können und sich dann mit der Realität und ihrer eigenen Sehnsucht und Trauer auseinander setzen zu können. Für die Begleitung der Kinder in ihrer Trauer ist es also wichtig zu wissen, dass die Abwehrmaßnahmen eine Zeit lang geduldet werden müssen, um den Kindern das Ertragen der Sehnsucht auf Dauer zu ermöglichen.

➤ Aggression

Aggressionen können sich in Wut, Zorn, Hass, Schuldgefühlen usw. äußern. Es können somit Beschuldigungen nach außen auftreten, aber auch Niedergeschlagenheit, Grübeln oder tiefe Traurigkeit nach innen (vgl. Bogyi et al. 2006 a, 25).

➤ Depression

Die Depression zeigt sich in Form einer tiefen Traurigkeit, Versteinerung, Verbitterung und Lebensängsten (vgl. Bogyi et al. 2006 a, 25).

➤ Abkapselung

Bei der Abkapselung kommt es zur Abschirmung von der Umwelt, sozialem Rückzug und Misstrauen gegenüber anderen Menschen (vgl. Bogyi et al. 2006 a, 25).

➤ Ich-bezogenes Verhalten

Die trauernde Person sieht sich im Mittelpunkt des Geschehens. Ihre Bedürfnisse, Wünsche und Forderungen haben Vorrang gegenüber anderen, wodurch sie versucht, sich Zuwendung zu holen (vgl. Bogyi et al. 2006 a, 25).

„Gelingt es den Trauerprozess mit all seinen Abwehrmechanismen zu durchleben und das Unvermeidliche anzunehmen, so kommt der Trauernde wieder zur Ruhe. Gelingt dies nicht,

so werden durch weitere Verluste, Abschiede und Trennungen gewaltige ‚Trauerberge‘ bis zum Ende des Lebens anwachsen“ (Bogyi et al. 2006 a, 25).

2.2.4. Bedeutende Reaktionen und Gefühle

Über die bereits erklärten Reaktion hinaus werden hier noch Reaktionsweisen und Gefühle beschrieben, die bei der Trauerbegleitung mit Kindern eine wesentliche Rolle spielen und somit spezielle Berücksichtigung finden sollten.

- Ängste

Der Tod löst bei Kindern vielschichtige Ängste aus. Diese vermehrte Angstbereitschaft kann sich in Verlassensängsten, Trennungsängsten, Angstträumen, Angst, das gleiche Schicksal wie der Verstorbene zu erleiden und Angst vor Dunkelheit äußern, wobei die Angst vor einem weiteren Verlust im Vordergrund steht, erklären Bogyi et al. (2006 a, 20).

- Wut

Wie bereits oben ausführlich beschrieben, spielt die Wut bei der Trauer der Kinder eine wesentliche Rolle. Auch Hausmann erklärt, dass Kinder ihre Trauergefühle oft sehr unmittelbar ausdrücken, vor allem durch Wut und Aggression. Nach Bogyi et al. (2006 a, 20) ist die Wut ein wesentlicher Bestandteil der kindlichen Trauer, sei es aus Ohnmacht und Hilflosigkeit oder aus Verzweiflung oder aber weil sie wütend auf den Verstorbenen sind, weil er sie alleine lässt.

- Schuldgefühle

Neben der Wut, spielen vor allem Schuldgefühle eine wesentliche Bedeutung bei der Trauerbegleitung, weshalb sie hier gesondert angeführt wird. Wenn die ersten heftigen Reaktionen von Hass, Trotz und Enttäuschung auf den Verstorbenen abgeklungen sind, empfinden Kinder häufig Reue über diese negativen Empfindungen, wodurch diverse Schuldgefühle im Zusammenhang mit dem Tod eines Angehörigen auftreten können, erklärt Spiecker-Verscharen (1982, 34). Oft fühlen sich Kinder schuldig am Tod des Verstorbenen, weil sie etwa vor dessen Tod schlimm und ungehorsam waren. So haben Kinder häufig das Gefühl zum Beispiel den Herzinfarkt des Vaters verursacht zu haben, oder aus irgendeinem anderen Grund am Tod des Angehörigen Schuld zu tragen. Diese Schuldgefühle dürfen nicht übersehen werden, erklärt Hausmann (2003, 349). Dazu ist es notwendig, dass die

Erwachsenen die Zusammenhänge, die zum Tod geführt haben, dem Entwicklungsstand des Kindes gemäß erklären und auf alle Fragen eingehen. Die Suche nach dem Schuldigen bzw. nach einem Erklärungsmodell ist für Kinder sehr wichtig, beschreiben auch Bogyi et al. (2006 a, 21). Häufig denken sie sich mögliche Zusammenhänge aus, sind von ihren Schlussfolgerungen fest überzeugt, stellen aber gleichzeitig viele Fragen, die immer wiederkehren. Auch Sachfragen beschäftigen sie, etwa warum der Tod eingetreten ist, wie es im Grab aussieht, was mit dem Leichnam geschieht, ob der Verstorbene wiederkommt, wie es im Himmel aussieht und vieles mehr. „Das ‚Totschweigen des Todes‘ ist mit Sicherheit ein Problem der Erwachsenen und nicht der Kinder“ führt Bogyi (1999b, 126) an. Vor allem Kinder im präoperationalen Stadium fürchten vorbewusst, unbewusst oder bewusst, durch ihre aggressiven Impulse die Schuld am Tod eines Menschen zu tragen, da sie glauben, diesen durch magische Kräfte herbeigeführt zu haben, erklärt Bogyi (2006 b, 48). Darüber hinaus mag es aber auch sein, dass Kinder zum einen annehmen, durch ihre feindseligen Phantasien noch andere Menschen töten zu können und zum anderen selbst bei der harmlosesten Erkrankung denken, ihr Vergehen würde nun dadurch vergolten, indem sie selbst sterben müssen (vgl. Spiecker-Verscharen 1982, 34f). Schuldgefühle sind also ein wesentlicher Bestandteil kindlicher Trauer und treten nach Bogyi (2006, 49) insbesondere beim Tod von Geschwistern massiv in den Vordergrund. Denn das ambivalente Verhältnis, wie es häufig unter Geschwistern vorkommt, bewirkt beim zurückbleibenden Kind nachträglich Gewissensbisse. Vor allem Kinder im magischen Alter sind extrem gefährdet, sich nach dem Tod eines Geschwisterkindes schuldig zu fühlen, da sie dieses nicht selten weg gewünscht haben und in weiterer Folge zu der Einstellung gelangen, eine Schuld auf sich geladen zu haben, die sie nie wieder gutmachen können. So können betroffene Kinder fast immer der absoluten Überzeugung sein, ihren Eltern wäre es lieber gewesen, sie selbst wären anstelle des Bruders oder der Schwester gestorben, erklärt Bogyi (2006, 49).

2.2.5. Entwicklung des Todesverständnisses

„Die inneren Bilder der Kinder und Jugendlichen und damit auch ihre Reaktionen auf den Tod eines Menschen werden stark von ihrem Alter beeinflusst“ (Bogyi et al. 2006, 13).

Bei der Beschäftigung mit Trauer von Kindern und Jugendlichen darf nie der jeweilige Entwicklungsstand außer Acht gelassen werden. Deswegen wird hier ein Überblick über die Entwicklung des Todesverständnisses und den Reaktionen bei Kindern nach Specht-Tomann (2000, 69 – 79) gegeben.

Kinder unter 3 Jahren

Kleine Kinder, so schreibt Specht-Tomann (2000, 69), erleben Tod als Abwesenheit, als Trennung von etwas Liebgewordenem. Ihr großes Bedürfnis nach Nähe hat zur Folge, dass bereits länger anhaltende Trennungen von der geliebten Person als Bedrohung erlebt werden. Auch vorübergehende Trennungen sind in diesem Alter für die Kinder schwer zu verkraften. Sie protestieren zuerst, dann werden sie traurig, schließlich apathisch, erklärt die Autorin weiter. Das fehlende Zeitverständnis und die emotionale Abhängigkeit lösen beim kleinen Kind große Verlustängste aus und all jene Gefühle, die als Trauergefühle und Trauerreaktionen bekannt sind. Der Tod kann in dieser Altersstufe noch nicht begriffen werden, da die kognitiven Voraussetzungen fehlen, abstrakte Begriffe zu verstehen. So können Kinder unter drei Jahren selbstverständlich noch nichts mit den Begriffen Tod oder Ewigkeit anfangen. Sie empfinden jedoch durch die enge gefühlsmäßige Verbundenheit mit der Mutter oder ihnen nahe stehenden Menschen die Empfindungen dieser mit. Wenn etwa der Tod eines Familienmitgliedes die Mutter des Kindes tief trifft, dann empfindet der Säugling die Trauer der Mutter mit. Das emotionale Gedächtnis hat also in diesem Alter bereits eine große Bedeutung.

Kinder zwischen 3 und 5 Jahren

Auch in dieser Altersstufe, beschreibt Specht-Tomann (2000, 71), können Kinder den Tod als abstrakten Begriff noch nicht begreifen. Er kann jedoch als Ereignis mit bestimmten emotionalen Reaktionen in der Umwelt, die kindliche Seele tief bewegen. Der Tod hat also noch keinen Platz im Denken, spielt aber in der Gefühlswelt des Kindes eine große Rolle. Die Endgültigkeit des Todes, so die Autorin, kann bis zum Schulalter nicht oder nur schwer begriffen werden. So haben die Kinder häufig die Vorstellung, dass der Verstorbene weiter atmet, weiter isst also weiterlebt nur in einem anderen Zustand, und er somit auch irgendwann wiederkommen könne. Da ein tieferes Verständnis für den Tod noch nicht existiert, ist der Umgang mit diesem und vor allem mit dem Begriff „Tod“ ungezwungen. Sie wollen den Tod erforschen, stellen viele Fragen und versuchen selbst im Spiel Herr über Leben und Tod zu sein. Für sie ist der Tod etwas, das anderen Menschen oder auch Tieren zustößt. So sind nur böse, alte, kranke Menschen davon betroffen, niemals sie selbst. Kinder dieser Altersstufe verwenden das Wort „tot“ auch dann, wenn sie sich einer Sache entziehen wollen. So kann die Aussage: „Ich bin tot“ soviel bedeuten wie: „Ich bin nicht zu erreichen.“ So kann es auch vorkommen, dass bei Verboten oder Bestrafungen seitens der Eltern das Kind schimpft: „Du sollst tot sein!“ Dies ist jedoch so zu verstehen, dass das Kind damit seine Enttäuschung zum

Ausdruck bringt und seinen Unmut äußert. Für Erwachsene ist es häufig schwer, solch einen Satz richtig anzunehmen und seine altersgemäße Bedeutung zu verstehen. Das magische Denken und Allmachtsgedanken der Kinder können eine besondere Bedeutung annehmen, da daraus Überforderung und Schuldgefühle hervorgerufen werden können. Der übergroße Wunsch, mit den eigenen Kräften das Schicksal nahe stehender Menschen zu beeinflussen, und der Glaube daran, dies sei auch möglich, bleibt bis ins Jugendalter erhalten, beschreibt Specht-Tomann (2000, 73). Stirbt ein Mensch, über den vorher böses gedacht oder gesagt wurde, dann entwickelt das Kind heftige Schuldgefühle. Je älter das Kind wird, desto besser gelingt ihm die Fähigkeit, zwischen Belebtem und Unbelebtem zu unterscheiden und ist besser in der Lage, die Endgültigkeit des Todes im Ansatz zu begreifen. Kinder in dieser Altersstufe nehmen alles sehr wörtlich. So können metaphorische Umschreibungen wie „entschlafen“, „vorausgegangen“, „fortgegangen“, „ewige Ruhe“, „lange Reise“ oder „einen Menschen verlieren“ die Kinder verwirren und Ängste aktivieren. Die Teilnahme an den Ritualen der Totenwache, der Aufbahrung und der Beerdigung bedarf einer guten Begleitung, soll jedoch den Kindern nicht vorenthalten werden, wenn sie dies wünschen. Wichtig dabei sind eine klare und offene Sprache bei der Beantwortung der kindlichen Fragen zum Tod, Zeit für das Kind und Einfühlungsvermögen in das Weltbild des Kindes.

Kinder zwischen 6 und 9 Jahren

Mit dem Eintritt in das Schulalter, so Specht-Tomann (2000, 75), macht das Kind enorme Entwicklungsschritte. Das Kind ist nun in der Lage zwischen Phantasie und Realität zu unterscheiden und ist so auch in der Lage, den Tod als Tatsache zu erfassen. Die Bewegung wird als wichtiges Unterscheidungskriterium zwischen belebt und unbelebt herangezogen. Häufig wird der Tod personalisiert als Knochen- oder Sensenmann und sie lernen Todesursachen zu unterscheiden, wie Gewalt oder Krankheit. Auch wenn Kinder dieser Altersstufe den Tod als etwas Endgültiges erkennen, heißt das nicht, dass sie dies auch emotional akzeptieren können. Somit pendeln sie häufig zwischen Phantasievorstellungen früherer Jahre und den realen Einschätzungen hin und her. Sie sind sehr interessiert an Geschichten, Bildern und Erzählungen über den Tod. Das Wissen um die Realität des Todes lässt sie jedoch gleichzeitig auch mit einer zunehmenden Scheu über den Tod sprechen. „Der Tod ist für immer“, kann als Kernaussage eines Kindes in dieser Altersstufe vorkommen. Sie begreifen also, dass Tote nicht wieder kehren können, der Tod also nicht umkehrbar ist. Es tauchen auch erste Gedanken zum Leib-Seele Problem auf, woraus sich erste

Unsterblichkeitsgedanken, unabhängig von der Religionszugehörigkeit entwickeln können. Diese bleiben bis in die Pubertät erhalten und werden erst dann von spezifischen, meist religiös überformten Vorstellungen abgelöst. Typisch sind auch Ängste, die durch den bewussten Zugang zum Tod entstehen können. Einfache Schlussfolgerungen werden gezogen und machen ersichtlich, dass auch sie selbst und ihre Umgebung vom Tod betroffen sind. „Verlust- und Trennungsängste, die Sorge, Sicherheit, Geborgenheit und Vertrautes zu verlieren, sowie die Angst, im Kreis der Freunde plötzlich ‚ein anderer‘ zu sein, sind Ausdruck für die tiefgreifenden Verletzungen, die der Tod eines nahe stehenden Menschen bei einem Volksschulkind auslösen kann“ (Specht-Tomann 2000, 76). Bereits bei Kindern dieses Alters löst der Tod eines nahe stehenden Menschen tiefe Trauer mit all den dazugehörenden Gefühlen aus, so die Autorin weiter. Allerdings drücken sich diese Gefühle bei Kindern anders aus. So kann sich Leugnung des Todes zu einer Betonung der Fröhlichkeit und vermehrtes, lautes Spielen führen. Zorn, Wut, Ärger, Angst können ebenso auftreten wie Schuldgefühle. Die Sehnsucht nach einer verstorbenen Person lässt Kinder oft heimlich auf die Suche nach diesen Menschen gehen. Sie idealisieren die Verstorbenen und versuchen viele Eigenschaften und Ähnlichkeiten zwischen sich und dem Toten zu finden.

Kinder zwischen 10 und 14 Jahren

Je weiter die Kinder in der Entwicklung sind, desto ähnlicher werden ihre Vorstellungen, Gefühle und inneren Bilder vom Tod denjenigen der Erwachsenen. Mit ca. 10 Jahren entwickeln Kinder ein historisches Bewusstsein. Das bedeutet, dass sie großes Interesse an Geschichten ihrer Vorfahren zeigen und so eine Brücke zwischen gestern und heute herstellen können und sich selbst als historische Wesen begreifen lernen, die einen Anfang und ein Ende haben. Die Frage nach der Identität beschäftigt Kinder bis weit in die Zeit des jungen Erwachsenenalters. Diese Auseinandersetzung geht auch an der Frage nach dem Tod nicht vorbei, so Specht-Tomann (2000, 78). Kinder dieser Altersstufe können Erfahrungen aus einem Bereich auf einen anderen übertragen und bilden sich so auch ihre eigenen Theorien über Werden und Vergehen. Sie beschäftigen sich häufig mit diesen Gedanken, jedoch bleibt dies ihrer Umgebung häufig verborgen. Die Sichtweisen, dass der Tod nur alte und kranke Menschen betrifft, wie sie schon in früheren Entwicklungsstufen vorkommen, bleiben bis weit in das Jugendalter erhalten, auch wenn der Tod als Realität, als unausweichlicher Schlusspunkt eines Lebens akzeptiert wird. Die großen gefühlsmäßigen Schwankungen führen auch zu schwankenden Einstellungen gegenüber Sterben und Tod. Dies ist besonders

in den Reaktionen auf einen erfahrenen Verlust zu beobachten, erklärt Specht-Tomann (2000, 79). Prinzipiell treten alle Trauerreaktionen auf, die auch bei Erwachsenen bekannt sind, obwohl der Trauerweg sehr unterschiedlich verlaufen kann. Während einige ihre Wut leben und durch ständiges Nörgeln und aggressives Verhalten auffallen, verdrängen andere konsequent alle Gefühle. Die Autorin (2000, 79) weist darauf hin, dass von Seiten der Angehörigen besonders viel Verständnis entgegengebracht werden muss und eine behutsame aber trotzdem sehr klare Begleitung, manchmal auch professionelle Hilfe gefragt sind.

Altersstufe	Bedeutung des Todes	typische Reaktionen	Untersstützungsangebote
unter 3 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> - Tod kann nicht begriffen werden - Die kognitiven Voraussetzungen fehlen - Tod bedeutet Abwesenheit für kurze Zeit - Endgültigkeit kann nicht verstanden werden 	<ul style="list-style-type: none"> - Verhaltensweisen, die Unbehagen ausdrücken: z.B. Änderungen im Ess- und Schlafverhalten, Reizbarkeit, scheinbar grundloses Weinen - Ein konkreter Verlust löst alle Gefühle aus, die auch bei anderen Trennungen auftreten - Wut, Zorn, Frustration, Angst usw. können gezeigt und ausgelebt werden - Warten und Suchen 	<ul style="list-style-type: none"> - Viel Körperkontakt und Sicherheit sind erforderlich!
3 bis 5 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> - Vage Todesvorstellungen werden entwickelt. - Tod ist ein vorübergehender Zustand. - Tod wird gleichgesetzt mit Dunkelheit und Bewegungslosigkeit. - Tod ist immer der Tod anderer. - Tod trifft alte Menschen, „böse“ Menschen – niemals das Kind selbst 	<ul style="list-style-type: none"> - Großes Bedürfnis, den Tod zu erforschen - Verwirrung bei konkreten schweren Verlusten (Suchen) - Alltägliche Ängste können bei einem Todesfall im engen Kreis aktiviert/reaktiviert werden - Entwicklungsrückschritte (Regression) sind möglich 	<ul style="list-style-type: none"> - Vorsicht bei Wortwahl - Gegebenenfalls heraushören, ob Kind sich schuldig fühlt, und richtig stellen
6 bis 9 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> - Realistischer Zugang wird möglich - Allmähliches Begreifen der Endgültigkeit - Ein konstantes Verständnis über längere Zeit fehlt aber noch - Tod wird oft noch personifiziert (Sensenmann) - Tod wird oft als Bestrafung 	<ul style="list-style-type: none"> - Verlust- und Trennungsängste - Trennungsschmerz und Trauergefühle - Unterschiedliche Vorstellungen wechseln ab (Realität/ Phantasie) - Interesse an allen Dingen rund um den Tod - Langsames Herauskristallisieren der Begriffe: 	<ul style="list-style-type: none"> - brauchen Versicherung, dass nichts was sie gesagt oder gedacht haben, am Tod schuld ist - brauchen Aufklärung

	erlebt - Tod kann auch auf die eigene Person bezogen werden	Endgültigkeit, eigene Endlichkeit, Leib-Seele	
10 bis 14 Jahre	- Tod als unausweichliches Ereignis - Tod als abschließendes Ereignis - Tod als endgültiges Ereignis - Tod wird als endgültiger Liebesverlust begriffen	- Durchleben der Trauerphase - Auftauchen der Sinnfrage für das eigene Leben - Fragen nach einem Leben nach dem Tod - Individuelle Gestaltung der Trauer - Häufig körperliche Symptome, die das konkrete Erleben von Tod begleiten (Kopfweg, Magenschmerzen, Schlafprobleme)	- Ihnen ihr sachliches Interesse am Thema nicht verübeln - Wenn möglich, sollte man auf Wünsche des Kindes/ Jugendlichen eingehen - Schulschwierigkeiten, Essstörungen, Aggressionen - Brauchen reife Menschen als Trauermentoren

Aber nicht nur das Alter und die Entwicklungsstufe zum Zeitpunkt des Vorfalls sind entscheidend, wie Kinder auf den Tod reagieren. Dazu sind noch weitere Einflussfaktoren zu beachten. So spielen laut Bogyi et al. (2006 a, 13) etwa „die Einstellung der Eltern zu Sterben und Tod, ... die Persönlichkeitsstruktur und vorhandene Abwehrmechanismen des Kindes, das Stadium der Todesbegriffsentwicklung, die Rolle der verlorenen Person im Gesamtleben des Kindes bzw. des oder der Jugendlichen, die Beziehung zu dem oder der Verstorbenen, wobei auch die Beziehungsqualität gemeint ist, die Art des Todes und deren Begleitumstände, die Anwesenheit des Kindes oder des Jugendlichen, frühere Erfahrungen mit dem Tod, Anzahl der schwerwiegenden Verluste im bisherigen Leben des Kindes und des Jugendlichen, das soziale Umfeld und auch die religiösen Vorstellungen (Kulturkreis und Religion) eine Rolle.“ All diese Begleitumstände beeinflussen also das Verhalten und die Gefühle des Kindes und machen jede Trauer individuell. Um bei der Trauerbegleitung auf die Kinder eingehen zu können, sollte dies berücksichtigt werden. Deshalb werden im folgenden Kapitel, basierend auf den hier erläuterten Aspekten, sowie den Erkenntnissen der Krisenintervention, Aufgaben der Trauerbegleitung abgeleitet.

3. Trauerbegleitung

„Das tiefste Leid ist stets das schweigende Leid. Wer Tränen findet oder sich ausspricht, der kann das Leid überwinden. Aber wer das Leid stets schweigend in sich trägt, den verzehrt es schließlich. Und dennoch möchte er reden, er möchte gehört werden – vielmehr – er möchte verstanden sein“ (Adler 1975, 51).

Dieses Zitat von Alfred Adler zeigt bereits einen sehr wichtigen Aspekt der Trauerbegleitung auf. Welche weiteren Aspekte aus der psychoanalytischen Literatur noch abgeleitet werden können, wird in dem vorliegenden Kapitel behandelt.

Dazu wird im ersten Teil auf die Notwendigkeit der Trauerbegleitung eingegangen, wobei neben den bereits ausführlich beschriebenen psychologischen Aspekten auch die gesellschaftlichen Aspekte der Trauerverdrängung angeführt werden. Der zweite Teil soll einen Überblick geben, welche Interventionsmethoden zu unterscheiden und in welchen Bereichen diese wirksam sind, um weiters genauer zu definieren, was unter Trauerbegleitung zu verstehen ist. Im dritten Teil schließlich werden Aspekte der Trauerbegleitung aus der psychoanalytischen Literatur abgeleitet und erklärt, um im zweiten Teil der Diplomarbeit diese als Grundlage für einen Interviewleitfaden zu verwenden, anhand dessen sowie weiteren Quellen die Analyse des Zentrums für trauernde Kinder in Bremen durchgeführt wird.

3.1. Wozu Trauerbegleitung? Über die Notwendigkeit der Trauerbegleitung

Bogyi (1999, 106) beschreibt, dass Trauer gewöhnlich von großer innerer emotionaler Resonanz, aber auch von äußerer Sprachlosigkeit begleitet wird. Dieser Gegensatz, erlebt in Hilflosigkeit, lähmt oft nicht nur den Einzelnen, sondern auch die öffentliche gemeinsame Auseinandersetzung mit Tod und Trauer. Bindeglied zwischen dem zu verarbeitenden Erlebnis und dessen Integration in das weitere Leben ist das „wie“ der Gestaltung des Trauerprozesses.

Wie bereits in der Einleitung erwähnt wird der Tod in unserer heutigen, modernen Gesellschaft häufig verdrängt. Dies gehört, laut Nassehi und Weber (1989, 157) sogar zum Wissen des „everyday life“, oder anders ausgedrückt zu den „Weisheiten des Alltagswissens“. Je selbstverständlicher und inflationärer aber ein Begriff in der veröffentlichten Meinung gebraucht wird, desto zweifelhafter ist in der Regel das Verhältnis zwischen seinem Gebrauch und der Klarheit seiner Bedeutung. Aus diesem Grund widmen sich die beiden Autoren in ihrem Buch *Tod, Modernität und Gesellschaft* (1989) der Klärung dieses Anliegens und unterscheiden somit zwischen dem psychoanalytischen Gebrauch des Wortes „Verdrängung“ und dem soziologischen Verdrängungsbegriff. Sie versuchen zu zeigen, dass es in der

modernen Gesellschaft so etwas wie eine durch die Struktur der Moderne selbst bedingte gesellschaftliche Verdrängung des Todes gibt, die sich von der psychoanalytischen grundlegend unterscheidet. Wobei sie trotzdem an dem Begriff „Verdrängung“ festhalten, da sich feststellen lässt, dass es doch auch grundlegende Gemeinsamkeiten gibt. So erklären die Autoren (1989, 163), dass der psychoanalytische Begriff der Verdrängung einen Abwehrvorgang bezeichnet, dessen Gegenstand quasi im „Verborgenen“ wirkt, er also trotz seiner Invisibilität virtuell nicht verschwunden ist. Eine ähnliche Struktur wird auch für die gesellschaftliche Todesverdrängung angenommen. Der Tod scheint somit aus der kulturellen und gesellschaftlichen Wertstruktur eliminiert zu sein, ist aber virtuell dennoch die universalste Wirklichkeit menschlichen Lebens geblieben. Nassehi und Weber (1989, 163) weisen darauf hin, dass Freud selbst einen Zusammenhang zwischen sozialen Strukturen und psychischen Dispositionen herstellte. Er lokalisiert nämlich den Ausgangspunkt des Verdrängungsmechanismus in Sanktionen des Über-Ich, woraus sich schließen lässt, dass es soziale und kulturelle Konfigurationen gibt, die eine psychodynamische Verdrängung des Todes begünstigen bzw. verhindern können. Auf diesem Hintergrund stellen sich die Autoren (1989, 164) die Frage, warum und unter welchen spezifischen Bedingungen in der Moderne die gesellschaftliche Verdrängung des Todes auftritt und diskutieren die sozialen und kollektiven Gründe der Todesverdrängung in ihrem Buch. Da eine eingehende Darstellung dieser den Rahmen dieser Diplomarbeit sprengen würde und nur bedingt für den Fortgang der Untersuchung relevant ist, werden sie hier nur grob skizziert. Dabei soll auf eine neuere Auseinandersetzung mit diesem Thema zurückgegriffen werden, die bei Kerstin Lammer in dem Buch *Den Tod begreifen* (2003) stattfindet. Sie führt die gesellschaftliche Verdrängung des Todes unter anderem auf veränderte Bedingungen von Sterben, Tod und Trauer zurück und unterscheidet:

- Demographische Veränderungen: Verlängerung der Lebenserwartung;
- Medizinischer Fortschritt und Verbesserung der Lebensqualität, insbesondere der Lebensqualität von Alten und Kranken - Möglichkeit zum Aufschub des Todes;
- Verlagerung des Sterbeortes in die Institution Krankenhaus;
- Rückgang sozialer Trauerriten und -gebräuche, darunter speziell Rückgang kirchlicher Bestattungen und weltlicher Trauerfeiern;

Diese gesellschaftlichen Kriterien werden hier nur grob skizziert, da der Schwerpunkt dieser Arbeit auf der psychoanalytischen Verdrängung liegt, wie sie bereits in den ersten beiden Kapiteln dargestellt wurde.

Demographische Veränderungen: Verlängerung der Lebenserwartung – nur noch alle 15 – 20 Jahre ein Todesfall

Innerhalb der Lebensspanne von zwei bis drei Generationen hat sich die Lebenserwartung, laut Lammer (2003, 40) mehr als verdoppelt und die Säuglings- und Kindersterblichkeit hat sich erheblich minimiert. Gehörte Sterben und Tod früher zum Alltag, tritt heute durchschnittlich nur noch alle 15 – 20 Jahre ein Todesfall im engeren familiären Umfeld ein, mit weiter absinkender Tendenz. Die Autorin weist darauf hin, dass schon allein dadurch der Tod im allgemeinen Erleben und Bewusstsein immer mehr zurücktritt und dessen Bewältigung durch das Trauern somit immer weniger geübt werden kann.

Medizinischer Fortschritt und Verbesserung der Lebensqualität – Machbarkeit des Lebens, Beherrschbarkeit des Todes?

Bedingt durch den medizinischen Fortschritt wird die Qualität des Lebens heute, selbst bei Kranken und Alten Menschen, überwiegend als gut erlebt, der Tod dagegen als Schrecken, der im normalen Leben nicht gegenwärtig ist, wohingegen er in früheren Jahrhunderten angesichts schlechter Lebensqualität und (Über-)Lebenskampf, als erlösend betrachtet wurde. Heute, so Lammer (2003, 41) stehen eher die physischen Qualen im Vordergrund, die früher gegenüber den ohne Betäubungsmittel schon im Leben zu ertragenden Schmerzen kaum besonders hervortraten. Besonders die seelischen Qualen wie Anrechnung von Sünde, Hölle und Verdammnis waren in früheren Zeiten angsteinflößend, was heute kein Thema mehr darstellt.

Einen weiteren Aspekt stellt die Beherrschbarkeit des Todes dar, respektive danach, was medizinisch getan werden kann, um ihn abzuwenden, hinauszuschieben oder den damit verbundenen Schmerz zu mildern. Dabei wird immer mehr verlernt, so die Autorin weiter, mit der Realität der menschlichen Endlichkeit, Geworfenheit und Begrenztheit und den damit verbundenen Erfahrungen von Ohnmacht, Chaos, Passivität, Ausgeliefertsein und Loslassen-Müssen umzugehen.

Institutionalisierung/ Hospitalisierung des Todes – Der Todes- und Trauerfall im Krankenhaus ist der Regelfall

Ein Großteil der Menschen in der westlichen Gesellschaft stirbt heute nicht mehr für Zugehörige und Nachbarn sichtbar zu Hause, sondern abseits ihres sozialen Umfeldes in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Die moderne Gesellschaft hat den Tod hospitalisiert also auch örtlich abgedrängt.

Rückgang von Trauerriten und –gebräuchen – weniger soziale Stützung, mehr individuelle Bewältigungsleistung

Die Sterbe- und Trauerkultur ist in der modernen westlichen Gesellschaft, so Lammer (2003, 43) stark zurückgegangen. Rituale wie die offene Aufbahrung des Leichnams im Trauerhaus oder der Friedhofskapelle wird kaum noch praktiziert. Letzte Ehrbezeugungen wie das Einkleiden und Einsargen der Toten durch Angehörige, das Sargtragen durch Nachbarn und Freunde etc. gehen zurück bzw. werden an professionelle Helfer delegiert. Die Zahl der kirchlichen Bestattungen sinkt besonders in Großstädten. Stattdessen finden immer mehr anonyme Bestattungen ohne Trauerfeier und ohne Teilnahme von Zugehörigen statt. Besuche im Trauerhaus, Kondolenzschreiben und andere Bezeugungen der Anteilnahme sind ebenso wenig selbstverständlich und sozial eingeübt wie Trauerkleidung und Trauerjahr, etc.. Wie auch in anderen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens, so Lammer, hat auch im Bereich der Trauerriten und –gebräuchen ein Traditionsschwund stattgefunden. Es besteht Unsicherheit, was im Trauerfall zu tun und zu sagen bzw. wie mit den Betroffenen umzugehen sei.

Was die Soziologie auch für viele andere Lebensbereiche feststellt, nämlich die „Privatisierung und Individualisierung von Lebenslagen“, so die Autorin, trifft insbesondere auf den Bereich von Sterben, Tod und Trauer zu. Die soziale Gemeinschaft ist im Umgang damit ungeübt und verunsichert und die Betroffenen werden entsprechend weniger sozial gestützt.

Dies sind einige soziologische Faktoren, die die Verdrängung der Trauer in der heutigen Gesellschaft mitbewirken. Diese lassen darauf schließen, dass eine Trauerbegleitung gegenwärtig als Notwendigkeit betrachtet werden kann und dabei verstärkt auf den individuellen seelischen Beistand, nicht nur und nicht erst in einer retrospektiven Psychotherapie, eingehen sollte.

Noch mehr jedoch als Erwachsene benötigen Kinder und Jugendliche Trauerbegleitung. Die Tabuisierung, so Bogyi (1999, 105), drückt sich in Vermeidung, Ablehnung und Angst aus. Der Umgang mit Sterbenden und Toten ist aus dem modernen Alltag weitgehend verbannt. Besonders wenn es sich um Kinder handelt, neigen Erwachsene nur allzu gerne dazu, sie mit der Tatsache des „Todes“ zu verschonen. Kinder aber fragen nach dem Tod. „Das Totschweigen des Todes ist sicher nicht das Problem der Kinder, sondern ein Problem der Erwachsenen“ (Bogyi 1999, 105). Sich Gesprächen mit Kindern und Jugendlichen über Verlust, Tod und Sterben zu stellen, setzt unweigerlich die Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen voraus, was von vielen Erwachsenen vermieden wird so die Autorin weiter. Einerseits soll den Kindern der schmerzliche Umgang mit dem Tod erspart werden, andererseits werden sie über die Medien täglich mit hundertfachem Sterben konfrontiert. Der Tod wird von den Medien entweder als normales oder als vermeidbares Ereignis dargestellt. Doch die vorherrschende mediale Betrachtungsweise erleichtert keineswegs die Auseinandersetzung mit dieser existentiellen Grundfrage, sondern erlaubt vielmehr die emotionale Distanzierung angesichts des Themas Tod, eine in unserer Gesellschaft bevorzugten Bewältigungsstrategie. „Kinder und Jugendliche sehen somit viele Tote, aber nicht den Tod“ (Bogyi, 1999,106).

Das Ausmaß kindlicher Reaktionen auf psychische Traumatisierungen, so Landolt (2008, 13), wurde lange Zeit auch von Fachpersonen massiv unterschätzt. Erst vor etwa 20 Jahren noch, war in maßgebenden Lehrbüchern der Kinderpsychiatrie noch die Meinung vertreten, dass Kinder lediglich mit vorübergehenden und minimalen Störungen auf psychotraumatische Ereignisse reagieren. Heute ist jedoch bekannt, dass eine bedeutende Zahl von Kindern und Jugendlichen in ihrem Leben von traumatischen Erlebnissen betroffen sind und ein erheblicher Teil dieser Kinder Traumafolgestörungen entwickelt. „Es besteht somit eine klare Notwendigkeit für traumaspezifische Therapieansätze, damit die betroffenen Kinder und Jugendlichen fachgerecht behandelt werden können“ (Landolt 2008, 14). Noch besser wäre es allerdings wenn es gar nicht erst so weit käme, sondern der Entwicklung von Traumafolgestörungen vorgebeugt werden könnte. Dies ist durch präventive Maßnahmen zu leisten, wie etwa der Krisenintervention aber auch einem professionellen Trauerbegleitungsangebot bzw. durch den gesunden Umgang mit Trauer der Angehörigen. Zudem ist es immer noch ein großes Anliegen den Tod und die dazugehörige Trauer zu enttabuisieren und die Gesellschaft auf die Bedürfnisse der betroffenen Kinder aufmerksam zu machen.

3.2. Interventionskonzepte und Interventionsfelder

Um Aufgaben der Trauerbegleitung aus den psychoanalytischen Theorien und Methoden ableiten zu können, ist es von Vorteil sich vorerst einen Überblick über die gängigen Theorien und Interventionsmethoden bzw. die Interventionsfelder, das heißt die Ansatzpunkte einer Intervention, zu bilden. Dabei sind vor allem die Krisenintervention und die Psychotherapie zu unterscheiden, welche sich durch den Einsatzzeitpunkt voneinander differenzieren. Später durchgeführte oder länger dauernde Behandlungsmaßnahmen, Monate oder gar Jahre nach dem Ereignis, werden zur Therapie gezählt. Im Gegensatz zu Psychotherapie hat die Krisenintervention einen präventiven Einfluss auf die posttraumatische Symptomatik, erklärt Landolt (2008, 245). Demgegenüber sollen psychotherapeutische Maßnahmen kurativ auf eine bereits ausgebildete PTBS oder Anpassungsstörung wirken. Aufgrund dieser Tatsachen, unterscheiden sich die Interventionsformen auch nach ihrem Aufbau und den angewendeten Methoden.

Anhand des transaktionalen Stressbewältigungsmodells nach Landolt (2004, 58), welches bereits im ersten Kapitel dargestellt wurde, ergeben sich vier Interventionsfelder, mit deren Hilfe die Auswirkungen eines Psychotraumas therapeutisch beeinflusst werden können. Diese Interventionsfelder, so Landolt (2008, 24), können in der Praxis beliebig kombiniert werden. Aber nicht nur für eine therapeutische Intervention ist dieses Modell nützlich, auch die Ansatzpunkte der Trauerbegleitung können anhand dieses Modells veranschaulicht werden. Es soll hier anhand der Grafik gezeigt werden, wo die Interventionsfelder liegen um diese anschließend zu erklären.

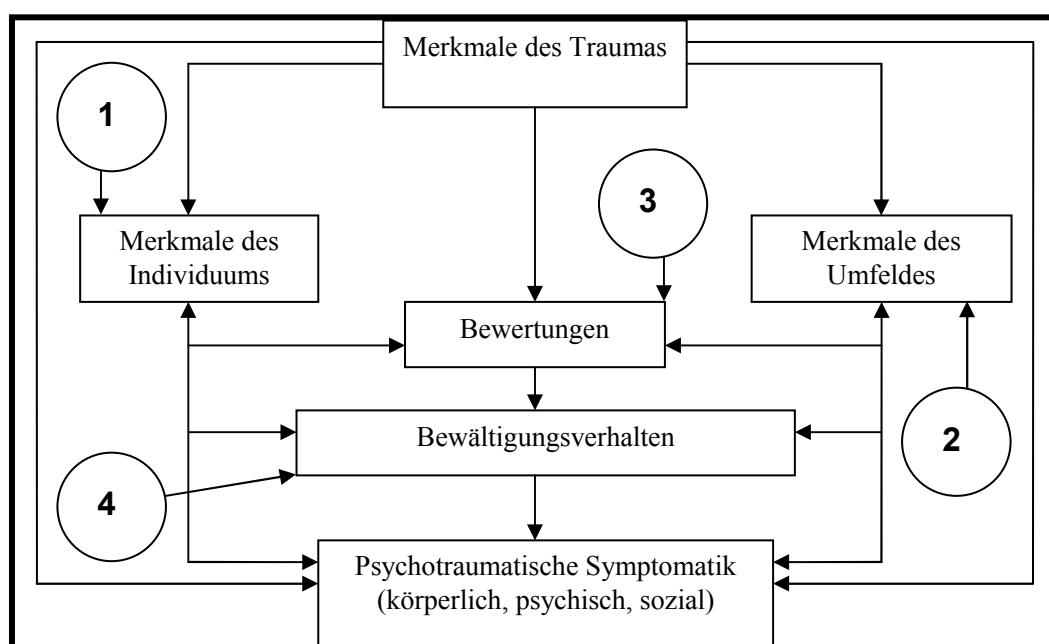


Abbildung 5: Interventionsfelder der Traumatherapie von Landolt (2004, 58)

Interventionsfeld 1: All jene kind-zentrierten Maßnahmen, die durch Veränderung intrapersoneller psychologischer und biologischer Faktoren die Auswirkungen des Traumas zu beeinflussen versuchen, gehören zum ersten Interventionsfeld, so Landolt (2008, 24)

Interventionsfeld 2: Das soziale Umfeld des traumatisierten Kindes, so Landolt (2008, 25) weiter, stellt ein zweites wichtiges Interventionsfeld für intervenierende Bemühungen dar. Hierzu gehören alle Maßnahmen, die den Einbezug der Eltern oder der Familie vorsehen. Auch solche, die in der Schule oder der Gleichaltrigengruppe versuchen diese Modellkomponente zu beeinflussen.

Interventionsfeld 3: Ein bedeutsames Interventionsfeld für die Traumatherapie aber auch die Trauerbegleitung sind die traumabezogenen Bewertungen und Attributionen. Die Korrektur bzw. Restrukturierung dysfunktionaler und rigider traumabezogener Kognitionen beim betroffenen Kind aber auch seinem Umfeld, so der Autor, stellt ein zentrales Therapieelement aber auch ein Element der Trauerbegleitung dar.

Interventionsfeld 4: Die Möglichkeit, dysfunktionale und damit für das Kind schädliche Bewältigungsstrategien direkt zu verändern, beschreibt Landolt (2008, 25), stellt ein weiteres mögliches Interventionsfeld der Traumatherapie dar. Er erklärt weiter, dass auch im Rahmen von gruppentherapeutischen Ansätzen über Prozesse des Modelllernens alternative Bewältigungs- und Verhaltensstrategien vermittelt und eingeübt werden können.

Die Krisenintervention und Psychotherapie sollen nun noch etwas genauer erläutert werden, um im Anschluss in Abgrenzung dazu die Trauerbegleitung zu definieren.

3.2.1. Krisenintervention

„Das Ziel der Krisenintervention ist die Hilfe zur Selbsthilfe. Das Ziel ist also die Unterstützung der eigenen Fähigkeit des Betroffenen und seiner Umgebung, sich selbst zu helfen. Nicht der Ersatz von Verlorenem und die Verleugnung der schmerzlichen Realität, sondern die Stützung, das Mitgefühl (Empathie) sowie die Ermutigung, Gefühle von Trauer, Schmerz, Feindseligkeit, Aggression etc. wahrzunehmen und zu zeigen, ist die Funktion des Helfers“ (Sonneck 2000, 62). Stärkung und Unterstützung von Aktivität, so Sonneck weiter, helfen, dass natürliche Trauer nicht in Depression erstarrt.

Jede Krise hat durch die jeweilige Konstellation der äußeren und inneren Anlässe, sowie durch Faktoren, die von der Persönlichkeitsstruktur des Einzelnen abhängen, ihre besondere Erscheinungsform und ihren eigenen Verlauf. Nach Ansicht vieler Autoren können für die Bewältigung bzw. Nichtbewältigung von Krisen bestimmte Mechanismen und Einflüsse verantwortlich gemacht werden. Zur Bewältigung tragen zum Einen aktive Anpassungsmechanismen bei, wie z.B. die Bereitschaft zur Konfrontation, zur Revision alter Vorstellungen und zur Neuorientierung, zum anderen die Fähigkeit zur realitätsgerechten Einschätzung der Krisensituation und zur Inanspruchnahme von Hilfsangeboten. Positive Vorerfahrungen aus frühen Krisensituationen werden als besonders hilfreich für die Bewältigung angesehen. Fähigkeiten, die eine günstige Anpassung ermöglichen, sind an Ich-Funktionen gekoppelt, wie Realitätsprüfung, Unterscheidungsfähigkeit von Selbst und Umwelt, Kontrolle von Affekten, Fähigkeit zur normalen Objektbeziehung und zur adaptiven Regression im Sinne des Ichs, sowie eine gut funktionierende Abwehr. Die Nichtbewältigung ist z.B. durch Ausweichen vor Konfrontation, durch Unterdrückung aggressiver Gefühle, durch Festhalten von Wunschvorstellungen und Scheinlösungen, also im wesentlichen durch ein Versagen von Schutz- und Abwehrmechanismen des Ichs gekennzeichnet.

Zu den allgemeinen Prinzipien der Krisenintervention, so Sonneck (2000, 63), gehören:

- Rascher Beginn
- Aktivität des Helfers (Beziehungsaufbau, Methodenflexibilität)
- Fokus auf aktuelle Situation
- Einbeziehung der Umwelt
- Entlastung

Diese Prinzipien, so Bogyi (1999a, 115) werden auch bei der Arbeit mit Jugendlichen eingesetzt. Darüber hinaus ergänzt sie weitere Prinzipien, die vor allem bei der Arbeit mit Kindern zum Tragen kommen. Zusammengefasst soll Krisenintervention bei Kindern also folgendes berücksichtigen:

- Rascher Beginn
- Einbeziehung von Bezugspersonen
- Konfrontation mit Situation
- Ansprechen der Gefühle (Verzweiflung, Angst, Schuld, Wut, Traurigkeit, Sehnsucht, etc)

- ° veränderte Alltagssituation besprechen
- ° weitere Trennungssituation vermeiden
- ° Kind am Geschehen teilhaben lassen (Begräbnis, etc)

Wenn Krisenintervention nicht ausreicht, um ein Trauma zu verarbeiten, dann muss in eine Psychotherapie übergeleitet werden. Welche Prinzipien dabei von Bedeutung sind, wird in einem weiteren Abschnitt kurz erklärt.

3.2.2. Traumatherapie

Traumatherapie muss, so Landolt (2008, 18), die zentralen kindlichen Bedürfnisse nach Sicherheit, Trost und Kontrolle befriedigen und selbstwerterhöhende und handlungsaktivierende Erfahrungen vermitteln. Die „therapeutische Traumakonfrontation“ verlangt zwingend die Beendigung der Traumatisierung und den realen Schutz des Kindes vor weiterer Traumatisierung, die Unterstützung durch Bezugspersonen und die soziale Umwelt, damit das Trauma als Vergangenheit wahrgenommen werden kann. Denn nur so, erklärt Landolt weiter, kann das Kind wieder an seine entwicklungspezifischen Aufgaben anknüpfen und mögliche sekundäre Traumafolgen, wie Schulversagen, Verlust von Freunden usw. aufarbeiten. Eine adäquate Aufarbeitung des Geschehens soll auch den betroffenen Bezugspersonen ermöglicht werden, damit sie für das Kind eine stützende Funktion wahrnehmen können. Das zentrale Anliegen einer Traumatherapie ist somit die Neuverarbeitung des traumatischen Geschehens, wozu eine Konfrontation mit dem Trauma für das Kind als kontrollierbar erlebt werden und so schonend wie möglich erfolgen soll. Die affektive Regulationsfähigkeit und die Kontrolle über das eigene Verhalten sollen wieder erlangt werden. Das traumatische Erlebnis soll nach einer Traumatherapie als Teil eines neuen und konstruktiven Selbst- und Weltbildes gesehen und eine positive Zukunftsperspektive entstehen können.

Das psychodynamische Modell, erklärt Landolt (2004, 54), beruht auf den Erkenntnissen der Psychoanalyse und konzeptualisiert posttraumatische psychische Störungen als Resultat einer überforderten, d.h. missglückten Abwehr. Psychoanalytische Modelle fokussieren die Bedeutung des erlebten Traumas für das eigene Selbst. Die Aufarbeitung des traumatischen Materials und der damit verbundenen Konflikte und die darauf folgende Einsicht in die bewusste und unbewusste Bedeutung des Traumas und der Symptome sollen dem Patienten helfen, das Trauma zu bewältigen. Die Traumaverarbeitung ist vollendet, wenn die Integration der traumatischen Erfahrung in das eigene Selbst erfolgt ist und das Individuum in

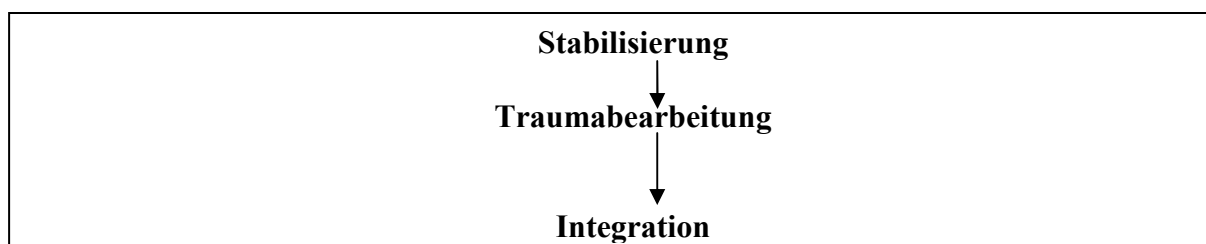
der Lage ist, Erinnerungen und Gefühle im Zusammenhang mit dem Trauma bewusst hervorzurufen, ohne ihnen verhaftet zu bleiben.

Konzepte, die sich speziell mit Kurzzeitpsychotherapie bei Traumata beschäftigen, so erklären Fischer und Riedesser (1998, 197) liegen vor allem in der psychoanalytischen und der verhaltenstheoretischen Therapierichtung vor. Seit der sog. „kognitiven Wende“ in der Verhaltenstherapie haben sich diese Therapierichtungen weit stärker als zuvor aneinander angenähert. Beiden Richtungen sind Beiträge zur Traumatheorie zu verdanken. Der Verhaltenstherapie eher aus der Stress und Coping-Tradition heraus, der Psychoanalyse auf der Grundlage von Freuds Traumabegriff. Die Verbindung beider Theorieansätze kann, nach Fischer und Riedesser (1998, 197), für die Zukunft der Traumatherapie von besonderem Vorteil sein. Gegenwärtig, so schreiben sie, bestehen jedoch deutliche Unterschiede fort.

Einer der wichtigsten Unterschiede, laut Fischer und Riedesser (1998, 197), besteht darin, dass psychoanalytisch orientierte Therapeuten sich stärker an den natürlichen Selbstheilungsprozess der Traumapatienten anlehnen und diesen durch geeignete Interventionen zu unterstützen und zu fördern versuchen. Verhaltenstherapeuten greifen hingegen aktiver in das Verarbeitungsgeschehen ein und versuchen, den Heilungsprozess durch aktives Üben und aktive Konfrontation mit traumatischen Situationselementen zu unterstützen.

Phasenablauf der Behandlung

Trotz der Unterschiede der verschiedenen Traumatherapien, gibt es doch wichtige Gemeinsamkeiten im Ablauf, erklärt Landolt (2008, 20). Die meisten Therapieverfahren unterscheiden somit folgende drei Phasen:



Stabilisierung:

Bevor mit der Traumabearbeitung begonnen werden kann, muss das Kind, laut Landolt (2008, 20), somatisch, sozial und affektiv soweit stabilisiert sein, dass es überhaupt in der Lage ist, die belastende Auseinandersetzung mit den traumatischen Erlebnissen in Angriff zu nehmen.

Im sozialen Bereich muss also dafür gesorgt werden, dass sich das traumatisierte Kind auf ein sicheres Beziehungsnetz abstützen kann, dies ist vor allem dann ein Problem, wenn Gewalt oder sexuelle Übergriffe in der Familie vorherrschen. Im affektiven Bereich soll ebenfalls eine Stabilisierung vor der Traumabearbeitung erfolgen, erklärt Landolt (2008, 21), wobei das primäre Ziel die Stärkung des Selbstwertgefühls und der Ich-Funktionen des Kindes sind. Hierzu zählen insbesondere Affekttoleranz und Affektregulation, um Dissoziation und Überflutung bei der Traumakonfrontation zu verhindern. Hierfür können ressourcenorientierte Verfahren wie Tagebuchtechniken, imaginative Techniken und körperorientierte Verfahren, sowie Techniken aus der Verhaltenstherapie wie Selbstsicherheitstrainings und Angstbewältigungstrainings nutzbringend eingesetzt werden. Landolt erläutert (2008, 21), dass sich hierbei vor allem sogenannte imaginative Übungen bewährt haben.

Traumabearbeitung

Den meisten traumatherapeutischen Verfahren ist gemeinsam, so Landolt (2008, 22), dass sie eine direkte Auseinandersetzung mit dem traumatischen Ereignis bzw. den traumabezogenen Erinnerungen im Rahmen der Therapie als essentiell betrachtet. Ohne direkte Thematisierung des Traumas im geschützten Rahmen der Therapie ist keine erfolgreiche Behandlung möglich. In der Art und Weise, wie die Auseinandersetzung mit dem traumatischen Erlebnis stattfindet, unterscheiden sich die einzelnen Therapierichtungen jedoch voneinander. So legt beispielsweise die kognitiv-behaviorale Therapie ein besonderes Gewicht auf die in sensu oder in vivo Exposition sowie auf die Korrektur dysfunktionaler, traumabezogener Kognitionen. Spieltherapeutische Ansätze betonen hingegen, dass eine vollständige Verarbeitung des Traumas auch auf der analogen Spielebene möglich ist, ohne einer Exposition auf der Realebene erklärt Landolt (2008, 22). Das wesentliche dieser Phase sind jedoch, so Lueger-Schuster und Pal-Handl (2004, 85), die inneren Vorstellungen der Kinder und Jugendlichen, in denen sie ausprobieren und eine Auflösung des Traumas finden können. Kinder, so die Autorinnen weiter, sollen in ihren Bewältigungsmöglichkeiten unterstützt und gestärkt werden, um den Folgen der Traumatisierung nicht schutzlos ausgesetzt zu sein. Sie sollen befähigt werden mit der veränderten Lebenssituation umzugehen. Durch die Traumaverarbeitung lernen sie genau dies, da sie sich mit dem Ereignis in vielen Gedanken und Gefühlen damit beschäftigen können.

Integration

Nach erfolgter Traumabearbeitung steht die Integration des Traumas und seiner Folgen in die individuelle Biografie im Zentrum der Behandlung, so Landolt (2008, 22). Die im Zusammenhang mit vielen Traumafolgestörungen stehende, eingeschränkte Zukunftsorientiertheit, welche besonders im Jugendalter häufig ist, ist in dieser Phase in der Regel überwunden. Der Fokus der Therapie kann sich somit auf zukunftsorientierte Themen wie die Wiederaufnahme von Entwicklungsaufgaben verlagern, die im Rahmen der eigentlichen Traumabearbeitung im Hintergrund standen. Dies ist auch deshalb von großer Bedeutung, erklärt Landolt (2008, 22), weil ein allzu ausschließlicher Blick auf das Trauma und seine negativen Folgen dazu führen kann, dass das traumatisierte Kind in seiner Opferrolle verharren und eine Opferidentität ausbilden kann. Die Fokussierung auf eine zukunfts- und lösungsorientierte Perspektive kann dem betroffenen Kind oder Jugendlichen helfen, sein Leben wieder aktiv in die Hand zu nehmen. Durch das Trauma bedingte persönliche Reifungsprozesse, wie zum Beispiel vertiefte Beziehungen zu bestimmten Personen oder die Stärkung des eigenen Selbstbildes, welche mit einer erfolgreichen Traumabewältigung einhergehen, können in dieser Phase thematisiert werden.

Setting - Gruppentherapie

Dieses spezielle Setting der Therapie soll hier erläutert werden, da im weiteren Verlauf das Zentrum für Trauernde Kinder in Bremen analysiert wird, welches ebenfalls in Gruppensettings arbeitet.

Gruppentherapien werden mit unterschiedlichen Altersgruppen und bei verschiedenen Störungsbildern durchgeführt. Sie ermöglichen Kindern und Jugendlichen in einem geschützten Rahmen neue entwicklungsfördernde Erfahrungen zu machen. Zentrales Element der Gruppenpsychotherapie ist die Unterstützung durch Gleichaltrige. Die Arbeitsweisen und Methoden sind je nach Gruppenthema und Alter unterschiedlich. (vgl. Wintsch 2008, 201) Dies stellt besonders bei der Arbeit mit Jugendlichen einen entscheidenden Vorteil dar, da sich diese, wie bereits weiter oben beschrieben, in einem Ablösungsprozess zu ihren Bezugspersonen befinden und daher häufig Gespräche mit Gleichaltrigen bevorzugen. Darüber hinaus hat die Arbeit in der Gruppe den Vorteil, dass sich Kinder und Jugendliche nicht als isoliert und anders erleben müssen, weil sie sehen, dass es andere von ähnlichen Erfahrungen betroffen sind und sie sich unmittelbar mit diesen austauschen können.

Gruppentherapien variieren nicht nur nach Art des Traumas und Gruppengröße, sondern auch hinsichtlich ihrer theoretischen Orientierung und methodischen Ansätze. Neben den kognitiv-

behavioralen Verfahren und EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) gibt es auch psychodynamische und spieltherapeutische Ansätze entsprechend den Therapierichtungen, die auch für Einzelbehandlungen von traumatisierten Kindern und Jugendlichen geeignet sind. Innerhalb dieser Richtungen werden neben dem klassischen Gespräch wiederum verschiedene Methoden wie Malen, Kunst, Musik, Bewegung und Psychodrama eingesetzt. Große Unterschiede herrschen auch in Bezug auf die Dauer der Interventionen, einige beschränken sich auf 8 Sitzungen, andere haben mehrere Module und benötigen 20 bis 30 Sitzungen (vgl. Wintsch 2008, 202).

In Abgrenzung zu diesen Interventionsverfahren soll nun dargestellt werden, was unter Trauerbegleitung im engeren Sinn zu verstehen ist.

3.2.3. Was ist Trauerbegleitung? Eine Abgrenzung des Begriffes Begleitung zu Krisenintervention und Therapie

„Trauer als solche ist kein pathologischer Zustand, Trauerbegleitung demnach keine Behandlung. Wenn Trauer jedoch in eine Depression übergeht und die Bewältigung eines Verlustes ‚stecken bleibt‘, wird eine klinisch-psychologische Behandlung bzw. Psychotherapie der Depression notwendig“ (Hausmann 2003, 353).

Krisensituationen sind Verlustsituationen, so Bogyi (1999, 105), egal, ob es sich um die normativen Krisen in der Entwicklungspsychologie handelt, ob es sich um Veränderungskrisen wie bei Kindergarteneintritt, Schuleintritt, Übersiedlung, etc. handelt, oder um traumatische Krisen, überall geht es um Trennungseignisse, geht es um das Loslassen und die Neuorientierung. Verlusterlebnisse, so die Autorin weiter, ziehen Trauerarbeit nach sich. Begleitung von Kindern in Krisen bedeutet somit, Kinder in ihrem Trauerprozess zu begleiten.

Hausmann (2003, 354) beschreibt in seinem Handbuch für Notfallpsychologie und Traumabewältigung, dass neben den Symptomen einer Depression auch andere Veränderungen auftreten können (siehe Traumafolgestörungen Anm. d. V.), die eng mit dem erlebten Todesfall und der Trauer zusammenhängen. Diese können ebenfalls klinisch relevant werden und eine spezifische Behandlung benötigen. Die Trauerbegleitung im Sinne einer professionellen Unterstützung setzt dort ein, wo der natürliche Trauerprozess blockiert ist oder ins Stocken gerät, so Hausmann (2003, 341). Bei unterdrückter bzw. vermiedener Trauer ist es ein wichtiges Ziel sich dem Verlust mit all seinen Aspekten und Auswirkungen zu

stellen und so den Trauerprozess einzuleiten bzw. in Gang zu bringen. Der Hinterbliebene soll sozusagen zur Trauerarbeit ermutigt und in der Konfrontation mit der veränderten Realität bestärkt werden.

Auch Bogyi (1999b, 140) erklärt, dass eine Therapieindikation für das Kind nach einem Verlust sehr gut zu überlegen sei. Das Ereignis des Todes alleine stellt niemals die Begründung zur psychotherapeutischen Behandlung dar. Dies sei vor allem deshalb betont, so Bogyi (1999,112), da viele Erwachsene, aber auch Fachleute, Ärzte, Lehrer und Kindergärtnerinnen angesichts eines Todesfalls das Kind als therapiebedürftig bezeichnen. Oft ist dies ein Zeichen von eigener Hilflosigkeit und Betroffenheit, nimmt aber nicht selten das Vertrauen in sich selbst, und lässt vor allem den Tod, der ja eigentlich ein sehr natürliches Ereignis ist, als pathologisch per se erscheinen. Kinder begleiten heißt, laut Bogyi (1999, 112) auch häufig, sich vom Appell des Kindes leiten zu lassen, den Maria Montessori in die Worte kleidete „helf mir, es selbst zu tun“. „Das heißt, stärke meine Kräfte, aber auch meine Zuversicht, meine Vernunft und meinen Mut, meine Abwehr und mein Selbstvertrauen“ (Bogyi 1999, 112). Therapie wird dann nötig sein, so führt sie weiter aus, wenn es sich um eine Extremtraumatisierung handelt, das heißt, wenn die Umstände des Todes gewaltsam waren, es sich um Mord oder Selbstmord handelt, vor allem aber dann, wenn die Beziehung zum Verstorbenen vorher sehr konfliktreich und belastet war. Eine Therapieindikation ist aber auch dann gegeben, wenn die Persönlichkeitsstruktur des Kindes auffällig ist bzw. das Todesereignis auf ein schon bestehendes Krankheitsbild trifft. Es kann auch vorkommen, dass Kinder bereits vor dem Todesereignis auffällig sind und dieses dann als Auslöser gesehen wird. Bogyi weist an dieser Stelle darauf hin, dass nicht alle Auffälligkeiten auf das Todesereignis selbst zurückgeführt werden können. Andererseits, so erklärt sie weiter, ist es manchmal aber auch wichtig, bei auftretenden Symptomen den Zusammenhang zwischen dem Ereignis und den Reaktionen herzustellen bzw. aufzuzeigen, was nicht immer einfach ist. Oft geht es um das Aufdecken von Verschwiegenheit, um das Lösen von Blockaden und somit die Trauerarbeit zu ermöglichen, begründet Bogyi (1999b, 141).

Eine Möglichkeit der Indikationsstellung um die beschriebene Problematik zu erfassen, haben auch Datler und Freilinger (2006, 329 -346) aufgezeigt, welche später näher erläutert wird, da das Erkennen der Notwendigkeit einer Therapie essentiell ist, um die richtigen Hilfsmaßnahmen ergreifen zu können und Traumafolgestörungen zu vermeiden.

Dabei wird hier vor allem zwischen Traumatherapie und Krisenintervention unterschieden, was nun unter Begleitung verstanden wird, hat Rauchfleisch (2001) in seinem Buch *Arbeit im psychosozialen Feld* ausgeführt. Mit Begleitung kann eine Arbeitsbeziehung im

psychosozialen Feld, jedoch ebenso gut eine private Beziehung gemeint sein, so Rauchfleisch (2001, 48). Das seltene Auftauchen des Begriffes in der Fachliteratur führt er darauf zurück, dass dieser wenig präzise ist, der vor allem keinerlei Hinweise auf spezifische Merkmale einer professionellen Interaktion enthält. Ferner signalisiert der Begriff zwar eine gewisse Kontinuität der Beziehung, bleibt aber auch in dieser Hinsicht vage, da er sowohl für (kurze Zeit dauernde) Beratung als auch für (über längere Zeit sich erstreckende) Therapie verwendet werden kann. Neben diesen Gründen, erklärt der Autor weiter, wird mit diesem Begriff eine stark negative Konnotation verbunden. „Hören wir von Begleitung, so entsteht in uns leicht der Eindruck, es gehe um Aktivitäten, die, von ‚Laien‘ ausgeführt, ohne theoretische Fundierung erfolgten und keine klar definierten Ziele beinhalteten“ (Rauchfleisch 2001, 48). Dies dementiert er indem er erklärt, dass die größere Vielfalt der Anwendungsformen von Begleitung keineswegs Konzeptlosigkeit bedeutet. Er behauptet sogar das Gegenteil: „Je weiter wir mit unseren Interventionen von den ‚klassischen‘ Therapieformen abweichen, desto stärker müssen wir unser Vorgehen vor dem Hintergrund unseres theoretischen Bezugssystems reflektieren. Diese Regel gilt auch für Begleitungen“ (Rauchfleisch 2001, 49). Das von anderen Interventionsformen Abweichende liegt darin, so beschreibt er weiter, dass sehr flexibel auf die unterschiedlichen psychischen, körperlichen und sozialen Bedingungen der Klienten eingegangen werden muss und dass das zugrunde liegende Konzept im konkreten Verhalten oft nicht mehr erkennbar ist. „Es dient uns nur noch ‚im Hinterkopf‘ als – allerdings wichtiges – Referenzmodell, mit dessen Hilfe wir die verbalen Äußerungen und das Verhalten der Klienten zu verstehen versuchen und an dem wir unser eigenes Vorgehen reflektieren“ (Rauchfleisch 2001, 49). Er führt weiter aus, dass Begleitung eine Interventionsform ist, die bei körperlich oder psychisch Kranken ebenso eingesetzt werden kann wie bei Menschen, die unter sozialen Problemen leiden und sie somit im Bereich der Sozialarbeit, Psychologie, Psychiatrie und Seelsorge vorkommt. Das Besondere liegt seiner Meinung nach darin, dass Begleitung bei Menschen einsetzbar ist, die mit anderen Interventionsformen nicht erreichbar sind und sie in sich oft Elemente verschiedener Therapierichtungen vereint, beispielsweise Kombinationen aus kognitiven, behavioralen und psychodynamischen Anteilen und nicht selten auch pädagogische Aspekte einbeziehen. Begleitungen erstrecken sich typischerweise über längere, im allgemeinen nicht begrenzte Zeiträume und richten sich insbesondere an zwei Gruppen von Menschen: Zum einen sind es Personen, die keiner Beratung oder Therapie im engeren Sinn bedürfen, sondern lediglich eine psychische, soziale oder seelsorgliche Unterstützung benötigen. Zum anderen sind Begleitungen bei Personen indiziert, die unter schweren psychischen Störungen, zum

Teil verbunden mit gravierenden sozialen Problemen, leiden und einer Psychotherapie im engeren Sinne ablehnend gegenüberstehen. Ein weiteres wichtiges Merkmal sieht Rauchfleisch (2001, 50) darin, dass keine oder offene Ziele verfolgt werden. Der Sinn der Begleitung liegt mitunter darin, am Geschick eines anderen Menschen Anteil zu nehmen und ihm dadurch Solidarität zu beweisen und Unterstützung zu bieten.

Die Trauerbegleitung stellt somit einen Teilbereich dar, der auch in der Krisenintervention und der Psychotherapie vorkommt. In dieser Arbeit wird Trauerbegleitung als ein Angebot verstanden, das nicht von Therapeuten ausgeübt wird, welches jedoch den Betroffenen Unterstützung anbietet ihre Trauer zu durchleben und ihnen einen geschützten Rahmen zur Verfügung stellt die eigenen Gefühle und Gedanken auszudrücken. Es bestehen also sehr wohl Ziele bzw. Aspekte, die bei der Trauerbegleitung zu beachten sind. Welche Aspekte dies sein können wird im Folgenden aus der psychoanalytischen Literatur zum Thema Traumatherapie und Krisenintervention abgeleitet.

3.3. Ableitung der Aufgaben der Trauerbegleitung aus der psychoanalytischen Literatur

„Den idealen Verlauf der Trauerarbeit gibt es nicht. Weder im Kindesalter, noch bei Jugendlichen, noch bei Erwachsenen. Vielmehr ist Trauerarbeit ein individuelles Geschehen“ (Bogyi 1999, 111). In diesem Sinne werden hier Aspekte der Trauerbegleitung angeführt, die als besonders relevant immer wieder in der Literatur zu finden sind. Zur Ableitung dieser Aspekte wird psychoanalytische Literatur zu den Themen der Trauerbegleitung, der Traumatherapie und der Krisenintervention herangezogen unter besonderer Bezugnahme des Konzeptes der Boje und deren MitarbeiterInnen und anhand derer erklärt. Die Boje ist ein Ambulatorium für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen, dessen Träger das Individualpsychologische Zentrum (IPZ) ist, welches als gemeinnützige GesmbH des Österreichischen Vereins für Individualpsychologie geführt wird. Hauptanliegen der Boje ist es, Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren in Krisensituationen, sowie deren Angehörigen möglichst rasche Akuthilfe anzubieten. Durch Krisenintervention soll präventiv psychischen Auffälligkeiten oder Erkrankungen entgegengetreten werden. Dabei wird Krisenbegleitung als Beziehungsarbeit gesehen, die darauf abzielt sicheren Halt zu geben, damit die Betroffenen Gelegenheit erhalten, neue Fähigkeiten zu entwickeln, um mit der erzwungenen Veränderung leben zu lernen. Es wird jedoch auch Diagnostik, kinderneuropsychiatrische Behandlung, Kurzzeittherapie, Langzeittherapie, Gruppentherapie und Arbeit mit Eltern bzw. Bezugspersonen angeboten. Dabei kommt der individualpsychologische Ansatz, jeder

Mensch sei als unteilbares Ganzes aufzufassen und könne nur als Gesamtpersönlichkeit im Kontakt mit seiner Umgebung verstanden werden, besonders zum Tragen. Das Team der Boje besteht aus PsychotherapeutInnen, PsychologInnen, ÄrztInnen und PädagogInnen, die nach individualpsychologischer Tradition arbeiten (vgl. die Boje – Jahresbericht 2006).

Um Aspekte der Trauerbegleitung abzuleiten wurden zahlreiche Forschungsartikel der psychotherapeutischen Leiterin Dr. Gertrude Bogyi, die bereits mehrmals in dieser Arbeit zitiert wurde, sowie MitarbeiterInnen und Veröffentlichungen der Boje herangezogen. Diese Aufstellung erhebt nicht den Anspruch an Vollständigkeit, da wie bereits mehrmals erklärt, der Trauerprozess sehr individuell abläuft und von vielen Einflussfaktoren abhängt, weshalb von Seiten der Unterstützenden hohe Flexibilität und Kreativität erfordert wird.

Die Aspekte der Trauerbegleitung werden in vier Abschnitte eingeteilt: I. Beginn der Interventionsmaßnahmen, II. Weitere Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen, III. Arbeit mit dem sozialen Umfeld und IV. weiterführende Maßnahmen. Die Aspekte der Trauerbegleitung werden im Folgenden Text erläutert, um am Ende jedes Abschnittes die zentralsten Erkenntnisse daraus abzuleiten.

I. Beginn der Interventionsmaßnahmen:

3. 3.1. Rascher Beginn

„Es ist wichtig, ‚hier und jetzt‘ mit der Bearbeitung des aktuellen Konflikts zu beginnen und nicht das Gespräch auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben“ (Sonneck 2000, 121).

Als klinisch gesichert gilt, beschreiben Wininger und Eder-Steiner (2008, 86), dass die Ausbildung psychischer Erkrankungen nach traumatischen Erfahrungen umso leichter zu vermeiden ist, je früher professionelle Unterstützung und Behandlung einsetzt. In den meisten Fällen kann innerhalb einer relativ kurzen Zeit bereits eine deutliche Entlastung und Stabilisierung erreicht werden, so Sonneck (2000, 121).

Auch Riecher-Rössler et al. (2004, 56) betonen das Prinzip, dass bedingt durch den akuten Zustand, ein schneller Behandlungsbeginn gewährleistet sein muss.

Anhand des Interventionszeitpunktes, so Landolt (2008, 246), kann zwischen akuten und frühen notfallpsychologischen Interventionen unterschieden werden. Akutinterventionen kommen während der ersten Stunden oder Tage zur Anwendung mit dem vorrangigen Ziel der psychischen Stabilisierung, wohingegen frühe Interventionen, welche ab der ersten bis zur vierten Woche nach dem Trauma stattfinden, einen Abbau akuter Belastungssymptome ermöglichen sollten.

1a) Rascher Beginn

II. Weitere Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen:

3.3.2. Einschätzen der geeigneten Hilfsmaßnahmen (weiterführende Therapie notwendig?)

Der Umgang mit dem Trauma erfordert unterschiedliches Vorgehen. In der akuten Phase, im Sinne der Krisenintervention, werden andere Unterstützungsmaßnahmen gesetzt, als bei einem weiter zurückliegenden Trauma. Kriseninterventionen unmittelbar nach einem traumatischen Geschehen dienen der Prävention einer posttraumatischen Störung. Psychotherapeutische Krisenintervention orientiert sich an den Ressourcen der betroffenen Person, wo erforderlich, muss jedoch eine psychotherapeutische Weiterbehandlung vermittelt werden.

In einem Artikel von Datler und Freilinger (2006, 329 – 346) werden vier unterschiedliche diagnostische Kategorien erörtert, die es ermöglichen sollten eine Indikationsstellung bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen vorzunehmen, welche bei der „Boje“ Verwendung finden. Dabei werden unterschiedliche idealtypische Konstellationen differenziert, die sich auf drei Achsen beziehen:

Die traumatische Erfahrung:

- | | | |
|---------------------------------------|--------|---|
| 1. wurde erst vor kurzer Zeit gemacht | versus | liegt längere Zeit zurück |
| 2. trifft auf gesunde Persönlichkeit | versus | trifft auf pathologische Persönlichkeit |
| 3. Krisenintervention erfolgt(e) | versus | Krisenintervention erfolgte nicht |

Die AutorInnen leiten daraus vier Grundkategorien ab, die sich durch eine Kombination der eben genannten idealtypischen Unterscheidungen definieren. Demnach kann, nach Datler und Freilinger (2006, 337 - 338), zwischen folgenden Gruppen von Kindern und Jugendlichen differenziert werden, die jeweils unterschiedliche Formen von professioneller Hilfestellung benötigen:

A) *Kinder und Jugendliche, die bislang eine gesunde Entwicklung durchliefen, nun aber traumatische Erfahrungen machten und nahezu unmittelbar nach dem traumatischen Erlebnis Krisenintervention erhalten:*

Ist diese Kombination gegeben, so ist im Regelfall Krisenintervention im weithin verbreiteten Sinn angezeigt. Es ist zu erwarten, dass eine längerfristige Begleitung nur dann nötig ist, wenn die traumatischen Ereignisse Folgen nach sich ziehen, welche mit

ebenso tiefgehenden wie chronischen Belastungen erheblichen Ausmaßes einhergehen. Zu denken ist in diesem Zusammenhang etwa an den Verlust beider Elternteile nach einem Unfall; an Situationen, in denen es zu körperlichen Verstümmelungen gekommen ist; oder an lebensbedrohlich erlebte Erfahrungen, die gemäß ICD-10 als Auslöser von posttraumatischen Belastungsstörungen anzusehen sind.

- B) *Kinder und Jugendliche, die zunächst eine gesunde Entwicklung durchliefen, vor längerer Zeit traumatische Erfahrungen machten und im Anschluss daran keine adäquate Hilfe in Gestalt von Krisenintervention erhielten, um das Trauma zu verarbeiten:*

Liegt diese Kombination vor, so wird professionelle Hilfe im Regelfall dann in Anspruch genommen, wenn die Prozesse, die das traumatisch erlebte Ereignis angestoßen haben, ohne professionelle Unterstützung nicht ausreichend bearbeitet werden konnten und in weiterer Folge zur Ausbildung von manifesten Problemen bzw. Leidenszuständen führten. Diese können als Symptome einer „Anpassungsstörung“ im Sinne des DSM-IV begriffen werden, ohne dass allerdings stets damit gerechnet werden kann, dass zwischen den traumatischen Erfahrungen und dem Abklingen von Symptomen nicht mehr als sechs Monate verstreichen.

In solchen Fällen mag es mitunter möglich sein, im Sinne einer „nachträglich einsetzenden Krisenintervention“ im Rahmen von wenigen Zeiteinheiten in auszeichnender Weise die traumatischen Erfahrungen zu bearbeiten, die vor einiger Zeit gemacht wurden. Wenn die innerpsychische Dynamik, die diese Erfahrungen in Gang gebracht haben, allerdings von massiven (unbewussten) Ängsten begleitet wurden und zur Einrichtung von ebenso malignen wie rigiden Abwehr- und Sicherheitstendenzen führten, wird es angebracht sein, die Phase der „nachträglich einsetzenden Krisenintervention“ nach Möglichkeit in eine Phase der Psychotherapie überzuführen.

- C) *Kinder und Jugendliche, die bereits eine pathologische Entwicklung durchlaufen haben, vor kurzer Zeit (eventuell neuerliche) traumatische Erfahrungen machten und nun - nahezu unmittelbar nach dem (neuerlichen) traumatischen Erlebnis – professionelle Hilfe erhalten:*

Liegt diese Kombination vor, so ist eine erste Phase der Krisenintervention indiziert. Diese wird – auf Grund der pathologischen Persönlichkeitsanteile der jeweils betroffenen Person – von idealtypischen Verlaufsschilderungen deutlich abweichen und im günstigsten Fall in eine länger andauernde Phase der Psychotherapie übergeführt werden können, in der es diese pathologischen Persönlichkeitsanteile längerfristig zu bearbeiten gilt.

- D) *Kinder und Jugendliche, die bereits eine pathologische Entwicklung durchlaufen haben, nun (eventuell neuerliche) traumatische Erfahrungen machten und im Anschluss daran keine adäquate Hilfe in Gestalt von Krisenintervention erhielten, um das Trauma zu verarbeiten:*

Liegt diese Kombination vor, so führen in vielen Fällen die Zunahme von Alltagsproblemen vor dem Hintergrund starker Symptombildungen dazu, dass professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird. Naheliegenderweise sind die therapeutischen Herausforderungen bei dieser Problemkonstellation besonders komplex. Gelingen therapeutische Prozesse, so erstrecken sie sich im Regelfall über eine längere Zeitspanne. Ähnlich wie in vielen Fällen, die der Problemkonstellation C) zuzurechnen sind, sind die innerfamiliären Beziehungen der Kinder und Jugendlichen

über weite Strecken entwicklungsbelastend, was darauf hindeutet, dass sich die Arbeit mit den Eltern häufig als ebenso bedeutsam wie schwierig erweist.

Auf eine fünfte diagnostische Kategorie wird von den AutorInnen in dem Artikel aufmerksam gemacht, die sich auf Kinder und Jugendliche bezieht, die in keine der vorigen Kategorien einzuordnen sind:

E) Kinder und Jugendliche, die sich in besorgniserregender Weise entwickeln und denen in weiterer Folge traumatische Erfahrungen zugeschrieben werden, damit es für die Kinder und Jugendlichen bzw. deren Bezugspersonen möglich wird, unter primärem Verweis auf die scheinbar bereits eingetretenen oder auch drohenden Folgen dieser vermeintlichen traumatischen Erfahrungen psychotherapeutische Hilfe anzubahnen oder anzunehmen.

Diese weitere Kategorie bezieht sich auf Kinder und Jugendliche, die zwar mit dem Tod in ihrer unmittelbaren Umgebung konfrontiert waren, der für sie jedoch nicht als traumatisch erlebt wurde. Aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen wird (durch die Bezugspersonen – meist Eltern) Hilfe aufgesucht. Diese entstandenen Probleme jedoch sind nicht auf das Verlustereignis zurückzuführen, sondern haben ihren Ursprung bereits vorher. Da es für die Bezugspersonen schwierig ist, sich der Verantwortung und ihren Schuldgefühlen für begangene Fehler zu stellen, wird der Grund für die Probleme des Kindes außerhalb der Familie gesucht, um so dem Kind Hilfe zukommen zu lassen.

2a) Einschätzen der erforderlichen Unterstützungsmaßnahmen

2b) Maßnahmen der Intervention und Methoden an die Gegebenheiten anpassen

3.3.3. Aufbau einer sicheren Beziehung/ eines sicheren Rahmens/ Angstreduktion und Stützung

Van der Kolk (1998, 42) betont, dass die nachhaltigste Auswirkung des Traumas auf die Psyche vermutlich im Verlust der Fähigkeit zur Selbstregulation liege. Er sieht daher als Folgerung für die Behandlung: „Da sichere Bindungen die wichtigste Voraussetzung dafür sind, dass Kinder ihre inneren Zustandsänderungen regulieren lernen, muss der Schwerpunkt der Behandlung auf der Entwicklung von interpersonaler Sicherheit liegen. Da nach einem Kindheitstrauma besonders das Erfassen und Einordnen von Gefühlszuständen gestört ist,

muss in der Behandlung auch erlernt werden, wie man mit Worten Gefühle - insbesondere belastende Ereignisse - verstehen und interpretieren kann“ (Van der Kolk 1998, 33).

Fischer und Riedesser (1998, 195) beschreiben, dass die Gesamtkonstellation zu beachten sei, in der das Trauma auf das Kind wirkt, dabei sind sowohl innere als auch äußere Faktoren wirksam. Das heißt, die Gesamtkonstellation, in der äußere Faktoren auf ein Kind in einer bestimmten Entwicklungssituation treffen und von diesem entwicklungsbedingt mit einer ganz spezifischen Bedeutung versehen werden. Alter, Entwicklungsstufe, Persönlichkeitsstruktur und vorhandene Abwehrmechanismen sind genau so zu beachten wie die Art und die Begleitumstände des Ereignisses, v. a. spielt das soziale Umfeld eine bedeutende Rolle. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Traumen das Selbst- und Weltverständnis erschüttern, das sich bei Kindern noch in der Entwicklung befindet. Die Realität von Verletzung oder Behinderung in ein neues Selbstbild zu integrieren, fällt Kindern sehr schwer. Von Bedeutung ist die Unterscheidung zwischen innerfamiliärer und außerfamiliärer Traumatisierung. Traumatische Geschehnisse in der Familie führen das Kind zur bange Frage, wem noch vertraut werden kann. Trifft das Ereignis das Kind von außen, so spielt der Schutz durch die Eltern eine wesentliche Rolle, der vom Kind als Schutz vor einer außenfeindlichen Welt empfunden wird, so Riedesser und Fischer (1998, 195).

Je jünger ein Mensch von einem Trauma betroffen wird, desto geringer sind die Möglichkeiten, auf diese Weise das Erlebnis zu verarbeiten. Das Ich hat die Fähigkeiten zur Realitätsprüfung und Antizipation noch nicht ausreichend entwickelt und es stehen noch keine psychischen Strukturen zur Verfügung, innerhalb derer das Trauma bearbeitet werden könnte. Pynoos, Steinberg und Goenjian (2000, 271) sehen das entscheidende Bindeglied zwischen traumatischer Belastung und Persönlichkeit in der Ausbildung traumabezogener Erwartungen, welche in Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Physiologie des in Entwicklung befindlichen Kindes Ausdruck finden. Aufgrund ihrer Beschaffenheit und ihrer prägenden Wirkung auf die Persönlichkeit, so die Autoren, können traumatische Erfahrungen in Bezug auf die Welt, das Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit in zwischenmenschlichen Interaktionen und das persönliche Integritätsgefühl des Kindes verzerren.

Die erste und wichtigste Voraussetzung sei der Kontakt erklärt Sonneck (2000, 121). Eine besonders schwierige Situation ergibt sich dann, wenn die unmittelbare Umgebung des jungen Menschen (Eltern, Lehrer, Freunde), die zumeist auch direkt von der Krise betroffen ist, anstatt sich mit ihm auseinanderzusetzen, den Jugendlichen an eine helfende Stelle „abschiebt“, so Sonneck (2000, 77). Dies äußert sich dann häufig so, erklärt der Autor weiter, dass die Bezugspersonen eine Änderung (Besserung, Heilung) des Jugendlichen wünschen,

wogegen sich der Heranwachsende wehrt, um sich behaupten zu können, und seinerseits eine Änderung der anderen fordert oder zumindest erwartet. Dem Helfer stellt sich dadurch eine doppelte Aufgabe: einerseits muss er die Bezugspersonen des Jugendlichen bei deren Krisenbewältigung stützen, erläutert Sonneck (2000, 102), andererseits soll er die Bereitschaft des Jugendlichen für eine Mitarbeit zur Veränderung seiner Situation wecken. Eine gute Möglichkeit des Einstiegs, so der Autor weiter, bieten somatische Beschwerden oder körperliche Symptome, die in verschlüsselter Form persönliche Schwierigkeiten signalisieren. Man kann nur dann eine Motivation zu einer Veränderung aufbauen, wenn man eine akzeptierende und verständnisvolle Haltung einnimmt und dem Jugendlichen das Gefühl gibt, ernst genommen zu werden, wenn man sich bemüht, seine Sprache zu verstehen und ihm und sich genügend Zeit zum Verständnis der Probleme gibt. Durch diesen Aufbau gegenseitigen Vertrauens sollten erste Schritte zu einer partnerschaftlichen Beziehung gesetzt werden.

Viele Kinder und Jugendliche, die in einer Kriseninterventionsstelle vorgestellt werden, beschreiben auch Wininger und Eder-Steiner (2008, 83), kommen nicht auf eigenen Wunsch, sondern werden von besorgten Erwachsenen dazu angehalten. Deshalb kann bei Kindern und Jugendlichen keine grundsätzliche Bereitschaft zur Zusammenarbeit vorausgesetzt werden. Diese muss meist erst erarbeitet werden, wobei dieses Unterfangen mitunter dadurch erschwert ist, dass psychologische und psychotherapeutische Einrichtungen für Heranwachsende oftmals stark negativ besetzt und mit großen Ängsten verbunden sind. So fürchten viele Kinder und Jugendliche, von Therapeuten durchschaut und gleichsam „psychisch entblößt“ zu werden oder, dass Psychotherapie nur etwas für Verrückte sei. Für Kinder und Jugendliche kommt die Anbindung an eine psychotherapeutische Einrichtung daher oftmals einer Krankheitszuschreibung gleich und wird bewusst oder unbewusst als Bestrafung für etwaige Symptome erlebt. Daher zählt es zu den zentralen Aufgaben, Vertrauen herzustellen und allfällige Vorurteile auszuräumen.

Der Patient, der Hilfe in seiner Krise sucht, erwartet eine Linderung seines Leidensdruckes und seiner Beschwerden, erklären Auch Riecher-Rössler et al. (2004, 33). Im Vordergrund steht oft die emotionale Spannung, die auf ein erträgliches Maß reduziert werden muss. Hierzu trägt ein sicheres Umfeld bei, das Schutz und Geborgenheit gibt. Maßnahmen zur Angstreduktion und Stützung sind vor allem in den ersten Tagen und Wochen des Geschehens sinnvoll, so Riecher-Rössler et al. (2004, 336).

Bogyi (1999a, 110) erklärt, dass sich Kinder häufig etwas, das dem Toten gehörte aussuchen, um es dann als Übergangsobjekte zu benutzen. „Geerbte Besitztümer, Fotos und alte Geschenke werden zum Anhaltspunkt für unzählige Assoziationen und dienen als Symbole

für vergangene Zeiten, in denen das Liebesobjekt noch verfügbar war. Für Kinder sind solche Kleinigkeiten als handgreifliche Erinnerungshilfen von besonderer Bedeutung“ (Spiecker-Verscharen 1982, 39). Sie unterstützen sie nicht nur beim Erinnern an die verstorbene Person, sondern können vor allem auch ein Stück Trost und Sicherheit für sie bedeuten.

Kinder und Jugendliche in Krisen zu begleiten heißt auch, ihnen als authentischer Mensch zu begegnen. Eine echte Begegnung erfordert von allen Beteiligten Vertrauen und Verantwortung, Uneigennutz, aber auch Bereitschaft zum Risiko, erklärt Bogyi (1999a, 113). Zu bedenken ist auch, dass es zeitweise den Anschein hat, es gebe einen Schmerz, der sich nicht trösten lassen will, den zu begleiten die Geduld voraussetzt, keine Lösung erzwingen zu wollen. Dies ist vor allem in der Arbeit mit Jugendlichen von größter Bedeutung. Trauerarbeit setzt Vertrauen ins eigene Ich, Vertrauen in die Umgebung voraus, ebenso eine tragfähige Beziehung, die standhält, nicht verdeckt, nicht verbietet und nichts wegschiebt. Manchmal wird diese Beziehung durch die Kindergärtnerin, Lehrerin oder den Therapeuten hergestellt, erklärt die Autorin. Riecher-Rössler et al. (2004, 36) ergänzen, dass es für den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung wichtig sei, auf die Probleme und Sorgen des Patienten möglichst gut einzugehen. Der Patient erwartet vom Therapeuten aber auch, dass er die Situation kontrolliert und sich nicht ebenfalls von der Problematik überwältigen lässt.

3a) Vertrauen aufbauen

3b) Sicheren Rahmen herstellen

3c) Angst reduzieren

3d) Übergangsobjekte akzeptieren oder zur Verfügung stellen

3e) Ehrlicher, authentischer Umgang mit den Betroffenen, keine Gefühle vorspielen

3f) Kompetenz ausstrahlen/ Den Betroffenen das Gefühl von Sicherheit und

**Stabilität vermitteln/ die Sicherheit vermitteln, dass alles wieder gut wird/
„stellvertretende Hoffnung“ aber die Ereignisse nicht verharmlosen oder
herunterspielen**

3.3.4. Positive kindliche Verarbeitungsmechanismen unterstützen/ Unterstützen beim integrieren des Traumas in ein inneres Weltmodell/ den Tod realisieren helfen

„Nicht bemüht sein, an der Krise vorbei zu führen, sondern ermutigen hindurchzugehen!“ (Bogyi 1999, 113). Diese Aufgabe der Trauerbegleitung kann als übergeordnetes Ziel aller Interventionsmaßnahmen gesehen werden. Der Hinterbliebene soll zur Trauerarbeit ermutigt

und in der Konfrontation mit der veränderten Realität bestärkt werden, so Bogyi (1999a, 111). Die Begleitung des Trauerprozesses heißt den Kindern Mut zu machen und sie dabei zu unterstützen ihrer Selbstwahrnehmung mehr Raum zu lassen und ihre eigenen Bedürfnisse durchzusetzen. Die Vernachlässigung oder gar Missachtung der kreativen individuellen Selbstheilungskräfte, so die Autorin weiter, ist das was eigentlich krank macht bei Bewältigungsprozessen. Die Stärkung und Unterstützung von Aktivität hilft, dass natürliche Trauer nicht in Depression erstarrt. „Es gibt kein ‚Pflaster auf die Trauer‘. Somit dürfen auch Kinder nicht ver-tröstet werden, sondern wollen in ihrer Trauer begleitet und gehalten werden“ (Bogyi 1999a, 112). Als Begleiter fungieren heißt helfen, dass die Betroffenen miteinander reden lernen, und Gefühle voreinander zulassen aber auch konfrontieren und respektieren, auch akzeptieren, dass Abwehrsymptome Schutzfunktion haben, und alles seine Zeit braucht. Die Konfrontation mit der Wahrheit kann befreien, unter dem Geheimhalten, dem Vortäuschen leiden viele Menschen, erläutert Bogyi (1999a, 113). Dies bedarf großer Behutsamkeit. Es geht um Anregen, nicht Ausreden oder Überreden. Die individuelle Art zu trauern ist immer zu beachten. Solche Interaktionsformen zielen dann darauf ab, Menschen in die Lage zu versetzen, über den Weg der Trauerarbeit Krisen als Chance zur weiteren Wahrheit zu sehen.

Interventionsphantasien spielen bei Kindern in der Verarbeitung eine sehr große Rolle, beschreibt Bogyi (2003a, 26). Kinder fragen sich immer wieder, wie sie das Geschehen verändern könnten, um z. B. einen tödlichen Ausgang zu verhindern. Nach Pynoos und Nader (2000, 284) sind Interventionsphantasien während des Traumaverlaufes oder auch danach wesentlicher Bestandteil der traumatischen Erinnerung und kommen bei jedem Abruf eines traumatischen Moments vor. Derartige Phantasien umfassen Veränderungen der auslösenden Ereignisse, Unterbrechung der traumatischen Handlungen, Ungeschehen-machen tödlicher oder verletzender Konsequenzen, erfolgreiche Vergeltung und Verhinderung zukünftiger Traumata und Verluste. Diese Phantasien hängen von Reife, Geschlecht und Lebenserfahrung der traumatisierten Person ab. Riedesser (1998, 115) bezeichnet die traumatische Situations-/Reaktionskonstellation als traumatischen Prozess, welcher bereits ausführlich im ersten Kapitel beschrieben wurde. Er spricht von einem kompensatorischen Schema mit 3 Aspekten: Einem ätiologischen, das die Ursachen der Katastrophe beinhaltet. Einem restaurativen, bei dem es um Wiedergutmachung und um ein Ungeschehenmachen geht, und einem präventiven Aspekt, wo Regeln zur Vermeidung gefunden werden. Dadurch soll in der Verarbeitung die Erfahrung unter Kontrolle gebracht werden. Diese kompensatorischen Aktivitäten sind altersabhängig und zeigen oft ein hohes Maß an Kreativität. Riedesser sieht die Symptome als

Kompromissbildung aus dem direkten Einfluss der traumatischen Erfahrungen und den kompensatorischen Bemühungen. Welche innerpsychische Dynamik und welche potentiellen Folgen traumatische Erfahrung nach sich ziehen, ist somit in einem hohen Maße von den je individuellen Apperzeptionstendenzen der Betroffenen abhängig erklären auch Datler und Freilinger (2006, 335). Belastende Ereignisse oder Lebensumstände, wie Missbrauch, Gewalt oder Verlusterlebnisse, sind in diesem Sinne nicht linear, unmittelbar und zwingend dafür ausschlaggebend, ob Symptombildungen wie akute Belastungsreaktionen, posttraumatische Belastungs- oder Anpassungsstörungen ausgebildet werden. „Entscheidend ist vielmehr, wie potentiell traumatogene Ereignisse oder Lebensumstände bewusst und unbewusst erlebt und verarbeitet werden“ (Datler, Freilinger 2006, 335). „Trauma“ ist daher immer ein relativer Begriff, „der sich auf das Verhältnis von Übergriff seitens der Umwelt einerseits und den Verarbeitungsmöglichkeiten seitens des Selbst, das dem Übergriff ausgesetzt ist andererseits bezieht“ (Tenbrink 2003, 274).

Für die Planung und Gestaltung von therapeutischen Unterstützungsmaßnahmen, ist der Einbezug der subjektiven Dimension des Traumas daher unverzichtbar und zentral, erläutern auch Wininger und Eder-Steiner (2008, 84).

Im therapeutischen Prozess geht es, nach Bogyi (2003a, 37), darum die überwältigende traumatische Erfahrung so weit zu verarbeiten und zu integrieren, dass kein Entwicklungsrückstand fixiert wird sondern die phasenspezifischen Entwicklungsaufgaben bewältigt werden können. In der therapeutischen Intervention sind kindliche Verarbeitungsmechanismen zu unterstützen, das Trauma ist in ein neues inneres Weltmodell zu integrieren. Das bedeutet, dass die Integration in das altersgemäße kindliche Weltbild erfolgen muss. So können im traumatischen Spiel kompensatorische Strategien geprobt werden. Dazu muss ein sicherer schützender Rahmen bereitgestellt werden, worin sich die kreative Phantasie des Kindes entfalten kann. Altersentsprechende kreative Lösungen müssen dabei unterstützt werden, um dem Kind ein Gefühl der Kontrolle über seine Umwelt und das Vertrauen in die Welt der Erwachsenen zurück zu geben.

4a) Dem Kind den Tod realisieren helfen

4b) Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis

4c) Gedanken und Gefühle dazu bearbeiten oder besprechen

4d) Schuldzuschreibungen richtig stellen

3.3.5. Ausdruck von Gefühlen fördern

„Gefühle sind im Zentrum unserer Aufmerksamkeit, sie stellen die Verbindung zur primären Lebensorganisation her und sie stehen in einem engen Zusammenhang mit der Welt der unbewussten Phantasien und Vorstellungen, die Ausdruck der inneren Konfliktverarbeitung sind“ (Holderegger 2002, 139).

Ein Mittel zur Reduktion der emotionalen Spannung ist die emotionale Entlastung durch den Ausdruck von Gefühlen erklären Richer-Rössler et al. (2004, 39). Auch Sonneck (2000, 74) erläutert, dass Betroffene in einer Krisensituation darin bestärkt werden sollen gefühlsbetonte Situationen ausführlich zu berichten oder wenn der Betroffene mit Tränen kämpft, ihn dazu zu ermutigen, seinen Tränen freien Lauf zu lassen. Das Ausdrücken von Zorn und Wut (tabuisierte Gefühle), beschreibt er weiter, soll besonders gefördert werden, wobei jedoch zu beachten sei, dass diese Gefühle angemessen kanalisiert werden. Das Ausdrücken der Gefühle ist jedoch bei vielen Menschen mit starker Angst verbunden die Kontrolle zu verlieren, beschreiben Richer-Rössler (2004, 39) et al. weiter. Nur in einer angstfreien Umgebung und einer guten therapeutischen Beziehung ist es für diese Patienten überhaupt möglich, Gefühle zu äußern. Auch aggressive Gefühle sollten unbedingt angesprochen werden. Deren Äußerung kann dem Betroffenen eine große Entlastung bringen. Dieser wichtige Schritt erfordert ein professionelles und sicheres Umfeld, in dem aufkommende Gefahren rechtzeitig erkannt und entsprechend eingegrenzt werden können. Ein Fehler, der bei der Unterstützung von trauernden Personen somit auftreten kann ist, dass Aggressive Gefühle vom Helfenden häufig nicht angesprochen werden, aus Angst, er könne diese nicht auffangen. Neben der mangelnden emotionalen Entlastung besteht hier das Risiko, dass diese Gefühle zu einem späteren Zeitpunkt, ohne Unterstützung, zum Ausdruck kommen und dann eine Gefahr für den Patienten oder sein Umfeld darstellen. Ein weiterer Fehler kann sein, dass den Betroffenen mit suggestiven und unnötig langen Pausen zur Äußerung von Gefühlen zu zwingen, ohne die Krisenproblematik zu erfassen, und ohne stabile Beziehung, sowie nicht genügend Zeit für diesen wichtigen Aspekt der emotionalen Entlastung zu haben, beschreiben Richer-Rössler et al. (2004, 33). Die Autoren erklären weiter, dass die zuvor beschriebenen Schritte die Grundbedingungen für eine erforderliche Krisenintervention schaffen und es weiter darum geht, die Probleme zu erfassen und die Änderungsmotivation zu fördern. Ein erster Schritt in diese Richtung besteht darin, den aktuell im Vordergrund stehenden Krisenauslöser zu erfassen, um danach mit dem Patienten ein gemeinsames

Problemverständnis und eine gemeinsame Problemdefinition zu erarbeiten. Die Ordnung der Probleme, des „äußeren Chaos“, ermöglicht es den Hilfesuchenden, schrittweise die Kontrolle über das „innere Chaos“ der Krise zu erlangen. Das Ordnen des „äußeren Chaos“ hilft dem Betroffenen sein „inneres Chaos“ zu ordnen und ruhiger zu werden. Schon eine gut verständliche Informationsvermittlung und erste, wenn auch nur kleine zielgerichtete Handlungen, ermöglichen es den Betroffenen, schnell einen Teil der verloren gegangenen Kontrolle zurückzugewinnen, erläutern Riecher-Rössler et al. (2004, 34).

Der Umgang mit Aggression, so Wintch (2008, 217), ist in den meisten Traumabehandlungen ein zentrales Thema. Aggressionen, die Kinder und Jugendliche im Verhalten gegen andere, sich selbst oder gegen Gegenstände richten, dürfen nicht übersehen werden. In einem gut strukturierten Rahmen mit klar definierten Regeln, sollen aggressive Impulse ausgelebt werden können und eine kontrollierte Spannungsabfuhr ermöglichen. Ziel dabei ist die Selbstkontrolle der Kinder und Jugendlichen zu erhöhen, Aggressionen zu kanalisieren und zu integrieren, sowie der lustvolle Umgang mit Aggression als gesunder Kraft und die Förderung des Bewusstseins, dass es für eine konstruktive Form klare Regeln braucht, beschreibt Wintch (2008, 217) weiter.

Nach traumatischen Erfahrungen brauchen Menschen ein interessiertes, aufmerksames und stützendes Gegenüber, das ihnen die Möglichkeit bietet, ihre Gefühle zum Ausdruck zu bringen, erklärt auch Sonneck (2000, 33). Er beschreibt, dass Betroffene möglichst viel über das Ereignis und seine Gefühle erzählen sollten, dadurch werden sie konkreter. Üblicherweise erklärt er, dass „verbotene Gefühle“ (z.B. Wut, Enttäuschung über einen Verstorbenen) zugelassen, erkannt und akzeptiert werden, weil der Therapeut sie versteht und akzeptiert. In vielen Fällen muss der Therapeut ermutigen und helfen, Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken. Dabei soll er als „Resonanzboden“ für die Gefühle des Klienten fungieren, wodurch dieser entlastet wird, weil die Last gemeinsam getragen wird. Begleitung von Kindern und Jugendlichen in Krisensituationen heißt, so Bogyi (1999a, 113), die Betroffenen ernst zu nehmen, sensibel und einfühlsam zu sein, sie nicht zu belehren und mit Ratschlägen zu überhäufen. Der Trauerbegleiter sollte da sein, ohne sich aufzudrängen, das richtige Maß von Nähe und Distanz spüren, er soll aushalten können, ohne von den Emotionen angesteckt und weggeschwemmt zu werden, geduldig warten können, Nächstliegendes tun, ohne zu entmündigen, sowie den Ablauf des Alltags sichern. Die helfende Person sollte darüber hinaus diskret und nicht gekränkt sein, wenn Kinder nicht über den Verlust sprechen wollen und bedenken, dass es zuerst darum geht, den Schmerz zu spüren und auszudrücken. Im Zustand der Ratlosigkeit und Verwirrung sind Kinder und Jugendliche kaum zugänglich,

wobei es dann darum geht, die Gefühlsentladung auszuhalten, denn Kinder erkennen sehr schnell, wenn sie besser nicht offen reden oder ihre Gefühle zeigen sollen, erklärt Bogyi (1999 a, 113). Sie spüren, wenn Erwachsene ihre starken Gefühle nicht ertragen können und wollen ihre eigenen Beschützer schützen, erklärt sie weiter. Erwachsene sollen laut Bogyi (1999a, 113) auf das Kind zugehen, ihm Gelegenheit geben, sich mit seinen extremen Erfahrungen auseinanderzusetzen. Ebenso wichtig ist es aber auch, dem Kind und dem Jugendlichen Pausen zu gönnen, nicht andauernd über das Geschehene zu sprechen, ihm auch Zeit zu geben, zu tun als ob nichts wäre. Wenn das Kind selbst die Initiative ergreifen möchte, muss der Erwachsene diese Gelegenheit wahrnehmen und entsprechend reagieren, erklärt die Autorin. Symbolspiele und Rollenspiele in denen der Verlust verarbeitet wird, sollten als solche von dem Kind erkannt werden. Der Unterstützende sollte verlässlich so lange begleiten, wie es hilfreich ist und sich nicht zu früh zurückziehen aber auch nicht zu lange verharren, beschreibt Bogyi (1999a, 113).

Die Autorin erklärt auch (2003a, 37), dass Authentizität, Ehrlichkeit und klare Informationen in akuten Belastungssituationen hilfreich sind. Das Ansprechen des inneren Chaos ist von Bedeutung, beschreibt die Autoren und meint damit die Gleichzeitigkeit der Gefühle von Schock, Trauer, Verzweiflung, Wut, Ohnmacht und Schuld. Es gilt Ordnung in dieses innere Chaos zu bringen, wie bereits oben angeführt. Vor allem das Ansprechen von Schuldgefühlen ist besonders wichtig, worüber bereits ausführlich im zweiten Kapitel berichtet wurde.

Menschen wollen in ihrem Schmerz verstanden und ausgehalten werden, so Bogyi (1999a, 113). Sie sollten zum Zulassen ihrer Trauer mit all ihren Gefühlsqualitäten wie Verzweiflung, Depression, Angst, Schuldgefühlen, Wut, Zorn, aber auch zu Neid, Eifersucht bis hin zu Mordgelüsten ermutigt werden.

Diesbezüglich erweist es sich häufig als notwendig, Klienten darüber aufzuklären, dass ihre Symptome weniger als pathologische Erscheinungen sondern vielmehr als „natürliche“ Reaktionen auf „unnatürliche“ Belastungen zu verstehen sind, erläutern auch Wininger und Eder-Steiner (2008, 84). Gemeinsam mit der Erleichterung, die sich im ersten Erzählen über das Trauma einstellt, führt diese Information erfahrungsgemäß zu einer deutlichen psychischen Entlastung, die wiederum die Motivation für eine allfällig angebrachte längere therapeutische Arbeit positiv beeinflusst.

Dabei ist zu beachten, dass die im zweiten Kapitel genannten Elemente der Trauerarbeit von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen sind. Die Entwertung, die Überbewertung und die Identifizierung mit dem oder der Toten werden somit als Anzeichen eines normalen Trauerverlaufes betrachtet.

- 5a) Ermutigen Tränen freien Lauf zu lassen**
- 5b) Gefühlschaos ansprechen und ordnen helfen**
- 5c) Tabuisierte Gefühle ansprechen und ausdrücken helfen**
- 5d) Ausdruck von Wut/ Aggression fördern und kanalisieren**
- 5e) Nicht zum Äußern der Gefühle zwingen**
- 5f) Gefühle aushalten und als Resonanzkörper fungieren**
- 5g) Schuldgefühle klären helfen**
- 5h) gesunde Reaktionen als normal bestätigen**

3.3.6. Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung

Jedes Trauma hat seinen individuellen Charakter und dessen Bearbeitung entzieht sich jeder Schematisierung, die lediglich als Hilfskonstruktion für die Orientierung in der therapeutischen Arbeit verstanden werden kann. Die Kreativität, der Einfallsreichtum, die Intuition und das Verantwortungsgefühl des Therapeuten spielen deshalb eine bedeutsame Rolle im therapeutischen Prozess. Diese Intuition kann aber nur auf der Grundlage einer guten Ausbildung im Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung im speziellen mit der „traumatisierenden“ Übertragungsdynamik entwickelt werden beschreibt Holderegger (1998, 15). Je weniger ein Helfer um seine eigenen Grenzen weiß, desto größer ist die Gefahr, dass er selbst in eine Krise gerät, wenn er einem anderen in einer Krisensituation zu helfen versucht, so Bogyi (1999a, 115). Die schlimmste Form der Krise eines Helfers ist wohl die, wenn es zur Bedrohung des eigenen Selbst kommt, also zu einer zu starken Identifizierung mit dem Hilfesuchenden und damit zu geringer Distanz zu diesem. Somit ist der Unterschied zu sehen zwischen der beruflichen und der persönlichen Kompetenz des Helfers. Drei Eigenschaften scheinen für diesen, laut Bogyi (1999a, 115) wichtig zu sein: die Erfahrung mit sich selbst, wohlwollendes Interesse am anderen und die Fähigkeit, sich in Bezug zu anderen realitätsgerecht einschätzen und verhalten zu können.

Es geht um die Art der Beziehungsgestaltung, erklärt die Autorin (2003a, 38) weiter. Ulrich Mosers Modell der therapeutischen Beziehung und deren Regulierung, so beschreibt sie, sei auch hierfür passend. Der Analytiker ist in 2 Versionen anwesend: Als direkte Bezugsperson der therapeutischen Beziehung und als Träger einer Rolle, die durch die Übertragung des Patienten evoziert wird, so Moser (2001, 100).

Schwerste traumatische Erfahrungen der Kinder sind oft auch für Therapeuten schwer auszuhalten, weil sie in dieser Arbeit nur sehr begrenzt auf ihre Professionalität zurückgreifen können. Das „was heilt ist unser menschliches Fühlen“ (Holderegger 1998, 150).

Das Wahrnehmen der eigenen Gefühle in der Krisenintervention erklärt Sonneck (2000, 22), erleichtert nicht nur, selber die Gegenübertragung zu handhaben, sondern gibt dem Helfer auch Hinweise darauf, wie der Betroffene mit seiner Umwelt umgeht. Die subjektive Wertigkeit, der subjektive Stellenwert, den der Betroffene dem Krisen Anlass und seinen Konsequenzen beimisst, steht im Vordergrund, wobei die Bedürfnisse des Betroffenen, nach denen man sich primär orientiert, ebenso wichtig sind. Da eine tragfähige Beziehung nur symmetrisch möglich ist, soll an einer Partnerschaft gearbeitet werden und somit versucht werden die Abhängigkeit des Betroffenen, die stark an die Aktivität des Helfers gekoppelt ist, so gering wie möglich zu halten, ohne dass dadurch die Stütze, die aus der Autorität und Kompetenz des Helfers erwächst, dem Betroffenen zu entziehen, denn in der Krise ist der Mensch abhängiger von Hilfe von außen als in jeder anderen Situation seines Lebens, so Sonneck (2000, 22).

„Die therapeutische Arbeit mit Menschen, bei denen starke ‚negative‘ Gefühle wie Trauer, Depression und Angst, aber auch Wut und Aggression vorhanden sind, stellt für den Helfer eine erhebliche Belastung dar. Die Gefahr der emotionalen Überlastung und des Burnout ist dabei groß“ (Riecher-Rössler et al., 32). Die Überidentifizierung mit dem Schicksal des Patienten kann also zum Verlust eines professionellen therapeutischen Umgangs führen.

Auch Sonneck erklärt (2000, 21), dass es auf die richtige Relation von Nähe und Distanz ankomme. Sich aus der Beziehung heraushalten zu wollen, führt dazu sich nicht ausreichend mit dem Betroffenen identifizieren zu können. Als Folge davon werden die Probleme des Hilfesuchenden nicht wichtig und ernst genommen und es kann dazu führen, dass vernünftige und logische Argumente, Erklärungen, Vorschläge oder gar Vertröstungen von Seiten des Helfers geäußert werden oder die Betroffenen zu sogenannten „Experten“ abgeschoben werden. Wenn sich der Helfende jedoch zu sehr in die Beziehung einlässt bzw. verwickeln lässt, so Sonneck (2000, 21), kann dies zu einer Überidentifikation mit dem Betroffenen und somit zu einer Distanzlosigkeit gegenüber Bedürfnissen und Gefühlen und zu einer Über- oder Unterschätzung der Fähigkeiten und des Durchhaltevermögens der Betroffenen führen. Außerdem kann es in diesem Falle vorkommen, dass der Helfer „ganz besonders“ helfen möchte, daher „besonders aktiv“ vorgeht und somit an der Stelle des Betroffenen Lösungen überlegt und Vorschläge formuliert, wodurch ihm die Eigenverantwortung genommen wird.

6a) Auseinandersetzung mit der eigenen Trauer und traumatischen Erfahrungen und den damit verbundenen Gefühlen

6b) Auseinandersetzung mit eigener Betroffenheit und Hilflosigkeit

6c) Nicht überengagiert sein, aber auch nicht zu viel Distanz zu den Betroffenen zeigen

III: Arbeit mit dem sozialen Umfeld:

3.3.7. Einbeziehen des sozialen Umfelds

Die Mehrzahl der Kriseninterventionen geht laut Sonneck (2000, 102) außerhalb des professionellen Systems, z.B. im Verband der Familie, der Schule, des Betriebes, der Gemeinde etc. durchaus effizient vor sich. Gerade in der Schockphase, erläutert der Autor (2000, 63), in der es darauf ankommt, den Betroffenen nicht allein zu lassen, ist meistens die unmittelbare Umgebung wirkungsvoller und auch leichter in der Lage präsent zu sein und die Rolle der „stellvertretenden Hoffnung“ zu übernehmen, während der professionelle Helfer, sei es durch Über- oder durch mangelnde Identifikation, die eigentlichen Bedürfnisse des Patienten und seine Fähigkeit, die Krise durchzustehen, häufig falsch einschätzt.

Im Vergleich zur allgemeinen Krisenintervention, so Sonneck (2000, 77) weiter, ist herauszustreichen, dass es bei Kindern und Jugendlichen besonders wichtig ist, die Bezugspersonen verstärkt miteinzubeziehen, z.B. zur Unterstützung des Jugendlichen durch gemeinsam besprochene Aktionen oder im Konfliktfall, um mit den Bezugspersonen und dem Jugendlichen Vereinbarungen über beidseitige Verhaltensänderungen herauszuarbeiten. Wenn ein Netzwerk existiert, ist es wichtig, mit diesem zu arbeiten, erklärt auch Bogyi (2003a, 37). Beratende Familiengespräche, Information, Entlastung, oftmals Bestärkung des schon eingeschlagenen Weges, sind wichtige Maßnahmen, wobei Authentizität und Ehrlichkeit gefragt sind und klare Information in akuten Belastungssituationen hilfreich sind. Nicht selten kann sich der Berater nach einigen konfrontierenden, offenen Gesprächen wieder zurückziehen, wenn es ihm gelungen ist, dass die Bezugsperson offen mit dem Kind spricht bzw. die Fragen des Kindes beantwortet werden und sein Verhalten verstanden wird, beschreibt Bogyi (1999b, 140). Wininger und Eder-Steiner (2008, 84) erklären, dass Bezugspersonen oft selbst Beistand brauchen und über die psychische Ausnahmesituation und die aktuellen Bedürfnisse der Betroffenen in Kenntnis gesetzt werden müssen. In diesem

Zusammenhang bedarf es in vielen Fällen ihrer Mitarbeit, um die Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen sowie die, oft unbewusste, Beziehungsdynamik besser zu verstehen, welche sich im Anschluss an traumatische Erfahrungen entwickelt. Wichtigster Grundsatz in der Krisenbegleitung mit Kindern und Jugendlichen ist der, dass Kinder die Wahrheit viel besser ertragen können als beschönigende Lügen, führt Bogyi (1999a, 111) aus. Die Haltung der Erwachsenen gegenüber Kindern und Jugendlichen sollte von Offenheit und Ehrlichkeit geprägt sein und sie sollten sich gesprächsbereit zeigen, ohne sich aufzudrängen. Das Verschweigen und Beschönigen wirkt sich auf jeden Fall erschwerend auf den Trauerprozess aus, so Bogyi (1999a, 110). Es behindert das Erfassen des schmerzvollen Ereignisses und lässt die Kinder mit Ängsten und Phantasien allein. So, beschreibt Bogyi weiter, kommt zu dem Verlust vor allem noch die Einsamkeit und die Verunsicherung. Jeder hat das Recht zu erfahren, wenn eine geliebte Bezugsperson erkrankt oder stirbt, wenn sich Eltern scheiden lassen, wenn eine Übersiedlung ansteht, usw., und zwar möglichst rasch und möglichst genau. Jedes Kind und jeder Jugendliche hat das Recht auf seine Art und Weise Abschied zu nehmen, beschreibt die Autorin. Sie (1999a, 110) erklärt auch, dass Kinder häufig am Geschehen um den Todesfall beteiligt werden wollen, sei es am Begräbnis oder beim Wegräumen der persönlichen Utensilien des Verstorbenen. Dabei kann es vorkommen, so erklärt sie weiter, dass sich das Kind einen Gegenstand aussucht, welchen es dann als Übergangsobjekt benutzt.

Auch Hausmann (2003, 348) erklärt, dass weniger die Konfrontation mit dem Tod selbst die weitere Entwicklung beeinflusst, als vielmehr die Reaktion der Umwelt.

Bogyi wiederum beschreibt auch (2003a, 37), wie bereits oben erwähnt, dass das Ansprechen des inneren Chaos von Bedeutung sei, bei dem gegensätzliche Gefühle wie Schock, Trauer, Verzweiflung, Wut, Ohnmacht, Schuld gleichzeitig auftreten. Wieder Ordnung in das innere Chaos zu bringen, ist dabei das Ziel. Es ist wichtig, Kinder am Geschehen teilhaben zu lassen und es ist wichtig, die veränderte Alltagssituation zu besprechen, so die Autorin. Das Bemühen um die Aufrechterhaltung der Dialogfähigkeit, auch in schwersten Krisen, steht, laut Bogyi (2003a, 37), an erster Stelle. „Krisenarbeit ist Beziehungsarbeit“ (Bogyi 2003a, 37).

Wichtig ist es, die umgebenden Erwachsenen zu ermutigen, selbst ihre Trauer zu zeigen, ihre Gefühle auch dem Kind mitzuteilen, sowie den Toten nicht zu idealisieren, sondern in der Erinnerungsarbeit immer wieder auch belastende oder konfliktbesetzte Situationen aufzuzeigen. Die Unsicherheit von Erwachsenen angesichts von Todesereignissen, so Bogyi (1999a, 112), bezieht sich oftmals auf die Information über Sterben und Tod, bzw. über das

Teilhaben-lassen der Kinder an den belastenden Ereignissen. Eltern sind verunsichert, wenn ein Familienmitglied schwer erkrankt ist und tun sich schwer dabei die Fragen der Kinder nach Krankheit und Tod zu beantworten. Es herrscht immer noch Unsicherheit darüber, ob Kinder an das Krankenbett sollen bzw. jemanden auf der Intensivstation besuchen können. Die Frage bezüglich Teilnahme am Begräbnis stellt immer noch für viele Eltern eine deutliche Verunsicherung dar, schildert Bogyi (1999a, 112). Ebenso verunsichert sind Eltern bei Fragen der Kinder bezüglich dem, was nach dem Tod sei. Bei diesen und ähnlichen Fragen empfiehlt die Autorin, dem Kind klare Informationen zu geben. Gleichzeitig, beschreibt Bogyi (1999a, 112), ist aber auch darauf zu achten, dass Eltern nicht überfordert werden dürfen, und zu bedenken, dass sich auch sie in einer schwerwiegenden Situation befinden. Dies erfordert hohes Einfühlungsvermögen und Behutsamkeit. Es ist sinnlos, die Bezugsperson zu etwas zu nötigen, was sie selbst nicht imstande ist zu tun, weshalb oftmals motivierende Elternarbeit notwendig ist. Die Ängste der Umgebung beziehen sich durchgehend auf die Angst die Wahrheit zu sagen und eigene Gefühle zu zeigen. Dabei ist wesentlich, die verschiedenen Gefühlsqualitäten anzusprechen, meint die Autorin weiter. Schuldgefühle sind ein erheblicher Bestandteil kindlicher Trauer, und dürfen nicht unterschätzt werden. Wichtig ist, beschreibt die Autorin, beim Tod eines Elternteils mit dem Kind darüber zu sprechen, wer nun für die faktischen Bedürfnisse sorgen wird. So machen sich viele Kinder nach dem Tod etwa Gedanken, wer nun für sie kochen wird, bzw. nach dem Tod des Vaters Gedanken, wer nun Geld verdienen werde. Diese Fragen scheinen den Angehörigen oft unbedeutend, stellen aber für das Sicherheitsbedürfnis des Kindes einen wesentlichen Faktor dar.

Krisenbegleitung heißt auch, so Bogyi (1999a, 113), dafür zu sorgen, dass im Alltag des Kindes viel Gewohntes beibehalten wird. Das bedeutet, dass, wenn möglich, die Wohnung, der Kindergarten oder die Schule nicht gewechselt werden sollen. Die Kinder sollten die Möglichkeit haben am Geschehen teilzuhaben, in den Trauerprozess der Familie eingebunden zu werden. Die Bezugspersonen sollten ermutigt werden, auch ihre Gefühle zu zeigen. Oft sind Elterliche Bezugspersonen, sei es durch Scheidung oder Tod, selbst zu sehr erschüttert, das Kind zu begleiten. Dann bedarf es einer anderen Person, die sich vorübergehend bereit erklärt, hilfreich zur Seite zu stehen, die Betroffenheit der Bezugsperson dem Kind erklärt und es tröstet. „In Krisen ist es sehr hilfreich, wenn Betroffene erleben, dass ein Mensch dem Sturm der Gefühle standhält“ (Bogyi 1999a, 113).

Von Bedeutung ist es, beschreibt Bogyi (1999a, 113) weiter, Bezugspersonen zu ermutigen, dem Kind auch ein „normales“ Kinderleben zu ermöglichen. Die Angehörigen sollen mit dem

Kind Unternehmungen tätigen, die sie sonst auch gemeinsam machen würden, wie Kinderfeste besuchen, schwimmen, Rad fahren etc. „Möge der Tod uns lebendig finden, und das Leben uns nicht tot!“ so lautet ein arabisches Sprichwort. Gewohntes gibt in Krisensituationen Halt und Sicherheit, erklärt Bogyi (1999a, 113) weiter. Helfende sollten Sicherheit durch Vereinbarungen geben. Es muss etwas geben, auf das man sich in einer veränderten Situation verlassen kann. Auch Rituale können dabei unterstützen, da sie das Handeln einer Gruppe und auch des Einzelnen strukturieren. Sie können somit Halt und Ordnung in die Begegnung mit Sterben, Tod und Trauer bringen. Jorgos Canacakis (1987, 87) schreibt ihnen gleich eine ganze Reihe von Vorteilen zu: „Ausdruck des Trauerschmerzes, klare Rollenverteilung, Gliederung des Trauerablaufs, zeitliche Begrenzung mancher Phasen, Klärung der Beziehung zum Toten, Entstehung von Bindungen, Verstärkung des Zusammenhalts in der Gemeinschaft.“ Leider haben Trauerrituale jedoch, wie bereits oben erwähnt, in unserer Gesellschaft zunehmend an Bedeutsamkeit verloren, sind distanziert, sinnentleert, manipulierend, gefühlshindernd, übermäßig einschränkend, stark verpflichtend und starr geworden, erklären auch Bogyi et al. (2003, 12). Dies kann als Hinweis auf die Notwendigkeit gesehen werden, der Trauer in unserer Gesellschaft wieder mehr Raum zu geben und dem Angebot von professioneller Trauerbegleitung Aufmerksamkeit zu schenken.

- 7a) Beratende Gespräche mit den Angehörigen in denen Informationen weiter gegeben werden über das Verhalten gegenüber trauernden Kindern**
- 7b) Kinder einbeziehen in den Trauerprozess**
- 7c) Kindern die Trauer vorleben/ die eigenen Gefühle nicht verbergen**
- 7d) Offener und ehrlicher Umgang mit den Kindern und Jugendlichen/ Informationen über den Tod nicht verschleiern**
- 7e) Dafür sorgen, dass möglichst viel Gewohntes beibehalten wird/ Veränderung vermeiden**
- 7f) Kindern „normales“ Kinderleben ermöglichen, also auch Aktivitäten mit Kindern setzen (Freunde besuchen, ins Kino gehen, Kinderparty,...)**
- 7g) Rituale durchführen bzw. beibehalten, wie das Vorlesen vor dem Einschlafen,...**
- 7h) Entlastung und Stärkung der Bezugspersonen/ Bezugspersonen dürfen nicht überfordert werden; sie sind selbst Betroffene**

IV. Weiterführende Maßnahmen:

3.3.8. Ressourcen aktivieren/ Zukunftsorientierung

„Therapeutische Strategien müssen die Ressourcen und Stärken des Kindes stützen, andererseits die Ressourcen des sozialen Umfeldes aufspüren und einsetzen. Therapeutische Strategien müssen den Trauerprozess unterstützen“ (Bogyi 2003a, 37).

Auch Menschen in einer Krise oder die an einer psychischen Erkrankung leiden, beschreiben Riecher-Rössler et al. (2004, 14), verfügen in der Regel über eine Vielzahl von Ressourcen. Durch die starke Aktivierung der Problemebene werden diese von den Betroffenen jedoch kaum wahrgenommen. Die starke emotionale Anspannung in der Krise blockiert jeglichen Versuch der Betroffenen, aktive und zielgerichtete Bewältigungsstrategien anzuwenden. Es ist für sie erst in einer angstfreien Atmosphäre möglich, Ressourcen wirkungsvoll zu aktivieren. Ein hohes Stressniveau dagegen blockiert die Fähigkeit, verbal kodiertes Wissen oder Ereignisse mit emotionaler Qualität in Erinnerung zu rufen. In den meisten Therapiekonzepten stehen die Probleme und deren Bearbeitung im Mittelpunkt, obwohl die Ressourcen des Patienten für die Indikation und Wirkung von Psychotherapien eine z. T. größere Bedeutung haben als die Art der Probleme, beschreiben Riecher-Rössler et al. (2004, 41) weiter. Trotzdem werden diese so genannten protektiven Faktoren oft zu wenig in den therapeutischen Prozess einbezogen. Deren Erfassung sollte ähnlich gewichtet sein wie die Erfassung der Problemebene. Hierher gehört auch die Exploration der früher angewendeten Bewältigungs- oder Copingstrategien. Wichtig ist es, den Patienten zu unterstützen, eigene Ressourcen zu erkennen und diese auch zu mobilisieren.

Die im Zusammenhang mit vielen Traumafolgestörungen stehende, eingeschränkte Zukunftsorientiertheit, welche besonders im Jugendalter häufig ist, sollte nach der Bearbeitung des Traumas überwunden werden, erklärt auch Landolt (2008, 22). Der Fokus der Intervention kann sich nun auf zukunftsbezogene Themen wie die Wiederaufnahme von Entwicklungsaufgaben verlagern, die im Rahmen der eigentlichen Traumabearbeitung im Hintergrund standen. Die zukunftsorientierte und salutogenetische Perspektive, so Landolt (2008, 22) weiter, kann dem betroffenen Kind oder Jugendlichen helfen, sein Leben wieder aktiv in die Hand zu nehmen.

8a) Eigene Ressourcen des Kindes stärken

8b) Aktivierung früherer Bewältigungsstrategien

8c) Soziale Ressourcen stärken und aktivieren

8d) Helfen den Blick wieder in die Zukunft zu richten

Anhand dieser abgeleiteten Aspekte soll im zweiten Teil der Diplomarbeit der Interviewleitfaden erstellt werden, welcher die Analyse des Zentrums für trauernde Kinder ermöglichen soll, um eine Antwort auf die Fragestellung der Diplomarbeit zu ermöglichen, die folgendermaßen lautet: *Werden die aus der psychoanalytischen Theorie abgeleiteten Aufgaben der Trauerbegleitung in der praktischen Arbeit mit Kinder im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. umgesetzt? Wenn ja, in welcher Weise?*

Teil II: Analyse des Zentrums für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. in Bremen

Im zweiten Teil dieser Arbeit wird die Analyse des Zentrums für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. in Bremen durchgeführt, um die Forschungsfrage zu beantworten:

Werden die aus der psychoanalytischen Theorie abgeleiteten Aufgaben der Trauerbegleitung in der praktischen Arbeit mit Kindern im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. umgesetzt? Wenn ja, in welcher Weise?

4. Beschreibung der Methode und Ableitung des Interviewleitfadens

Um die Arbeit des Zentrums für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. in Bremen nach den psychoanalytischen Kriterien analysieren zu können, wurde vorerst ein Interviewleitfaden auf der Grundlage der im Kapitel drei - unter besonderer Bezugnahme des Konzeptes der Boje - erarbeiteten Aspekte der Trauerbegleitung abgeleitet. Anhand dieses Leitfadens wurde ein Interview mit der Geschäftsführerin und Gruppenleiterin des Zentrums, Beate Alefeld-Gerges, in der Geschäftsstelle in Bremen am 8. Mai 2008 durchgeführt. Basierend auf deren Aussagen und den unten angeführten Quellen wird die Arbeit im Zentrum vorgestellt und anschließend anhand der abgeleiteten Aspekte der Trauerbegleitung analysiert. Dazu werden Theorien der psychoanalytischen Autoren, unter besonderer Bezugnahme auf die Arbeit und die Ansichten der Boje-MitarbeiterInnen mit der Arbeitsweise und den Grundlagen des Zentrums für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. verglichen und diskutiert. Anschließend wird in einem Gesamtresumé die vorher gestellte Fragestellung beantwortet.

Verwendete Quellen

Als Quellen für die Analyse des Zentrums für trauernde Kinder in Bremen wurden Informationen aus deren Homepage herangezogen (<http://www.trauernde-kinder.de>) sowie aus der Homepage der Dougy Center (<http://www.dougy.org>), nach dessen Konzept sich die Arbeit im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. in Bremen orientiert. Auf diesen Homepages findet man allgemeine Informationen über die Organisation, das Personal, das Angebot und die Inhalte bzw. Ziele des Zentrums. Weiters wurden Inhalte aus dem vom Dougy Center entwickelten Handbuch für die Schulung von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen des Zentrums („Skills Development Training Manual for Volunteer Group Facilitators“) sowie ein Methodenkompendium („Waving Goodbye“) und diverse Veröffentlichungen des Dougy Centers wie „35 Ways to help a grieving child“, oder „Helping children cope with

death“ verwendet. Dieses englischsprachige Material wurde von den Dougy Center aufgrund ihrer Erfahrungen durch die Arbeit mit den Kindern entwickelt. Darin befinden sich Grundsätze sowie Methoden, nach denen gearbeitet wird. Außerdem wurde ein veröffentlichtes Handbuch des Zentrums für trauernde Kinder und Jugendliche, welches sich ebenfalls an eine Veröffentlichung der Dougy Center anlehnt und zur Unterstützung von Kindern nach einem Suizid beitragen soll, verwendet: „Wenn sich jemand selbst getötet hat. Arbeitsheft für Kinder“. Darüber hinaus wurde das Konzept des Zentrums herangezogen („Modellprojekt – Stand 10/2007“), welches in den Mitarbeiterschulungen an diese ausgegeben wird, sowie Aussagen von der Leiterin des Zentrums für trauernde Kinder und Jugendliche in Bremen: Beate Alefeld-Gerges, welche aus einem Interview mit ihr am 8. Mai 2008 entstanden. Der Leitfaden für das Interview wurde aus den erarbeiteten Aspekten der Trauerbegleitung abgeleitet, welche im dritten Kapitel unter Punkt drei erarbeitet wurden.

Ableitung des Interviewleitfadens

Die Ableitung der Fragen für den Interviewleitfaden wird anhand der unten angeführten Auflistung dargestellt. Es wurde so vorgegangen, dass nach den erarbeiteten Aspekten der Trauerbegleitung im dritten Kapitel Fragen formuliert wurden. Ergänzend dazu wurde unter dem Punkt „allgemeine Fragen“ nach den Rahmenbedingungen und dem Aufbau der Organisation gefragt. Diese Punkte konnten einerseits durch die Recherche der bereits genannten Quellen beantwortet werden, waren jedoch ebenfalls aufschlussreich, da ansonsten wesentliche Aspekte der Arbeit im Zentrum nicht eruiert werden hätten können. Darüber hinaus stellten diese Punkte eine Einbettung der Fragen zu den Aspekten der Trauerbegleitung dar, was sich als hilfreich herausstellte, da die Interviewpartnerin so auf ein Gespräch eingestimmt wurde. In der unten angeführten Auflistung des Interviewleitfadens werden diese Fragen unter dem Punkt „Allgemeine Fragen“ von 1 bis 11 sowie von 47 bis 51 aufgelistet.

Wie bereits oben erklärt, wurden die Fragen des Interviewleitfadens aus den im dritten Kapitel erarbeiteten Aspekten der Trauerbegleitung abgeleitet. Um die Ableitung dieser Fragen nachvollziehbar zu machen, werden diese Aspekte hier noch einmal aufgelistet und dabei die Einteilung des dritten Kapitels in I. Beginn der Interventionsmaßnahmen, II. Weiterführende Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen, III. Arbeit mit dem sozialen Umfeld und IV. Weiterführende Maßnahmen sowie die Nummerierung der Aspekte der Trauerbegleitung beibehalten. Dazu wurden Fragen formuliert, welche hier durch die Formatierung hervorgehoben und fortlaufend nummeriert wurden.

Allgemeine Fragen

- 1. Würden Sie sich bitte kurz vorstellen und erklären, was das Zentrum für trauernde Kinder ist?**
- 2. Wie ist das Zentrum für trauernde Kinder organisiert?**
- 3. Welche Aufgabe/n haben Sie hier? Mussten Sie dazu eine spezielle Ausbildung machen?**
- 4. Welche Rolle spielen die freiwilligen HelferInnen? Welche Ausbildung haben diese?**
- 5. Welche Angebote gibt es hier?**
- 6. Wie und von wem erfolgt die Einteilung der Kinder in die Gruppen?**
- 7. Wie oft treffen sich die Kinder und Jugendlichen in den Gruppen?**
- 8. Wie laufen diese Gruppentreffen ab?**
- 9. Gibt es dabei bestimmte Themen, die behandelt werden?**
- 10. Gibt es Gruppen mit bestimmten Schwerpunkten? Zum Beispiel Gruppen mit Kindern, die einen Unfall miterlebten oder den Suizid eines Angehörigen,...**
- 11. Werden in diesen Gruppen andere Inhalte thematisiert?**

I. Beginn der Interventionsmaßnahmen:

1a) Rascher Beginn

Fragen:

- 12. Wie werden die Kinder bzw. deren Angehörige auf ihr Angebot aufmerksam gemacht?**
- 13. Wie lange liegt das Verlusterlebnis der Kinder ca. zurück, wenn sie das erste Mal zu ihnen kommen?**
- 14. Wie lange können Kinder und Jugendliche zu ihnen in die Gruppe kommen?**

II. Weitere Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen:

2. Einschätzen der geeigneten Hilfsmaßnahmen (weiterführende Therapie notwendig?)
 - 2a) Einschätzen der erforderlichen Unterstützungsmaßnahmen
 - 2b) Maßnahmen der Intervention und Methoden an die Gegebenheiten anpassen

Fragen:

- 15. Werden Kinder auch an psychotherapeutische Behandlung weitergeleitet?**
- 16. Wenn ja, wie erkennen Sie, dass das Kind weiterführende Unterstützung benötigt?**
- 17. Wie gehen Sie dabei vor? Welche Maßnahmen ergreifen Sie weiter?**
- 18. Kann das Kind weiterhin zu Ihnen kommen?**
- 19. Erfolgt die Trauerbegleitung im Zentrum für trauernde Kinder nach einem festgelegten Ablauf?**
- 20. Unterscheidet sich die Trauerbegleitung von Kindern, die ihre Angehörigen durch einen Suizid verloren haben von jenen, die sie durch einen Unfall verloren haben?**
- 21. Wenn ja – wie unterscheiden sich diese? Können Sie ein Beispiel für Ihre Arbeit nennen? Welche Methoden werden dabei eingesetzt?**

3. Aufbau einer sicheren Beziehung/ eines sicheren Rahmens/ Angstreduktion und Stützung

3a) Vertrauen aufbauen

3b) Sicheren Rahmen herstellen

3c) Angst reduzieren

3d) Übergangsobjekte akzeptieren oder zur Verfügung stellen

3e) Ehrlicher, authentischer Umgang mit den Betroffenen, keine Gefühle vorspielen

3f) Kompetenz ausstrahlen/ Den Betroffenen das Gefühl von Sicherheit und Stabilität vermitteln/ die Sicherheit vermitteln, dass alles wieder gut wird/ „stellvertretende Hoffnung“ aber die Ereignisse nicht verharmlosen oder herunterspielen

Fragen:

- 22. Arbeiten sie aktiv daran, dass die Kinder Vertrauen zu Ihnen und der Gruppe aufbauen?**
- 23. Wenn ja, welche Maßnahmen setzen Sie dazu?**
- 24. Können die Kinder ein Kuscheltier oder einen Gegenstand, der sie an den Verstorbenen erinnert, mitnehmen? Stellen Sie Kuscheltiere zur Verfügung, welche die Kinder als Trost verwenden können?**
- 25. Führen Sie mit den Kindern und Jugendlichen Rituale durch?**
- 26. Wenn ja, können Sie ein Beispiel dafür nennen?**

4. Positive kindliche Verarbeitungsmechanismen unterstützen/ Unterstützen beim integrieren des Traumas in ein inneres Weltmodell/ den Tod realisieren helfen

- 4a) Dem Kind den Tod realisieren helfen
- 4b) Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis
- 4c) Gedanken und Gefühle dazu bearbeiten oder besprechen
- 4d) Schuldzuschreibungen richtig stellen

Fragen:

- 27. Sprechen Sie mit den Kindern über ihre Verlusterlebnisse?**
- 28. Wenn ja, wie erfolgt dieses Gespräch oder wie erfolgen diese Gespräche?**
- 29. Gibt es dabei Tabuthemen oder -wörter?**

5. Ausdruck von Gefühlen fördern

- 5a) Ermutigen Tränen freien Lauf zu lassen
- 5b) Gefühlschaos ansprechen und ordnen helfen
- 5c) Tabuisierte Gefühle ansprechen und ausdrücken helfen
- 5d) Ausdruck von Wut/ Aggression fördern und kanalisieren
- 5e) Nicht zum Äußern der Gefühle zwingen
- 5f) Gefühle aushalten und als Resonanzkörper fungieren
- 5g) Schuldgefühle klären helfen
- 5h) gesunde Reaktionen als normal bestätigen

Fragen:

- 30. Wird das Kind dazu aufgefordert seine Gefühle zu äußern?**
- 31. Wenn ja, wie geschieht dies und wie wird weiter damit umgegangen?**
- 32. Sprechen Sie auch Gefühle wie Wut oder Schuld an?**
- 33. Wenn ja, wie geschieht dies und wie gehen Sie damit um?**
- 34. Wie reagieren Sie oder die freiwilligen Helfer, wenn ein Kind seine Gefühle zeigt? (Weinen, Aggression,...)**
- 35. Wie gehen Sie damit um, wenn ein Kind seine Gefühle nicht ausdrücken will?**

6. Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung

- 6a) Auseinandersetzung mit der eigenen Trauer und traumatischen Erfahrungen und den damit verbundenen Gefühlen
- 6b) Auseinandersetzung mit eigener Betroffenheit und Hilflosigkeit

6c) Nicht überengagiert sein, aber auch nicht zu viel Distanz zu den Betroffenen zeigen

Fragen:

36. Wird bei der Schulung der freiwilligen HelferInnen auf deren eigene Verlusterfahrungen und dessen Verarbeitung eingegangen? Wenn ja, wie wird das gemacht?

37. Wird bei der Ausbildung der TrauerbegleiterInnen darauf hingewiesen, dass das Auftreten von starken Gefühlsreaktionen der Kinder zu Hilflosigkeit, Aggression oder Abwehr bzw. zu Überengagement auf Seiten der Helfenden führen kann? Wenn ja, wie wird damit umgegangen?

38. Wie gehen Sie mit Ihren eigenen Gefühlen von Betroffenheit und Hilflosigkeit beim Kontakt mit den Kindern um? Welche Bedeutung haben diese Gefühle?

III: Arbeit mit dem sozialen Umfeld:

7. Einbeziehen des sozialen Umfelds

7a) Beratende Gespräche mit den Angehörigen, in denen Informationen weiter gegeben werden über das Verhalten gegenüber trauernden Kindern

7b) Kinder einbeziehen in den Trauerprozess

7c) Kindern die Trauer vorleben/ die eigenen Gefühle nicht verbergen

7d) Offener und ehrlicher Umgang mit den Kindern und Jugendlichen/
Informationen über den Tod nicht verschleiern

7e) Dafür sorgen, dass möglichst viel Gewohntes beibehalten wird/ Veränderung vermeiden

7f) Kindern „normales“ Kinderleben ermöglichen, also auch Aktivitäten mit Kindern setzen (Freunde besuchen, ins Kino gehen, Kinderparty,...)

7g) Rituale durchführen bzw. beibehalten, wie das Vorlesen vor dem Einschlafen,...

7h) Entlastung und Stärkung der Bezugspersonen/ Bezugspersonen dürfen nicht überfordert werden; sie sind selbst Betroffene

Fragen:

39. Haben Sie auch Kontakt zu den Bezugspersonen der Kinder und Jugendlichen?

40. Welche Angebote gibt es für die Angehörigen?

41. Führen Sie beratende Gespräche mit den Angehörigen durch?

42. Welche Informationen geben Sie den Angehörigen weiter?

IV. Weiterführende Maßnahmen:

8. Ressourcen aktivieren/ Zukunftsorientierung

- 8a) Eigene Ressourcen des Kindes stärken
- 8b) Aktivierung früherer Bewältigungsstrategien
- 8c) Soziale Ressourcen stärken und aktivieren
- 8d) Helfen, den Blick wieder in die Zukunft zu richten

Fragen:

- 43. Wie werden Ressourcen des Kindes festgestellt und einbezogen?**
- 44. Besprechen Sie mit den Kindern, ob sie bereits früher Verlusterlebnisse hatten und wie sie damit umgegangen sind?**
- 45. Versuchen Sie gemeinsam mit den Kindern Unterstützung in ihrem Umfeld, wie Freunde oder andere Bezugspersonen zu aktivieren?**
- 46. Sprechen sie mit den Kindern auch, über ihre Zukunftspläne? Werden Ziele formuliert, die über die Dauer der Besuche im Zentrum für trauernde Kinder hinausgehen?**

Allgemeine Fragen:

- 47. Wenden Sie für die verschiedenen Altersstufen unterschiedliche Unterstützungsmaßnahmen /Methoden an?**
- 48. Wie unterscheiden sich die Unterstützungsmaßnahmen in den einzelnen Altersstufen?**
- 49. Können Sie dazu Beispiele nennen?**
- 50. Gibt es Themenschwerpunkte, die in den Gruppentreffen behandelt werden?**
- 51. Gibt es Theorien auf die sich ihre Arbeit stützt? Wenn ja, welche sind dies?**

5. Was ist das Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. in Bremen?

Um sich ein Bild von der Arbeit des Zentrums für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. in Bremen machen zu können, wird das Zentrum im folgenden Kapitel unter Bezugnahme auf jene Informationen näher dargestellt, die aufgrund des Interviews und der oben angeführten Quellen gewonnen wurden.

5.1. Überblick

Das Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. ist ein gemeinnütziger Verein und versteht sich als Anlaufstelle für Kinder und Jugendliche, die einen nahe stehenden Menschen verloren haben. Durch Unterstützungsgruppen mit ehrenamtlichen MitarbeiterInnen sollen geschützte Räume geschaffen werden, in denen trauernden Kindern unabhängig vom sozialen Umfeld ermöglicht wird, ihren individuellen Trauerweg zu finden und hierdurch ihre Trauergefühle zu „durchleben“ (vgl. Zentrum für trauernde Kinder 2008).

Beate Alefeld-Gerges, die Gründerin des Zentrums für trauernde Kinder und Jugendliche in Bremen, hat in ihrer langjährigen Arbeit mit Kindern die Erfahrung gemacht, dass es gerade für junge Menschen oft keinen Platz gibt, Trauer auf ihre Art zu erleben und auszudrücken. Diesen Platz soll das Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche bieten:

„Es ist der Ort, an dem sie einen geschützten Raum für ihren individuellen Trauerweg finden“ (Beate Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Das Zentrum will damit ein ernstes soziales Problem ansprechen – die Todesverdrängung in der Gesellschaft und möchte somit einen wichtigen Beitrag zur Bearbeitung von traumatischen Erlebnissen wie Tod in der Familie oder im Freundeskreis der Kinder leisten. Durch die Bildung von Gruppen sollen die Kinder aus ihrer Isolation befreit werden. Sie erfahren, dass sie nicht alleine einen nahe stehenden Menschen verloren haben, dass auch andere Kinder in ihrem Alter Trauererfahrungen und –gefühle haben. Parallel laufende Angehörigengruppen sollten sicher stellen, dass die Kinder ein maximales Gefühl der Geborgenheit haben, gleichzeitig aber von ihren Angehörigen unbeobachtet ihre Trauergefühle ausdrücken können (vgl. Zentrum für trauernde Kinder 2008).

„Es wird keine Therapie angeboten, sondern ein Mitgehen, Begleiten und Unterstützen“ (Zentrum für trauernde Kinder 2008). Mit dieser Aussage soll darauf hingewiesen werden, dass keine Therapeuten im Zentrum für trauernde Kinder arbeiten, sondern PädagogInnen, PsychologInnen und ehrenamtliche MitarbeiterInnen, die unterschiedlichste berufliche Ausbildungen haben und im Zentrum für trauernde Kinder speziell geschult wurden. „Obwohl

Elemente aus der kreativen Spieltherapie, der lösungsorientierten Kurzzeittherapie, der klientenzentrierten Gesprächsführung sowie der Hypnotherapie in die Arbeit des Zentrums für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. einfließen, ist sie keine Therapie, sondern eine Begleitung und Unterstützung“ (Modellprojekt 2007, 4). Auch diese Aussage verweist darauf, dass im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. keine ausgebildeten TherapeutInnen arbeiten und somit keine Therapie angeboten wird. Dennoch werden Methoden angewendet, die auch in verschiedenen Therapierichtungen Anwendung finden. Wie diese Unterstützung und Begleitung abläuft, wird im weiteren Verlauf der Arbeit dargestellt.

Das Zentrum wird über Spenden finanziert, aus denen Ausgaben für Fachpersonal, Material und Miete für die Gruppenräume gedeckt werden. Die staatliche Förderung erfolgt in Form der kostenfreien Überlassung von Büroräumen in der Bremer Erziehungsberatungsstelle West/Mitte. Die betroffenen Familien müssen für die Dienstleistungen jedoch nichts bezahlen, weil das Zentrum vermeiden möchte, dass Betroffene aufgrund ihrer finanziellen Situation die Angebote nicht in Anspruch nehmen können, zumal nach dem Tod eines Familienmitglieds häufig finanzielle Schwierigkeiten auftreten können. Ein wichtiger Bestandteil ist die „Zeitspende“, welche in Form der Mitarbeit von mehr als 100 ehrenamtlich arbeitenden Personen erfolgt, die vorher Schulungen für die Arbeit in den Gruppen, an Informationsständen, im Büro und bei Veranstaltungen absolvierten. Mehr als die Hälfte der gesamten Arbeitszeit, die im Zentrum geleistet wird, ist somit ehrenamtlich (vgl. Modellprojekt 2007, 7).

Mit den folgenden Vereinszielen, möchte das Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. auf die Trauerverdrängung in der Gesellschaft hinweisen und die Betroffenen unterstützen.

Vereinsziele

- Aufheben der Isolation trauernder Kinder und Jugendlicher mit Hilfe der Trauergruppen, in denen jedes Kind ein ähnliches Schicksal hat.
- Schaffen eines geschützten Raumes für den individuellen Trauerweg für alle trauernden Heranwachsenden.
- Stärken des Bewusstseins, dass Trauer viele Gesichter haben kann.
- Sensibilisieren der Gesellschaft für die spezifischen Bedürfnisse von trauernden jungen Menschen.

- Den trauernden Kindern und deren Familien vermitteln, dass Trauer eine positive Kraft und eine lebenswichtige Reaktion des Organismus auf eine außergewöhnliche Lebenssituation ist.
- Dem individuellen und gesellschaftlichen Tabu um Trauer und Tod entgegenwirken.
- Aufbau eines täglich geöffneten Treffpunktes für alle trauernden Kinder, Jugendlichen und deren Familien sowie für alle, die sich beruflich oder privat mit dem Thema beschäftigen.
- Aufbau von Gruppen für trauernde junge Menschen in jeder größeren Stadt rund um Bremen
- Aufbau eines engen Netzwerkes von Angeboten für trauernde Kinder und Jugendliche in Deutschland.

5.2. Organisation

Das Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. besteht aus einem dreiköpfigen Vorstand: Axel Kugelstadt (Kaufmann), der für den kaufmännischen Bereich zuständig ist, Conny Mehrkens (Sozialpädagogin & Erzieherin) und Jens Jacobsen-Bremer (Pädagoge) welche sich um die inhaltlichen Themen kümmern.

Die nächstfolgende Instanz wird von der Geschäftsführung gebildet: Beate Alefeld-Gerges (Dipl.-Sozialpädagogin), welche die inhaltlichen und wirtschaftlichen Geschäfte führt, sowie für Gruppenleitung, Beratung, Vorträge und Seminare zuständig ist.

Ein Team von fünf Personen sind als Fachkräfte angestellt:

Ines Schäferjohann (Dipl.-Psychologin), welche Trauergruppen leitet, Beratung anbietet und Vorträge und Seminare hält.

Olga Minulina-Sasse (Dipl.-Pädagogin), die für die Freiwilligenkoordination und die Leitung der Gruppen in Oldenburg zuständig ist.

Anja Thorns (Beamtin) ist zuständig für die Begleitung der Erwachsenengruppen und hält Vorträge.

Ralf Bauer (Journalist), der für die Öffentlichkeitsarbeit und das Fundraising verantwortlich ist und Herbert Brandt (Kaufmann) der für das Marketing zuständig ist und die Gruppen in Oldenburg organisiert.

Viola Kobbe und Balazs Wyrzykowski sind für die Verwaltung und die EDV zuständig.

Über 100 ehrenamtliche MitarbeiterInnen engagieren sich für die Begleitung der Kinder und Jugendlichen in den Trauergruppen, sowie für Tätigkeiten im Büro oder die Betreuung von Infoständen.

„Also uns ist wichtig, dass die aus allen Bereichen kommen. Das sind nicht alles Sozialpädagogen oder äh Psychologen. Wir haben da einfach – ja einfach alles – Handwerker, äh und das ist uns auch wichtig, dass wir ein großes Spektrum haben auch jung, alt, Mann, Frau“(Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

5.3. Grundlagen

Die Ideen und Methoden der Trauerbegleitung des Zentrums stammen aus den USA, vom Dougy Center, weshalb die Grundlagen hier kurz beschrieben werden.

5.3.1. Das Dougy Center

Vorbild und Grundlage des Konzeptes ist die Arbeit des Dougy Center (Dougy Center 2008) in Oregon USA, welches 1982 gegründet wurde. Nach diesem Konzept arbeiten mittlerweile zahlreiche Organisationen in den USA sowie in Kanada, England, Irland, Neuseeland, Schweiz, Australien und Japan. Nach dem Modell des Dougy Centers wurden im Jahr 1999 in Bremen und Bergisch Gladbach Gruppen unter dem Namen „Zentrum für trauernde Kinder“ eingerichtet. Die Initiatorinnen in Deutschland waren Christel Gattinger-Kurth und Beate Alefeld-Gerges. Mittlerweile existieren alleine in Deutschland weitere Gruppen in München, Berlin, Köln und Schleswig-Holstein (vgl. Dougy Center 2008).

Die Motivation, ein Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche zu gründen, so erzählt Frau Alefeld-Gerges, war sicherlich die eigene Trauererfahrung der letzten zehn Jahre und in der Kindheit, aber vor allem ihre Liebe zu den Kindern, ihre Arbeit in der ambulanten Hospiz und die Erfahrung, dass eine Nachsorge oder Begleitung hinterbliebener Kinder faktisch nicht existierte (Beate Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Die Geschichte der Dougy Center geht auf Beverly Chappell zurück. Sie arbeitete als Krankenschwester und fand im Laufe ihrer Arbeit heraus, dass viele Menschen nicht in der Lage waren, mit Tod und Trauer umzugehen. Auch das Personal, Ärzte oder Geistliche waren nicht geschult im Umgang mit Trauer und Tod und wussten nicht, wie sie die Angehörigen der Verstorbenen unterstützen sollten.

Dieser Missstand inspirierte Beverly Chappell dazu, sich näher mit diesem Thema auseinanderzusetzen und kontaktierte daraufhin Dr. Elisabeth Kübler-Ross, Pionierin und Autorin von unzähligen Büchern auf dem Gebiet der Trauer und Trauerbegleitung. Gemeinsam mit Dr. Kübler-Ross veranstaltete sie Seminare zu diesem Thema für Fachpersonal und Angehörige von Verstorbenen.

Es war auch Dr. Kübler-Ross, durch die sie zum ersten Mal von Dougy Turno hörte, nach dem die Dougy Center benannt sind. Nach der Diagnose eines unheilbaren Gehirntumors

schrieb Dougy Turno 1979 an Dr. Kübler-Ross: „What is life? What is death? If young children have to die, why isn't there something for them to read about dying?“ Dr. Kübler-Ross schrieb ihm einen Brief zurück, der heute bekannt ist als „A Letter to a child with Cancer“ und in Buchform erhältlich ist.

Am 29. Dezember 1982 trafen sich die ersten Familien in Beverly Chappells Haus in Portland. Zu Beginn plante und gestaltete sie gemeinsam mit Beverly Fulk das erste Dougy Center. Später bekamen sie Unterstützung von ausgewählten Personen und gründeten einen Verein. Die ersten Ausbildungen für freiwillige Mitarbeiter fanden im Februar 1984 statt.

Am 1. März 1984 übersiedelte das Dougy Center in ein neues Gebäude im Warner Pacific College Campus. Heute gibt es bereits 140 Standorte in den USA, aber auch in anderen Ländern wie Japan, Kanada, England, Australien, Jamaika, Türkei, Taiwan, Ruanda und Deutschland (vgl. Facilitator Skills Manual, I – 4 - 5, Übersetzung d. Verf.).

5.3.2. Basis der Arbeit

Das Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e.V. in Bremen arbeitet nach folgenden Grundprinzipien und Leitbild, die auf denen der Dougy Center basieren:

Vier Grundprinzipien über die Trauer

- So wie der Tod zum Leben gehört, ist der Umgang mit dem Tod Teil unserer Lebensaufgabe.
- Trauer in all ihren Formen ist eine natürliche Reaktion auf Verlust. Jeder Mensch findet seine eigene Art, mit der Trauer umzugehen. Es gibt kein „Richtig“ oder „Falsch“, sondern viele individuelle Wege, mit der Trauer zu leben.
- Trauer ist ein aktiver Prozess. Über die Jahre verändert sie sich und wird so zu einem Teil des persönlichen Lebensweges.
- Für manche Menschen ist es nützlich, auf diesem Weg Unterstützung durch Außenstehende zu bekommen. Dieser Aufgabe stellt sich das Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. (Modellprojekt 2007, 3).

Zwei Paradigmen für die Arbeit im Dougy Center (vgl. Facilitator Skills Manual, II – 9, Übersetzung d. Verf.):

Die Arbeit im Dougy Center geht nach zwei Paradigmen vor, welche den in der Gesellschaft vorherrschenden widersprechen:

- **Erstes Paradigma:** „Es ist nicht ok für dich bestürzt zu sein und meine Aufgabe ist es dir zu helfen dich nicht mehr bestürzt zu fühlen.“

- **Verändertes Paradigma:** Im Trauerprozess ist Bestürztheit sehr nützlich und kann die Trauer sogar bereichern.
- **Zweites Paradigma:** „Kindern muss gelehrt werden richtig zu trauern.“
- **Verändertes Paradigma:** Kinder haben ein angeborenes Wissen darüber wie sie sich von schmerzhaften Lebenserfahrungen erholen können und es sollte an ihren eigenen Trauerweg vertraut werden. Gesunde Erwachsenenvorbilder und geschützte Räume für ihre Trauer sind hilfreich.

Die drei Aufgaben der Trauer nach dem Konzept der Dougy Center

Basierend auf Theorien und Modellen vieler TrauerexpertInnen und auf den Erfahrungen, die das Dougy Center durch die langjährige Arbeit mit Kindern und Jugendlichen gesammelt hat, konnten folgende Traueraufgaben immer wieder beobachtet werden:

1. Verstehen, dass die geliebte Person tot ist.
2. Seine eigenen Gefühle fühlen und die eigenen Gedanken denken.
3. Ins Leben zurückkehren und andere Beziehungen eingehen können (vgl. Facilitator Skills Manual, I – 6 ff, Übersetzung d. Verf.)

„Dies ist nur ein Modell von vielen um die Trauer zu beschreiben. Jedes Modell kann eine Erklärung sein, doch keines trägt dazu bei den lebenslangen, verwobenen Prozess des Trauerns wirklich zu verstehen“ (Facilitator Skills Manual, I – 6 ff, Übersetzung d. Verf.).

Diese Traueraufgaben und diesbezügliche Erfahrungen der Dougy Center werden weiter unten noch näher beschrieben.

Leitbild des Zentrums:

- Das Zentrum bietet einen geschützten Raum für Kinder und Jugendliche, die um einen verstorbenen Menschen trauern. Denn sie brauchen eine besondere individuelle Betreuung, die Familienangehörige oft nicht leisten können. Erhalten Kinder und Jugendlichen keinen Raum für ihre Trauer, können sie Ängste und Schuldgefühle entwickeln, die sie ein Leben lang belasten.
- Das Zentrum unterstützt Familien dabei, ihre persönlichen Trauerrituale zu entwickeln.

- Das Zentrum wirkt einer Vereinsamung von trauernden Kindern entgegen. Dadurch bekommt ihre Trauer einen selbstverständlicheren Platz in der Gesellschaft – sie können wieder unbeschwerter leben.
- Im Zentrum arbeiten geschulte Freiwillige zusammen mit hauptamtlichen Mitarbeiterinnen aus den Fachrichtungen Psychologie, Sozialpädagogik und Pädagogik.
- Unsere Gesellschaft steht trauernden Menschen oft hilf- und sprachlos gegenüber. Das Zentrum möchte dem individuellen und gesellschaftlichen Tabu um Trauer und Traurigkeit entgegenwirken. Viele sehen die Trauer als etwas Unangenehmes, ja sogar Krankhaftes an, das sie oft mit aller Kraft beiseite schieben. Die gesellschaftliche Norm, mit Trauer und Verlust schnell fertig werden zu müssen, verstärkt dieses Verdrängen. Dabei ist Trauer eine angeborene Reaktion – schon kleine Kinder trauern. Sobald ein Kind lieben kann, kann es auch trauern. Deshalb begleitet das Zentrum bereits zweijährige Kinder.
- Das Zentrum berät Familien und alle, die mit jungen Menschen arbeiten, zu den Themen Tod und Trauer bei Kindern und Jugendlichen (Modellprojekt 2007, 6).

5.4. Angebote

Das Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. bietet eine Reihe von Angeboten für betroffene Familien. Für Kinder und Jugendliche gibt es folgende Hilfestellungen: Telefonberatung, Einzelberatung, Internetforum (ab Frühjahr 2008), offener Jugendtreff und Trauerseminare für Jugendliche sowie die regelmäßig stattfindenden Trauergruppen. Für betroffene Angehörige stehen folgende Angebote zur Verfügung: Erwachsenengruppen die sich parallel zu den Kindertrauergruppen treffen, Telefonberatung, Einzelberatung und Schnuppervormittage für betroffene Kinder und Familien zum gegenseitigen Kennenlernen. Außerdem wird für interessierte Erwachsene noch folgendes angeboten: Freiwilligenschulung, Fortbildungsseminare, Vorträge zum Thema Trauer bei Kindern, Unterrichtseinheiten für alle Schulformen zum Thema Trauer bei Kindern und fachliche Beratung (vgl. Modellprojekt 2007, 4).

Ein Teil des Angebotes, welcher für die Beantwortung der Fragestellung relevant ist, wird nun näher beschrieben.

5.4.1. Trauergruppen

Der Kern der Arbeit im Zentrum für trauernde Kinder e. V. sind die Trauergruppen, welche im 14-tägigen Rhythmus einen geschützten Raum für Kinder und Jugendliche zwischen zwei und achtzehn Jahren bieten sollen. Die Gruppenleiterin (Beate Alefeld-Gerges oder Ines Schäferjohann) und die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen helfen ihnen dort, ihre Gefühle auszudrücken. Die Gruppen bestehen aus zwölf bis fünfzehn Kindern und die Treffen dauern eineinhalb Stunden. „Die jungen Menschen sollen sich nicht den Betreuern zuliebe in einer bestimmten Weise verhalten oder trauern. Denn oft bekommen betroffene Kinder und Jugendliche viele Ratschläge, was sie machen sollen, was sie zu denken und zu fühlen haben. Stattdessen brauchen sie aber eine offene Person, die ihnen zuhört und sie in ihren Gefühlen unterstützt, ohne sie zu bewerten“ (Modellprojekt 2007, 5).

Das Zentrum legt großen Wert darauf, dass die Gruppen immer nach dem gleichen Muster ablaufen, weil es der Ansicht ist, dass die Routine und Beständigkeit den jungen Menschen Sicherheit gibt und es gerade nach dem Tod eines nahe stehenden Menschen für sie wichtig ist, diese Beständigkeit zu erleben (vgl. Modellprojekt 2007, 5).

Die Einteilung der Kinder und Jugendlichen in die Gruppen erfolgt nach Altersstufen. Es gibt Gruppen mit zwei- bis neunjährigen Kindern, Gruppen mit neun- bis vierzehnjährigen Kindern bzw. Jugendlichen und das Jugendtreff mit Jugendlichen zwischen 14 bis 18 Jahren. Dabei kann es jedoch immer wieder aus organisatorischen Gründen vorkommen, dass Kinder, die bezüglich des Alters nicht in die Gruppe passen, dabei sind. Dies ist z.B. der Fall wenn eine Familie weiter aus dem Umland anreisen muss, um den Kindern zu ermöglichen, an Trauergruppen teilzunehmen. So kann es vorkommen, dass z.B. ein fünfjähriges Kind in der Gruppe der neun- bis vierzehnjährigen Kinder auftaucht, weil es ein Geschwisterkind von einem älteren Kind ist oder umgekehrt (vgl. Alefeld-Gerges, 8. 5. 08).

Darüber hinaus gibt es die „Selbsttötungsgruppe“, in der nur Kinder sind, dessen Angehöriger einen Suizid begangen hat.

„Wo der Vater oder ein Geschwisterkind sich selbst getötet hat. Das ist noch mal einfach eine andere Qualität von Trauer. Hat viel mit Schuldgefühlen zu tun und ist natürlich auch eine Stigmatisierung der Gesellschaft, so nach dem Motto: man hätte doch was tun können. Und da ist es wichtig, dass die Kinder sich austauschen können aber ganz wichtig ist es da auch, dass sich die Eltern austauschen können“ (Beate Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Diese „Selbsttötungsgruppe“ unterscheidet sich inhaltlich etwas von den anderen Gruppen, worauf später noch genauer eingegangen wird.

5.4.1.1. Ablauf der Arbeit in den Trauergruppen:

Die Gruppentreffen haben immer den gleichen Ablauf, der sich in drei Blöcke unterteilen lässt:

a) Die Begrüßungsrunde:

Die Gruppenleiterin, 12 bis 15 Kinder und ca. 6 bis 10 freiwillige MitarbeiterInnen sitzen bei der Begrüßungsrunde im Kreis auf Polstern. Es folgt ein rituelles Vorstellen bei dem ein Gong durch die Runde gegeben wird und jeder den Namen, sein Alter, den Namen des Verstorbenen und die Todesart nennt und erzählt wie es ihm in den letzten zwei Wochen seit dem letzten Treffen gegangen ist. Die Kinder können selbst entscheiden was sie sagen möchten.

„Wir haben eine ganz wichtige Regel und die ist: Wenn ich nichts sagen möchte, dann muss ich nichts sagen. Es gibt halt Kinder, die schlagen nur den Gong. Es gibt Kinder, die wollen gar nichts machen und es gibt dann halt Kinder, die schon länger da sind, die oft viel erzählen. Und der Begrüßungskreis ist halt auch ein Forum, wo man auch Fragen stellen kann. Wo Kinder halt auch sagen: Bei dir ist der Vater an Krebs gestorben, was war denn das für ein Krebs. Meiner ist auch an Krebs gestorben, wo es halt auch Kommunikation gibt zwischen den Kindern“ (vgl. Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Die Begrüßungsrunde kann unterschiedlich lange dauern, je nachdem wie viel die Kinder erzählen möchten, variiert sie zwischen 10 und 30 Minuten. Dies löst die Kinder vom Alltag und festigt zusätzlich das Gruppengefühl. Nach dem Begrüßungskreis wird manchmal noch von der Gruppenleiterin eine Aufgabe, welche mit dem Verstorbenen zu tun hat, gegeben. Das kann zum Beispiel folgende Aufgabe sein: Die Kinder sollen den Namen des Verstorbenen aufschreiben und sich zu jedem Buchstaben eine Eigenschaft der verstorbenen Person überlegen und aufschreiben.

„Letztes Mal in der Gruppe – das sind die Älteren – hab ich gemacht: 10 Gründe warum ich heute gerne lebe. Das ist sehr unterschiedlich, das ist auch so ein bisschen von der Gruppe abhängig, ob man das macht. Meine Montagsgruppe mit der Selbsttötung sind viele kleine und sehr, sehr wuselige Kinder, da sind wir froh wenn wir den Begrüßungskreis hinbekommen und dann geht es halt gleich in die Freispielphase, was halt der nächste Teil ist. Wo die Kinder entscheiden was sie machen möchten“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Diese Aufgaben sollten die Kinder zum Überlegen bringen und deren Erinnerung an ihren Verstorbenen anregen. Dabei kann aber jedes Kind immer selbst entscheiden, ob es mitmachen möchte.

b) Freispielphase:

Der nächste Teil ist, wie schon im Zitat erwähnt, die Freispielphase, welche den größten Teil darstellt und ca. eine Stunde dauert. Hier können die Kinder selbst entscheiden was sie machen möchten. Das Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche stellt dazu ein breites Angebot zur Verfügung. Toben im „Toberaum“ mit Schaumstoffbrocken/ -ziegel, Sandsackboxen, Malen, Kneten, Tonarbeiten, Fußball, Kickerspielen etc. sind typische Angebote, die von den Kindern angenommen werden:

Im Toberaum können die Kinder ihrer Wut Ausdruck verleihen. Der mit Matten ausgestattete Raum ist gut gepolstert damit sich die Kinder nicht verletzen können.

Im Malraum steht Material zum Malen und Basteln und eine Sandkiste zur Verfügung. Kinder, die ihre Trauer kreativ ausdrücken möchten haben hier Raum dafür.

„Da haben wir auch ne kleine Sandkiste drin – wo die kleinen Kinder viel ausdrücken können, wo die auch viel Beerdigung nachspielen in der Sandkiste“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Der Snoezelen-Raum ist mit Polstern und Decken ausgestattet und zum Ausruhen gedacht.

„...dann haben wir auch einen Kuschelraum – nen Snoezelen-Raum – wo man sich ausruhen kann, wo man halt sich vorlesen lassen kann, wo die Kinder auch manchmal gar nichts machen, wo wir halt sitzen und schweigen, wo die Kinder manchmal schlafen, denn auch Trauer ist halt sehr anstrengend, dass sie bei uns auch die Zeit nutzen um zur Ruhe zu kommen“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Im Flur hängen Sandsäcke, dort steht auch ein Kickerspiel und es gibt Schaumstoffwürfel, mit denen zum Beispiel Rückzugshöhlen gebaut werden können.

„Und in der Phase ist es auch so, dass die Kinder viel miteinander machen, also auch gegenseitig sozusagen in Kommunikation kommen. Immer mit einer Begleitung. Also auch in dem Ruheraum zum Beispiel, in dem man sich da schlafen legt oder gar nichts sagen möchte ist man natürlich in Begleitung“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Hat ein Kind das Bedürfnis über seine Trauer zu sprechen, sucht es eine BegleiterIn nach den Neigungen aus. Die Kinder wählen nach ihren Bedürfnissen die BegleiterInnen immer wieder neu aus, Beziehungen ähnlich einer Patenschaft entstehen nicht.

„Also – das ist unterschiedlich. Wir haben immer ähm Kinder, die phasenweise immer mit einem sein wollen – und das ist auch ok, weil sie dann meistens was abarbeiten. Ähm und aber in der Regel kann man sagen – kommen die Kinder um bei uns was zu machen und wer sie da begleitet ist ihnen egal – das kann man wirklich so sagen. Wir machen ja in dem Sinne keine Beziehungsarbeit. (...) wir haben natürlich nicht so viele Männer wie Frauen, weil das ist ja immer so im Sozialbereich – ähm und da ist es manchmal so, dass die Männer sehr frequentiert sind, also dass die halt, dass die Kinder, die ihren Vater verloren, sich sehr, sehr bemühen einen Mann abzubekommen und dass da der Kontakt oft enger ist eine Zeit lang. Wir haben's aber selten – haben wir auch schon gehabt – dass das sich nicht mehr auflöste, weil das dann so war: Willst du nicht mein Vater werden – ich stell dir mal meiner Mutter vor. Und da muss man dann sehen, dass man das auch wieder lockern kann“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Die Methode des Spiegeln

Die Kinder sind in der Freispielphase immer begleitet von den freiwilligen MitarbeiterInnen sowie der Gruppenleiterin, die ihre Bewegungen, Stimmungen, Handlungen und ihre Worte spiegeln, wenn sie ihre Trauer ausdrücken. In der Selbsttötungsgruppe ist ein Betreuungsschlüssel von eins zu eins gegeben in den anderen Gruppen ist jeweils eine HelferIn für zwei Kinder zuständig.

Es ist dabei wichtig, dass die MitarbeiterInnen die Bedürfnisse der Kinder wahrnehmen und abwarten, welche Initiative die Kinder ergreifen wollen. Es geht nicht darum, möglichst viel aus dem Kind herauszubekommen, das Kind, der Jugendliche soll die Möglichkeit bekommen, nach den eigenen Bedürfnissen zu agieren. Diese Form der Spiegelung beschreibt in der psychologischen Beratung und Therapie das Voraugenführen von Verhaltens- und Erlebensweisen des Klienten, die dieser noch kaum wahrnehmen kann, so das Zentrum (Modellprojekt 2007, 6 – 7).

Im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e.V. spiegeln die freiwilligen MitarbeiterInnen die Kinder und Jugendlichen auf unterschiedliche Art und Weise:

- Inhaltlich – indem die gesprochenen Worte wiederholt werden.
- Körperlich – durch Spiegelung der Körpersprache, Stimmlage und Gestik.
- Über Bewegungen, die die des Kindes oder Jugendlichen widerspiegeln
- Über das Voraugenführen der Gemeinsamkeiten und Unterschiede
- Über Verbalisierung der subjektiv gefühlten Atmosphäre (Modellprojekt 2007, 6 – 7)

Beate Alefeld-Gerges (8. 5. 2008) veranschaulicht dies anhand eines Beispiels folgendermaßen:

„Also man muss sich das praktisch vorstellen, wenn ich mit nem Kind in den Toberaum gehe und das Kind da gegen den Sandsack schlägt, spiegle ich diese Bewegung mit, indem ich halt auch in diese Bewegung geh. Der Sinn der Sache ist einfach, dass es den Kindern bewusst wird was sie machen und dass sie vielleicht auch noch ein Stück weiter auf ihren Trauerweg gehen können, wenn sie's halt bewusst bekommen. Und uns ist halt wichtig, dass wir nichts von uns sozusagen reingeben, sondern, dass es wirklich der Weg der Kinder ist und dass wir halt nicht sozusagen sagen: Heut machen wir das, sondern die Kinder entscheiden das“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Im Handbuch (Facilitator Skills Manual, II-4) zur Ausbildung der freiwilligen MitarbeiterInnen ist dazu eine Auflistung zu finden, an der sich diese orientieren können:

Die Methode des Spiegels

- Spiegelung des Inhalts: Sag was du hörst und benutze dazu die eigenen Worte des Kindes. Wiederhole die wichtigsten Wörter oder Sätze. Spiegle die Fragen des Kindes indem du das Kind antworten lässt.
- Spiegelung visueller Beobachtungen: Sag was du beobachtet hast, inklusive der Mimik, Körperhaltungen und Bewegungen. Spiegle oder imitiere die Körperposition des Kindes oder dessen Aktivitäten: reflektiere auf eine ähnliche Weise wie das Kind seine Aktivitäten und halte dabei nicht durchgehend Blickkontakt, weil dies sonst angreifend oder autoritär für das Kind wirken kann.
- Spiegelung der Energie: Benütze die gleiche Intonation, Betonung und Energie wie das Kind, wenn du es verbal spiegelst. Beim Spielen oder bei Bewegungen gleiche dein Energielevel dem des Kindes an. Folge der Führung und Resonanz des Kindes bezüglich deiner Rolle und Energie.
- Spiegelung der Bewegung: Benutze ‚nicht-wertende‘ Worte wie: ‚auf‘, ‚ab‘, ‚über‘, ‚schnell‘, ‚langsam‘. Spiegle die Bewegungen des Kindes.
- Spiegelung der Beziehung: Drücke harmonische Beziehungen in Worten aus. Zum Beispiel: ‚Ihr teilt die Spüle.‘ Spiegle Konflikte mit Worten wider. Zum Beispiel: ‚Ihr seid unterschiedlicher Meinung. Du willst nicht, dass er hier ist.‘ Bleib bei Konflikten neutral, akzeptiere und reflektiere alle Positionen der am Konflikt beteiligten Kinder. Drücke die Wünsche jedes Kindes mit der gleichen Achtung aus. Fülle keine Urteile und vermeide es, Partei zu ergreifen. Versuche nicht den Konflikt zu lösen. Achte darauf, dass die Sicherheitsregeln eingehalten werden und erinnere die Kinder daran. Zum Beispiel: ‚Erinnere dich an die Nicht-Schlagen Regel.‘ Oder ‚Nicht mit harten

Dingen werfen ist eine Sicherheitsregel.' Falls notwendig, kannst du dich zwischen die Kinder stellen (vgl. Facilitator Skills Manual, II-4).

c) Abschlusskreis:

Der Abschlusskreis ist wiederum als Ritual zu sehen. Dabei finden sich alle Kinder und freiwilligen MitarbeiterInnen sowie die Gruppenleiterin wieder im Kreis zusammen und jedes Kind berichtet was es gemacht hat.

„Das können sie manchmal auch nutzen, indem sie sagen: Ich hab gegen den Sandsack geschlagen, weil ich bin einfach so wütend – alle haben noch einen Vate,r ich nicht. Dass sie's noch mal sagen, warum sie was gemacht haben – das ist nicht immer so. Wichtig ist auch, dass sie einfach noch mal ne Möglichkeit haben da ein Forum zu haben, dass sie was sagen können. Manche zeigen da zum Beispiel ihre Bilder, manche zeigen, was sie gemacht haben und manche nicht. Also manche nehmen sie mit nach Hause oder lassen sie einfach da so liegen“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Anschließend überlegt sich jedes Kind eine Frage zu der verstorbenen Person z.B. welche Haarfarbe hatte die Person, was hat sie am liebsten gegessen oder hat sie eine Brille getragen? Mit dieser Frage werden die Angehörigen, die sich in einem parallelen Zimmer befinden, in die Gruppe geholt. Wenn alle im Kreis stehen, kann jede oder jeder im Kreis, der möchte, die Fragen beantworten. „Im Kreis stehen“ ist ein wichtiges Gegengewicht zum Alleinsein in der Trauer. Dieses Abschlussritual bildet das Ende der Gruppentreffen (vgl. Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008)

Während der gesamten Zeit in den Gruppen gelten immer folgende **Regeln**:

- Alles, was gesprochen wird, bleibt im Raum.
- Niemand wird ausgelacht.
- Jeder hat das Recht zu schweigen.
- Jeder hat das Recht "Halt" zu sagen und die anderen nehmen dies ernst.
- Jeder hat das Recht für sich zu sein.
- Kein Schlagen oder Stoßen anderer.
- Kein Kind ist ohne einen Erwachsenen.
- In der Begrüßungs- und Abschiedsrunde höre ich zu, wenn die anderen reden!

Diese Regeln werden immer wieder in der Begrüßungsrunde durchgenommen und dann dort aufgehängt, damit sie im Gedächtnis der Kinder und Jugendlichen bleiben und somit eingehalten werden können (vgl. Zentrum für trauernde Kinder 2008).

Die Arbeit mit den Kindern in verschiedenen Altersstufen ist sehr unterschiedlich. Die Arbeit mit dreijährigen Kindern ist eine andere als z.B. mit neunjährigen Kindern.

„Ja – also dreijährige – also bei dreijährigen ist es ja so, dass die keine Worte haben – also wir haben nicht so viele dreijährige – aber an zwei kann ich mich erinnern, die konnten zu dem Zeitpunkt noch gar nicht sprechen als sie bei uns waren. Die machen alles im Spiel ab. Ähm und bei den Kleinen ist es auch oft so, dass die viel Kontakt suchen. Also ich kann mich noch an einen erinnern, wo die Mutter gestorben ist und die Väter gekommen sind. Dass die einfach viel auf den Arm genommen werden wollen. Das ist dann Trauerarbeit, das vermissen sie und da versuchen wir einfach ihnen das zu geben. Also, dass die halt viel engen Kontakt haben wollen“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

5.4.2. Parallel laufende Angehörigengruppen:

Es ist gewollt, dass die Kinder von ihren Bezugspersonen zur Gruppe begleitet werden. In den parallel laufenden Angehörigengruppen wird ihnen die Möglichkeit zur eigenen Trauerarbeit geboten. Wichtig gerade bei kleineren Kindern ist die Sicherheit, die das Kind verspürt, wenn es seine Bezugsperson in der Nähe weiß (vgl. Zentrum für trauernde Kinder 2008).

„Unser Ansatz ist so, dass wir sagen: Unsere Bedingung ist, dass die Eltern oder eine Begleitperson mit den Kindern mitkommen muss, weil unsere Erfahrung schon ist – gerade bei den Kleinen aber eigentlich auch immer – ähm, Kinder und Jugendliche, die in Trauer sind haben, Verlustängste und da ist es halt auch wichtig, dass sie jemand da haben. Das ist auch ganz oft so, dass – gerade die kleinen Kinder – drei vier mal in die Elterngruppe laufen, sich auf den Schoß setzen und nach 3 Minuten wieder zurücklaufen. Das muss halt gewährleistet sein. Und daraus ist eigentlich diese Gruppe entstanden“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Durch die räumliche Trennung der Gruppen während der Trauerangebote und Freispielphase bleibt das Kind aber doch unbeobachtet. Schwerwiegende Auffälligkeiten werden sensibel mit den Angehörigen kommuniziert, in regelmäßigen Feedbackgesprächen werden die Bedürfnisse und Entwicklungen der Kinder betrachtet. In den Elternrunden wird zu Beginn eine Blitzlichtrunde gemacht, in der jeder erzählt wie es ihm geht und die Erwachsenen die Themen selbst vorgeben. Wie in einer Selbsthilfegruppe beraten sich die Angehörigen

gegenseitig, indem jeder seine Erfahrungen einbringen kann. Es ist jedoch immer eine MitarbeiterIn des Zentrums mit in der Runde (vgl. Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

„Und es ist natürlich auch ein Raum für die Menschen, also für die Erwachsenen auch ihre Trauer zu zeigen. Weil auch bei Erwachsenen ist es oft so, dass sie nicht unbedingt nen Raum haben oder Menschen, wo sie einfach da ganz offen darüber reden können. Ähm und wo das halt natürlich auch gerne genutzt wird. Es gibt aber auch mal wieder Menschen oder Erwachsene, die das gar nicht wollen in so ner Angehörigengruppe. Denen bieten wir dann halt an in unserem Büro zu sitzen, ein Buch zu lesen oder den Laptop mitzubringen und zu arbeiten. Das ist auch ok. Wichtig ist einfach, dass die Kinder wissen: da ist jemand zu dem ich gehen kann, wenn irgendwas ist. Und wir müssen natürlich immer gewährleisten, dass ein Kind – wenn die nach einer halben Stunde sagen: Ich will hier gehen. Ich halt's hier nicht mehr aus. Dass das auch möglich ist. Das haben wir noch nie erlebt, aber es ist uns wichtig, dass das sein könnte“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Es kann jedoch auch vorkommen, dass die Blitzlichtrunde sehr schnell vorbeigeht und niemand ein Thema einbringt. In diesem Fall können Kärtchen gezogen werden, die das Zentrum selbst gestaltet hat. Auf diesen Kärtchen stehen Fragen, die sich mit Gefühlen und Gedanken zur Trauer beschäftigen.

„(...) also wir haben Karten auf dem Tisch – ähm es gibt natürlich auch manchmal Gruppen – nach dem Blitzlicht, das sehr kurz ist – alle sind sehr zu und wollen nichts sagen und dann haben wir halt so ein Kästchen mit Karten, wo Fragen dran sind und da geht's schon manchmal auf – also da geht's natürlich schon um Trauer und auch darum: Kannst du mit dem Thema Schuld was anfangen? – aber das ist eher selten, dass diese Karten gezogen werden, weil oft ist es einfach, dass welche was reinbringen und dass das dann Thema ist“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

5.4.3. „Selbsttötungsgruppen“

„Diese spezielle Sache ist einfach Thema. Selbsttötung ist einfach ein Thema, was noch mehr ein Tabuthema ist als Trauer. Ähm und die Kinder sind da sehr, sehr froh andere Kinder zu erleben, die ähnliches erlebt haben. Es geht viel um Schuldgefühle. Also es geht viel darum: Hätte ich mich morgens nicht mit Papa gestritten, hätte er das vielleicht nicht gemacht. Ähm, die natürlich auch besprochen werden müssen. Wo die Kinder einfach Raum haben, brauchen das zu sagen. Das ist in der Familie oft nicht möglich, weil man sich da selber ähm schont, weil es halt ein schwieriges Thema ist“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Durch Suizid oder Unfall stark traumatisierte und dadurch auffällig gewordene Kinder können einer therapeutischen Betreuung, z. B. durch eine Erziehungsberatungsstelle o.ä. bedürfen. Hier bietet das Modell eine sinnvolle Ergänzung unter Einbeziehung der Angehörigen. Die Gruppenleiterinnen versuchen, Kinder mit ähnlichen Trauerereignissen möglichst gemeinsam in einer Gruppe zu begleiten. In diesen Gruppen können die Kinder und Angehörigen sich besser über die gemeinsamen Trauererfahrungen austauschen, was

besonders bei Mord und Selbstmord gilt. Häufig erleben es trauernde Kinder und auch deren Angehörige als zusätzliche Belastung, wenn sie andere, schwerwiegende Trauererfahrungen teilen müssen. „Die Trauererfahrungen bei Tod nach langer, schwerer Krankheit sind gänzlich anders als die bei Selbstmord oder Mord. Hier sollte man sensibel die Gefühle der Betroffenen beobachten und entsprechend reagieren“ (Zentrum für trauernde Kinder 2008). Eine Voraussetzung, um an der Selbsttötungsgruppe teilnehmen zu können ist die, dass die Kinder und Jugendlichen wissen, dass der Angehörige durch Selbstmord gestorben ist.

„Also oft ist es so, dass die Kinder es wissen, aber die Eltern wissen's noch nicht, dass die Kinder es wissen. Weil die sind ja auch nicht doof. Ich meine, oft sind es drei vier Jahre her und die haben natürlich in der Schule, auf der Straße viele Sachen also halt mitbekommen oder bei Telefonaten. Und dann ist es halt wichtig das Thema zu öffnen, weil die Kinder dann ja auch das besprechen können. Ansonsten sind sie halt auf sich alleine gestellt das ist sehr viel schlimmer“ (Alefeld-Gerges 8. 5. 2008).

Wissen es die Kinder noch nicht, bietet das Zentrum auch Unterstützung und einen geschützten Raum für die Familie, um die Kinder mit diesem Thema zu konfrontieren.

„Und das haben wir uns auch auf die Fahnen geschrieben, das dann mit den Familien zu entwickeln den Kindern das zu sagen. Dann können sie zu uns kommen und dann ist es natürlich ein langer Weg auch damit fertig zu werden ‚warum‘. Meistens gibt es keine Antwort auf dieses ‚warum‘. Aber man muss sich natürlich die Frage stellen dürfen und für die Kinder ist es wichtig zu überlegen – Warum könnte es sein? Ob das nun der Wahrheit entspricht weiß man nicht so wirklich. Aber es ist natürlich wichtig, dass die Kinder an diesem Thema arbeiten und auch miteinander arbeiten“ (Alefeld-Gerges 8. 5. 2008).

Der Unterschied zu den anderen Trauergruppen besteht auch darin, dass nach der Begrüßungsrunde häufiger Aufgaben in die Gruppe eingebracht werden, die sich mit der Trauer und den Gefühlen nach einem Suizid beschäftigen. Dazu wurde vom Zentrum, in Anlehnung an Materialien der Dougy Center, ein Arbeitsbuch für Kinder und Jugendliche nach einem Suiziderlebnis entwickelt mit dem Titel: „Wenn sich jemand selbst getötet hat.“

„Wir haben jetzt vor einem halben Jahr ein Arbeitsbuch rausgebracht und das ist einfach ein Arbeitsbuch für Kinder, die auch zu uns in die Gruppe kommen aber natürlich auch für Kinder, die nicht zu uns kommen können aus irgendwelchen Gründen. Das ist natürlich auch oft ein Fahrproblem. Ähm und das ist einfach ein Arbeitsbuch wo man an diesem Thema arbeiten kann, natürlich idealerweise mit einem Erwachsenen zusammen. Aber wo man halt nicht nur liest, sondern wo man auch viele Sachen machen kann“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Das Arbeitsbuch, welches auch von einigen Kindern in der Selbsttötungsgruppe mitgestaltet wurde, ist für Kinder zwischen fünf und dreizehn Jahren gedacht, führt die Kinder schrittweise an das Thema Suizid heran und regt sie zur Auseinandersetzung mit den eigenen Gedanken und Gefühlen an. Dabei wird immer wieder darauf hingewiesen, dass ein nahe stehender Erwachsener in der Nähe sein sollte, bei dem das Kind Trost erfahren und mit dem es auftretende Fragen besprechen kann.

5.4.4. Beratungsgespräche

Vor den Schnuppervormittagen kommen die hilfeschuchenden Eltern häufig ins Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V., um sich in einem Erstgespräch beraten zu lassen. In diesem Erstgespräch wird erklärt, wie die Trauerbegleitung im Zentrum abläuft und zum Schnuppervormittag eingeladen.

Aber auch wenn die Kinder und Erwachsenen schon länger das Trauerangebot im Zentrum nutzen, haben sie die Möglichkeit, bei Problemen im Umgang mit der Trauer Beratungsgespräche mit den Gruppenleiterinnen durchzuführen. Diese Gespräche werden entweder gemeinsam mit den Eltern bzw. dem Elternteil oder in Form von Einzelgesprächen mit den Kindern durchgeführt. Dabei wird darauf geachtet, dass die Gruppenleiterin, bei der das Kind die Trauergruppe besucht, nicht das Beratungsgespräch durchführt. Wenn die Eltern allerdings wegen Erziehungsproblemen die Beratung aufsuchen, wird die Familie an die staatliche Erziehungsberatungsstelle, welche sich im selben Gebäude befindet, weitergeleitet (vgl. Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

5.4.5. Schnuppervormittage für betroffene Kinder und Familien zum gegenseitigen Kennenlernen

Nach dem bereits erwähnten Erstgespräch können die Kinder und Erwachsenen bzw. sonstigen Angehörigen an einem Schnuppervormittag teilnehmen. Im Rahmen der Schnuppergruppen, die alle vier Wochen stattfinden, haben die Erwachsenen und die Kinder getrennt voneinander die Gelegenheit, die MitarbeiterInnen, die Arbeitsweise, die Räume und den Ablauf der Trauergruppen kennenzulernen (vgl. Zentrum für trauernde Kinder 2008). Bei den Schnuppergruppen handelt es sich allerdings nicht um die normal laufenden Trauergruppen, sondern um spezielle Gruppen, in denen nur Kinder teilnehmen, die an einer Trauergruppe interessiert sind. Häufig, berichtet Alefeld-Gerges (8. 5. 2008), haben die

Kinder Angst, dass sie ins Zentrum kommen und eineinhalb Stunden nur über ihre Trauer sprechen müssen, wozu sie natürlich keine Lust haben. Deshalb sind die Schnuppervormittage dazu geeignet, den Kindern, aber auch den Erwachsenen einen Eindruck von der Arbeitsweise zu vermitteln.

„Natürlich sollen die Kinder auch entscheiden, weil wenn sie's nicht möchten dann hat's auch keinen Sinn. Aber die meiste Zeit ist es halt so, dass die Kinder, wenn sie so ne Gruppe miterlebt haben einfach wissen: ‚Ich kann hier machen was ich möchte.‘ - Und dass das sehr, sehr beruhigend ist für die, dass sie halt nicht da Sachen machen müssen, die sie nicht wollen. Und dann ist es so, dass die sagen wir wollen. Dass die noch mal anrufen und sagen: Wir wollen gerne in die Gruppe kommen und dann kucken wir wo's passt – also vom Alter her, natürlich auch vom Platz her“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

5.4.6. Jugendtreff

Dieses Angebot richtet sich an Jugendliche zwischen 15 und 18 Jahren, bei denen ein nahe stehender Mensch gestorben ist. Sie haben bei den in vierwöchentlichen Abständen stattfindenden Treffen die Gelegenheit, sich mit Gleichaltrigen zu treffen, die ähnliches erlebt haben. Es gibt Raum für Gespräche, Fragen und Austausch. Diese Gruppe unterscheidet sich wiederum von den Trauergruppen für jüngere Kinder darin, dass nach der Begrüßungsrunde mehr Arbeitsmaterial mit Themen über Trauer und den damit verbundenen Gefühlen und Gedanken angeboten wird, das anschließend gemeinsam in der Gruppe mit der Gruppenleiterin und den freiwilligen MitarbeiterInnen besprochen wird (vgl. Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

„Also man kann ja sagen, dass die kleinen Kinder sehr schnell an ihre Trauer auch noch rankommen. Und dass da einfach wirklich dieser Ansatz den wir halt sagen: ähm mit Spielen, mit Toben, mit Malen hundertprozentig greift. Ähm wenn sie dann älter werden also Jugendliche werden, in die Pubertät kommen, dann wird es schwieriger, weil dann sind sie sehr zu, weil die verschließen sich halt oft. Und dann ist es auch so, dass man dann mit dem Spiegeln nicht immer weiter kommt. (...) Und da ist es natürlich schon auch eher das Wort und das Reden so die Grundlage. Die gehen nicht mehr in den Toberaum oder in den Malraum, sondern die finden eher Worte. Also mit Hilfe von Arbeitszetteln, wo halt Fragen drauf stehen. Wir haben auch so ein M+M Spiel entwickelt. Das spielen auch die Kinder. Wo's halt darum geht Fragen zu beantworten über die verstorbene Person“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Es wird den Jugendlichen aber auch hier vor allem sehr viel Raum gegeben, sich miteinander zu unterhalten und so auch Freundschaften zu schließen.

„Wo die Kinder miteinander oder wo die Jugendlichen miteinander einfach auch viel ins Gespräch kommen über: Disco- wo gehst du denn abends hin? Wo's halt nicht immer nur um die Trauer geht, sondern es geht halt

einfach um ein miteinander und dann gibt's natürlich auch manchmal diese Trauerfrequenzen aber es ist halt auch oft so, dass es ein miteinander ist. Ich bin da mit jemanden zusammen, der ähnliches erlebt hat – mit dem unterhalte ich mich jetzt einfach so“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Darüber hinaus entwickelt das Zentrum nun ein weiteres Angebot für Jugendliche bzw. junge Erwachsene ab 19 Jahren.

„(...) - also die fangen bei uns mit 19 an. Ähm und die fallen irgendwie immer überall durch – also wir hatten ja bisher auch kein Angebot für die. Da versuchen wir jetzt auch jede 4 Wochen ein Angebot zu machen, dass die sich einfach auch in einer Gruppe treffen und sich austauschen. Da sind wir eigentlich wirklich wieder nur Moderatoren. Da kann ich aber jetzt noch gar keine Erfahrung sagen – vielleicht wollen die auch eher, dass man immer ein Thema reinbringt – das muss man entwickeln“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

5.4.7. Freiwilligenschulungen

Wichtig für das Begleiten und Unterstützen der trauernden Kinder ist, dass man sich sensibel in Kinder einfühlen kann, dass man sich an die eigene Kindheit erinnern kann und ein gewisses Maß an Sozialkompetenz hat. Das Durchleben der Trauer in der eigenen Lebensgeschichte bedingt, dass die MitarbeiterInnen weniger Angst haben, mit diesem Thema umzugehen und dem Gegenüber, dem Kind, mehr Verständnis entgegenbringen. Zur Begleitung der Kinder und Angehörigen werden keine formalen Qualifikationsanforderungen gestellt, wichtig ist die überzeugende Umsetzung der Arbeitsweise des Zentrums, sensibles Einfühlungsvermögen für Trauernde und die Fähigkeit, sich selbst zurück zu nehmen (vgl. Zentrum für trauernde Kinder 2008). Um dies gewährleisten zu können werden die freiwilligen MitarbeiterInnen in einem Wochenendseminar geschult.

„Die kriegen von uns ne Ausbildung – sprich ähm – wir haben ein Wochenendseminar, wo die einfach von unserer Arbeit erfahren, von unserem Konzept erfahren, wo es aber auch viel darum geht, was haben sie schon für Trauer erlebt, weil es auch sehr wichtig ist zu wissen wo stehe ich mit meiner Trauer und meinen Abschieden um es nicht auf die Kinder zu projizieren. Da sollte man sehr reflektiert sein“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Aber auch nach diesem Wochenendseminar werden immer wieder weiterführende Schulungen angeboten, in denen die Methode des „Spiegelns“ weiter geschult wird. Darüber hinaus ist auch in den Trauergruppen immer die Gruppenleiterin anwesend, deren Aufgabe in der Freispielphase hauptsächlich die Unterstützung der freiwilligen MitarbeiterInnen ist.

„Aber eigentlich ist es meine Aufgabe zu kucken was passiert. Ist ein Kind vielleicht irgendwo über wo es gar nicht betreut wird da muss ich kucken wo kann ich jemand abziehen. Und natürlich auch zu kucken ähm wir haben immer wieder Freiwillige, die ihre Grenzen haben – was ja auch ok ist. (...) Und dafür bin ich auch zuständig als Leitung – zu kucken kommt da jeder klar, jeder Freiwillige oder passiert da jetzt grad so ne Grenzsache, die ja auch nicht immer passiert. Es ist ja auch nicht so, dass das jetzt immer passiert. Aber da muss

ich natürlich dann bereit sein ähm einzuspringen. Es gibt ja auch weniger spektakuläre Dinge im Toberaum. Wenn man da ne halbe Stunde ist, dann kann man auch irgendwann nicht mehr, weil's da einfach total auch zur Sache geht. Dass ich dann kucke wenn da ein Freiwilliger schon nen hochroten Kopf hat und nicht mehr kann – zu kucken: wer kann da jetzt rein? Das sind halt meine Aufgaben als Leitung. Wirklich zu kucken, dass es in der Gruppe gut läuft, dass jedes Kind betreut ist ähm dass halt, wenn Kinder miteinander sehr, sehr hart sind – manchmal wollen die das beide, dann ist das ok - aber da muss man natürlich auch immer wieder beide fragen ist das für euch beide noch ok “ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Außerdem gibt es vor und nach jedem Gruppentreffen jeweils eine einstündige Besprechung. In der Vorbesprechung werden das Tagesbefinden der freiwilligen MitarbeiterInnen, sowie etwaige Vorgehensweisen besprochen. Die Nachbesprechung dient zur Reflexion der Gruppentreffen und dem Besprechen des Verhaltens in einzelnen Fällen.

6. Analyse des Zentrums nach den abgeleiteten Aufgaben der Trauerbegleitung:

Nachdem die Arbeitsweise des Zentrums für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. in Bremen vorgestellt wurde, sollen in diesem Kapitel nun die Aussagen von Beate Alefeld-Gerges sowie die angeführten Unterlagen dazu herangezogen werden, um die Fragestellung der Diplomarbeit zu beantworten: *Werden die aus der psychoanalytischen Theorie abgeleiteten Aufgaben der Trauerbegleitung in der praktischen Arbeit mit Kindern im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. in Bremen umgesetzt? Wenn ja, wie erfolgt dies?*

6.1. Analyse: Rascher Beginn

Das Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e.V. betreibt intensiv Werbung, um die betroffenen Familien auf sich aufmerksam zu machen und somit einen möglichst raschen Beginn der Trauerarbeit zu ermöglichen. Dazu ist Herr Ralf Bauer angestellt, der im Rahmen seiner Tätigkeit in der Öffentlichkeitsarbeit und Fundraising dafür sorgt, dass Artikel über das Zentrum in verschiedenen regionalen aber auch überregionalen Zeitungen erscheinen, Fernseh- und Radioberichte produziert werden, Kooperationen mit Bestattungsunternehmen eingegangen werden usw. Darüber hinaus wurde und wird noch immer Werbung in Form von Informationsveranstaltungen in Kindergärten und Schulen gemacht. Ein Teil der freiwilligen MitarbeiterInnen wird außerdem dazu geschult, Infostände in Schulen und Kindergärten sowie Veranstaltungen zu betreuen. Mittlerweile hat das Zentrum bereits einen breiten Bekanntheitsgrad erreicht, weshalb alleine durch Mundpropaganda von KindergärtnerInnen, LehrerInnen, ÄrztInnen und anderen Personen viele Betroffene auf das Angebot aufmerksam gemacht werden. Auch die staatliche Erziehungsberatungsstelle, welche sich im selben Gebäude befindet, vermittelt betroffene Familien an das Zentrum weiter. Allerdings ist der Grundsatz des Zentrums, dass die Kinder und Jugendlichen nach ihrem individuellen Weg trauern. Insofern werden sie in den Trauergruppen nicht dazu angehalten, möglichst rasch ihre Trauergefühle zu zeigen, wie bereits oben erklärt, sondern haben die Möglichkeit dies zu tun, wenn sie möchten.

Beate Alefeld-Gerges (8. 5. 2008), konnte feststellen, dass kurz nach der Gründung – als der Bekanntheitsgrad noch nicht so groß war – die Betroffenen ein bis eineinhalb Jahre nach dem Verlustereignis ins Zentrum kamen. Mittlerweile ist der Bekanntheitsgrad gestiegen und es hat sich somit die zeitliche Spanne zwischen Verlustereignis und dem Besuch der Trauergruppen verringert. Bereits nach ein bis zwei Wochen melden sich Familien, die das

Trauerangebot in Anspruch nehmen wollen. Dies ist jedoch häufig auch, nach Meinung des Zentrums, zu früh, weil sie die erste Phase der Trauer (Schock) als Schutz betrachten, in der das Kind noch nicht bereit ist, sich mit dem Verlusterlebnis zu konfrontieren.

„Also es ist so, dass wir am Anfang ähm so festgestellt haben, dass es so ein, eineinhalb Jahre zurückliegt, dass sie dann kommen. Da gibt es natürlich auch immer andere, die nach sechs Jahren erst kommen, also da gibt es ja auch keine Richtlinien. Jetzt die letzte Zeit ist es sehr viel früher. Also da haben wir viele Familien aufgenommen, ähm die nach ein, zwei Wochen kommen. Also und... Das kann gehen, das kann aber auch nicht gehen. Also da ist es oft so, dass die Eltern sehr, sehr überfordert sind und sagen: Wir gehen jetzt einfach mal hin und die Familie sich öffnen kann. Aber es ist auch manchmal so, dass die Kinder sich noch nicht öffnen können, weil die erste Phase der Trauer ist auch oft Schutz, man kann's nicht einfach so zulassen und da macht's keinen Sinn da im Kreis zu sitzen mit anderen Kindern, die erzählen wer alles gestorben ist. Das kann man aber auch am Schnuppervormittag sehr gut feststellen ob die Kinder sich öffnen können oder ob sie zumachen. Die haben ja einfach noch die Gabe relativ schnell zu zeigen was sie wollen oder was sie nicht wollen und dann ist es so dass wir dann natürlich auch mitentscheiden sozusagen“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Die Kinder und Jugendlichen können so lange sie wollen in der Gruppe bleiben. Durchschnittlich sind es jedoch etwa zwei Jahre.

„Es gibt Kinder, die schon 6 Jahre geblieben sind, das sind aber Einzelfälle. Gut also unser Ansatz ist ja, dass wir nicht wissen wann ein Kind fertig ist mit Trauern. (...) Normalerweise ist es ja so 2 Jahre. Es gibt natürlich auch Kinder, die nach einem halben Jahr abbrechen“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Diskussion

Die erste abgeleitete Aufgabe der Trauerbegleitung nach psychoanalytischer Theorie - der rasche Beginn der professionellen Hilfestellung – wird somit nur teilweise in der Trauerbegleitung des Zentrums umgesetzt. Es werden aktive Werbemaßnahmen getätigt, um die Betroffenen auf das Angebot der Trauerbegleitung aufmerksam zu machen und so einen möglichst raschen Beginn der Trauerbegleitung einzuleiten.

Ein zu rascher Beginn und somit die Konfrontation mit dem Verlusterlebnis wird jedoch von Alefeld-Gerges als nicht förderlich angesehen, weil sie annimmt, dass es vorkommen kann, dass das Kind in diesem Abschnitt der Trauer, der Schockphase, dazu noch nicht bereit ist. Diese Phase, nimmt Alefeld-Gerges an, kann einen Schutzmechanismus darstellen, der das Kind vor Überforderung feilt. Deshalb ist es in diesem Stadium - ihrer Meinung nach - nicht sinnvoll, das Kind mit seiner Trauer zu konfrontieren, wenn es dazu noch nicht bereit ist.

Die Grundannahme, dass die Kinder und Jugendlichen individuell entscheiden sollen, wann und wie sie trauern, wird als oberstes Prinzip gesehen. Das Zentrum soll dabei so wenig wie möglich auf den individuellen Trauerweg der Kinder Einfluss nehmen. Die daraus zu

schließende Annahme, dass jeder Mensch in sich die „Fähigkeit besitzt, sich in Richtung größerer Reife und psychischer Funktionsfähigkeit zu entwickeln (Selbstverwirklichungstendenz)“ (Hutterer, 1994, 146), ist in der Theorie der personenzentrierten Psychotherapie nach Rogers zu finden. Aber auch psychoanalytisch orientierte Therapeuten lehnen sich stärker an den „natürlichen Selbstheilungsprozess“ der Traumapatienten an und versuchen diesen durch geeignete Interventionen zu unterstützen und zu fördern, so Appel-Ramb (2008, 135). Sie beschreibt die Methode der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie nach Reddemann als Anwendung bei Kindern und erklärt, dass die Tiefenpsychologie für die Behandlung traumatisierter Kinder und Jugendlicher einen wichtigen Hintergrund darstellt, da sie doch erst erlaubt, Gespieltes und Gesprochenes als mehr anzusehen als die pure Spielhandlung oder den schlichten Satz und ihnen einen gewissen Symbolgehalt oder auch einen biografischen Stellenwert zuschreibt. Das Spiel wird nicht nur als bloßes Spiel gesehen, sondern auch als Arbeit. Es wird demnach nicht nur als Methode betrachtet, die Außenwelt zu ergründen und zu meistern, sondern auch als ein Mittel, Ängste zu bearbeiten. Die beobachtbare Realität, auch jene, die dem Kind selbst widerfährt, ist dabei immer der Hintergrund, vor dem das Kind sein Spiel ableitet. Diese Gewissheit sollte gerade bei traumatisierten Kindern Beachtung finden, erklärt Appel-Ramb (2008, 136). Von höchster Priorität ist es, so erklärt sie (2008, 137) weiter, die vorhandenen Selbstheilungskräfte des Patienten zu unterstützen und somit seine Abhängigkeit vom Therapeuten so gering wie möglich zu halten. Der Schlüssel, der dem Patienten das Tor öffnet, auf die eigenen Kräfte zuzugreifen, liegt darin, dass der Therapeut dem Patienten wirklich zutraut, sich selbst zu trösten.

Nach Ansicht Winingers und Eder-Steiners (2008, 78), welche in der Boje beschäftigt sind, ist jedoch ein möglichst rascher Beginn professioneller Unterstützung und Behandlung unabdingbar. Danach führt eine akute Überforderung der individuellen Anpassungs- und Kompensationsmöglichkeiten eines Kindes oder Jugendlichen dazu, dass ihre bisher erworbenen psychischen Strukturen¹³ destabilisiert und brüchig werden, woraufhin oftmals erhebliche Auffälligkeiten im Bereich des Erlebens und Verhaltens folgen. Subjektiv sinnvolle Bewältigungsversuche wie Aggression oder Rückzug greifen mitunter zu kurz und

¹³ Unter psychischen Strukturen wird die Definition von Datler und Steinhardt (2001, 160f) verstanden: Psychische Strukturen sind Ensembles bestimmter latenter Tendenzen einer Person, verschiedene Situationen in ähnlicher Weise wahrzunehmen, zu erleben und einzuschätzen (zu apperzipieren), sowie damit verbundene Tendenzen, in solchen Situationen bestimmte manifeste Folgeaktivitäten des Erlebens, Denkens und Handelns zu setzen. Sie bedürfen keiner bewussten Steuerung und erfolgen weitgehend unbewusst. Das Verfolgen dieser Tendenzen führt zur Ausbildung manifester, lebensstiltypischer Formen des Erlebens, Denkens und Handelns, die in unterschiedlichen Situationen in ähnlicher Weise gesetzt werden und über weite Strecken die charakteristischen Persönlichkeitszüge eines Menschen ausmachen. Diese sind stabil und über die Zeit hinweg nur langsam veränderbar.

rufen in der Umgebung Unverständnis und Hilflosigkeit hervor. Fehlt professionelle Unterstützung, drohen sich unzureichende Lösungsstrategien in Form von chronifizierten Anpassungsstörungen zu verfestigen, wodurch die weitere Entwicklung von Heranwachsenden nachhaltig gefährdet sein kann.

Diese Annahme erfordert, nach individualpsychologischer Sichtweise, eine aktive Haltung des Therapeuten oder Trauerbegleiters. „Die Verarbeitung und Überwindung von psychischen Krisen setzt jedoch zwingend eine aktive Auseinandersetzung mit dem Trauma voraus. Dieser schmerzliche Prozess kann aber nur in einem stützenden und von Offenheit geprägten Rahmen zustande kommen. Nach traumatischen Erfahrungen brauchen Menschen ein interessiertes, aufmerksames und stützendes Gegenüber, das ihnen die Möglichkeit bietet, ihre Gefühle zum Ausdruck zu bringen. Deshalb geben MitarbeiterInnen der Boje bereits im Erstgespräch zu verstehen, dass sie auch solche psychischen Inhalte stellvertretend (aus-)halten, die von den KlientInnen noch nicht ertragen und integriert werden können. KlientInnen sollen bereits im Erstgespräch den Eindruck bekommen, dass sie in der Boje für ihre spezifischen Probleme kompetente und erfahrene AnsprechpartnerInnen gefunden haben, die bereit sind, sie in der Konfrontation und Aufarbeitung ihrer belastenden Erfahrungen zu begleiten“ (Wininger; Eder-Steiner 2008, 84).

Die Haltung der Gruppenleiterinnen und freiwilligen MitarbeiterInnen des Zentrums für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. basiert auf Zurückhaltung der TrauerbegleiterInnen und Entscheidungsfreiheit der Kinder und Jugendlichen und deren Angehöriger. „Raum geben“ für die individuelle Trauer wird als oberstes Prinzip betrachtet. Demnach kann die Haltung der TrauerbegleiterInnen wiederum in Rogers Theorie gefunden werden, die auf drei Prinzipien gründet:

„Nicht-wertendes, einführendes Verstehen (Empathie): Der Therapeut richtet seine Aufmerksamkeit auf die von Augenblick zu Augenblick vom Klienten geäußerten Erfahrungen und gefühlsmäßigen Erlebnisinhalte. Er versucht den Klienten zu verstehen, wie dieser sich selbst sieht. Er bewertet die vom Klienten ausgedrückten Gefühle und Erfahrungen weder offen noch insgeheim und sucht auch nicht nach Erklärungen dafür, sondern seine Aktivität besteht darin, die Welt aus der Sicht des Klienten zu erfassen und zu verstehen und das Verstandene mit eigenen Worten dem Klienten mitzuteilen“ (Hutterer, 1994, 147).

„Nicht an Bedingungen gebundene Wertschätzung und emotionale Wärme: Der Therapeut respektiert die Person des Klienten unabhängig davon, welche Erfahrungen und Gefühle er ausdrückt. Er enthält sich jeder Kritik und versucht nicht, das Verhalten und Erleben des Klienten zu verbessern oder abzuwerten, sondern zeigt uneingeschränkt

Wertschätzung für den Klienten mit seinen augenblicklichen Möglichkeiten, Fähigkeiten und Grenzen“ (Hutterer, 1994, 148).

„Echtheit und Kongruenz: Der Therapeut verhält sich ungekünstelt und ohne professionelles oder routinemäßiges Gehabe. Seine Äußerungen und sein Verhalten stehen in Übereinstimmung mit seinem Erleben, sie ‚fließen‘ aus dem, was der Therapeut unmittelbar erlebt, empfindet und wahrnimmt. Er ist dabei für sein Fühlen und Erleben in der Situation offen und macht es zur Grundlage seines Verhaltens, sofern es für die Beziehung zum Klienten eine Bedeutung hat“ (Hutterer, 1994, 148).

Diese Prinzipien sind auch in der Haltung der Gruppenleiterinnen und der freiwilligen Mitarbeiterinnen im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche zu finden. Im Gegensatz dazu sind in der Boje, welche nach individualpsychologischen Grundsätzen arbeitet, ein rascher Beginn und eine aktive Haltung des Therapeuten unabdingbar. Nach Adlers Ansatz muss der „Therapeut aktiv und mitunter auch erklärend sein, wobei die erlernte Technik gegenüber seiner Persönlichkeit im Hintergrund bleiben soll“ (Datler; Stumm 1994, 70). Wichtig ist vor allem, dass der Therapeut zuerst das Vertrauen des Klienten erwirbt, was zumeist in Form eines freien Gespräches realisiert wird.

Der erste, aus psychoanalytischer Theorie abgeleitete Aspekt der Trauerbegleitung, der rasche Beginn, wird somit nur zum Teil in der Arbeit des Zentrums für trauernde Kinder e. V. in Bremen umgesetzt. Prinzipiell werden Maßnahmen gesetzt, um die Betroffenen so rasch wie möglich auf das Hilfsangebot aufmerksam zu machen. Eine zu frühe Konfrontation mit dem Verlusterlebnis wird von der Leiterin des Zentrums für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. als nicht förderlich betrachtet. Die erste Phase der Trauer, die Schockphase, stellt ihrer Ansicht nach eine Schutzfunktion dar, in der das Kind oder der Jugendliche noch nicht in der Lage ist, sich mit dem Verlust zu konfrontieren. Es wird aufgrund folgender Aussage angenommen, dass Kinder und Jugendliche, die noch nicht bereit sind, sich mit dem Verlust zu konfrontieren, nicht an den Gruppentreffen teilnehmen können:

„Jetzt die letzte Zeit ist es sehr viel früher. Also da haben wir viele Familien aufgenommen, ähm die nach ein, zwei Wochen kommen. Also und... Das kann gehen, das kann aber auch nicht gehen. (...) Aber es ist auch manchmal so, dass die Kinder sich noch nicht öffnen können, weil die erste Phase der Trauer ist auch oft Schutz, man kann's nicht einfach so zulassen und da macht's keinen Sinn da im Kreis zu sitzen mit anderen Kindern, die erzählen wer alles gestorben ist. Das kann man aber auch am Schnuppervormittag sehr gut feststellen ob die Kinder sich öffnen können oder ob sie zumachen. Die haben ja einfach noch die Gabe relativ schnell zu zeigen was sie wollen oder was sie nicht wollen und dann ist es so, dass wir dann natürlich auch mitentscheiden sozusagen“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Offen bleibt dabei jedoch woran die Gruppenleiterin merkt, wann ein Kind bereit ist sich zu öffnen und zu trauern und welche weiteren Maßnahmen gesetzt werden, wenn ein Kind noch nicht bereit ist in die Gruppe zu kommen.

6.2. Analyse: Einschätzen der geeigneten Hilfsmaßnahmen (weiterführende Therapie notwendig?)

a) Einschätzen der erforderlichen Unterstützungsmaßnahmen

b) Maßnahmen der Intervention und Methoden an die Gegebenheiten anpassen

Das Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e.V. leitet Kinder und Jugendliche, die ihrer Meinung nach weiterführende Hilfe benötigen, an psychotherapeutische Behandlung weiter. Dazu werden jedoch keine Hilfsmittel in Form von Tests oder Diagnosekategorien (siehe Teil I Kapitel 3.2) verwendet. Die Einschätzung erfolgt lediglich aufgrund der bisherigen Erfahrung der Gruppenleiterinnen und Aussagen der Kinder oder deren Angehörigen.

„Also, das ist natürlich auch schwer für uns das zu erkennen. Ähm, weil ich mein, wir sehen sie ja auch nicht so oft. Jede vierzehn Tage ist nicht so viel. Aber es ist natürlich so, dass es in den Gruppen auch sehr intensiv ist, weil es natürlich ein sehr intensives Thema ist und wir haben natürlich auch den Vorteil, dass wir die Kinder in den Räumen betreuen aber halt auch gleichzeitig die Eltern in der Angehörigengruppe, die halt auch über sich reden, über ihre Probleme natürlich, was ja auch pädagogisch angeht also oft sind es ja auch pädagogische Probleme. Aber natürlich auch, dass sie sagen: das geht jetzt gar nicht oder mein Kind ist so zappelig, das geht in der Schule gar nicht mehr. Ähm oder es gibt natürlich auch Sachen wo die Eltern uns melden: mein Kind sagt jetzt schon, hat jetzt schon ein paar Mal gesagt: Es will auch nicht mehr leben. Da ist es natürlich so, dass wir da reagieren müssen. Und ähm da ist es so, da gucken wir was kann's geben “ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Ein Problem, das dabei in Bremen - so Alefeld-Gerges (8. 5. 2008) - leider auftritt ist, dass es zu wenig Kinder- und Jugendpsychotherapeuten gibt, um die Nachfrage zu decken und es somit zu langen Wartezeiten von bis zu einem Jahr kommen kann. Um Familien in Notlagen dennoch rasche Hilfe zu gewährleisten, werden im Zentrum selbst Einzelberatungen durchgeführt oder an die staatliche Erziehungsberatungsstelle, welche sich im selben Gebäude befindet und deshalb enger Kontakt herrscht, weitergeleitet.

„Und da muss man halt engere Wege finden. Also wir versuchen dann Einzelberatung auch noch hinzubekommen, ähm das ist natürlich immer ein großer Aufwand. Wir haben die Erziehungsberatungsstelle, die da sehr flexibel sind. Zumindest hier zwei – also es gibt halt stadtteilebezogen diese Erziehungsberatungsstellen.

Bei manchen haben wir nicht so guten Kontakt, da ist es schwieriger, aber hier, in diesem Stadtteil, wo wir halt engen Kontakt haben, da ist es halt einfach zu sagen, die Familie braucht jetzt sofort Hilfe, die kann jetzt nicht noch ein halbes Jahr auf nen Termin warten. Weil, das wissen Sie selber, das ist halt so, wenn die in Not sind dann kann man nicht sagen: Sie müssen jetzt mal ein Jahr warten. Und was wir nicht abdecken können müssen wir halt dann sagen: Versucht's einfach bei nem Psychologen, aber das ist immer sehr unbefriedigend, man weiß, dass die dann halt auch ein Jahr warten müssen “ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

An Psychotherapeuten wird somit ungern weitergeleitet, betont Alefeld-Gerges (8. 5. 2008), da es hierbei zu langen Wartezeiten kommt und dies den Familien somit nicht sehr hilfreich ist. Darüber hinaus gibt es jedoch auch eine Institution in Oldenburg, welche Traumatherapie anbietet und somit eine geeignete Anlaufstelle für Familien in einer Notsituation darstellt.

„Aber wir arbeiten natürlich auch direkt zusammen, wo wir wissen, die sind ganz gut. Wir haben jetzt einige Fälle wo's ja auch Richtung Trauma geht und da haben wir halt in Oldenburg ein super Institut, was sich in Traumatherapie spezialisiert hat, die auch mit EMDR arbeiten und da empfehlen wir auch gerne. Weil wir wissen, dass die dort sehr gut aufgehoben sind“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Auf die Frage, woran die Gruppenleiterin erkennen kann, dass weiterführende Hilfe notwendig sei, antwortete sie folgendermaßen:

„Also man merkt ja, wenn man die Kinder begleitet, ob man sie erreichen kann. Oder jetzt zum Beispiel wenn ein Trauma vorliegt, da merkt man relativ schnell, die driften dann schnell ab und man kann sie nicht mehr erreichen. Dann merkt man einfach, dass man das da in der Gruppe nicht aufarbeiten kann. Das ist natürlich – sie kann ja weiter in die Gruppen kommen – aber da ist natürlich klar, dass sie einfach mehr Hilfe braucht und ähm. Oder in meiner Selbsttötungsgruppe habe ich viele Kinder, die einfach mehr brauchen als jede 14 Tage zu so einer Gruppe die eineinhalb Stunden, weil sie einfach ne Therapie brauchen. Weil sie einfach das Erlebte nicht verarbeiten können. Das können sie natürlich nur teilweise bei uns, aber unsere Erfahrung ist natürlich gerade auch in der Selbsttötungsgruppe, dass das ja nicht erst – also sozusagen – nachdem der Trauerfall eingetroffen ist schwierig ist, sondern es war ja auch vorher schon schwierig. Also, dass auch da schon Sachen passiert sind, die nicht ideal waren für die Kinder und dass man da natürlich alles jetzt auf die Trauer schieben kann. Das macht auch keinen Sinn. Sondern dass man da guckt: hier könnt ihr eure Trauer bearbeiten, aber da gibt es auch noch andere Stellen, wo ihr besser aufgehoben seid mit anderen Problemen“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Aus den Unterlagen der Dougy Center, die als theoretische Grundlage des Zentrums in Bremen dienen, geht als theoretische Annahme diesbezüglich hervor, dass „Abwehr“ als ein natürlicher Schutzmechanismus gegen physische und psychische Bedrohung bei Kindern gesehen wird. Abwehrmechanismen können sich auf verschiedenste Arten zeigen, zum Beispiel durch schützende Verhaltensweisen oder durch mehr Energie, die es dem Kind ermöglicht, diese schwierige Zeit zu überstehen. Solange das Kind oder Angehörige dadurch nicht leiden, ist die Aufgabe der UnterstützerInnen lediglich, diese Abwehr zu akzeptieren und zu respektieren. Die folgende Tabelle soll mögliches Abwehrverhalten und die

entsprechenden Hilfestellungen darstellen (Facilitator Skills Manual, S. I – 13 ff, Übersetzung d. Verf.).

Auswirkungen von Abwehr	Verhalten	Hilfe
Verhaltensauffälligkeit	Vermehrte körperliche Aktivität, Verbale Konflikte, Zerstörungswut, Regelverstöße;	Dem Kind soll ermöglicht werden sich auf sichere Art und Weise auszudrücken. (z.B. Sport, Boxsäcke, Kunst,...) Ein sicherer Rahmen soll gegeben sein
Höhere Leistung	Versucht immer gut zu sein, Perfektionismus, versucht Erwachsenenrollen anzunehmen;	Das Kind zum Spielen auffordern. Wenn man vom Kind aufgefordert wird, soll man mitspielen.
Rückzug	Das Kind ist auffällig ruhig, depressiv, nicht aktiv, teilnahmslos;	Mit dem Kind über sein Verhalten sprechen. Dem Kind zu verstehen geben, dass man als Ansprechperson erreichbar ist.

Tab. 3: (Facilitator Skills Manual, S. I – 15)

Demzufolge ist ein gewisses Leidenspotenzial ausschlaggebend für die Notwendigkeit einer weiterführenden Behandlung in Form von Psychotherapie.

Eine weitere Tabelle vergleicht, welche Anzeichen von Trauer weitere Hilfsmaßnahmen erfordern und welche als normale Anzeichen von Trauer zu bewerten sind.

Anzeichen normaler Trauer	Anzeichen komplizierter Trauer
Protest, Schock, Verleugnung, Taubheit, Unglauben	Verharren in Unglauben und Verleugnung mit verspäteter oder ausbleibender Trauer
Traurigkeit und Schuldgefühle, aber der Selbstwert ist intakt	Depressionen mit beeinträchtigtem Selbstwert, Selbstmordgedanken und selbstdestruktivem Verhalten
Somatische Symptome ohne krankhafte Auswirkungen auf den Körper	Krankhafte Auswirkungen auf den Körper und Erkrankung
Das Gefühl der Unwirklichkeit und Rückzug von der Umgebung	Zunehmende soziale Isolation

Anzeichen normaler Trauer	Anzeichen komplizierter Trauer
Wut und Reizbarkeit	Andauernder Ärger und soziale Anfeindung bis hin zu paranoiden Reaktionen, vor allem gegen Personen, die den Verstorbenen versorgten, wie Ärzte etc. oder sonstige Anzeichen von unterdrückter Aggression und Reizbarkeit
Unterbrechung von normalen Verhaltensmustern, Unruhe, Ziellosigkeit, automatisiertes Verhalten, Verwirrtheit, Konzentrations-schwierigkeiten, Erinnerungsverlust, Arbeitswut	Anhaltende Unterbrechung von normalen Verhaltensmustern, oft mit andauernder Hyperaktivität ohne Gefühle von Verlust oder Trauer
Beschäftigung mit Erinnerungen an den Verstorbenen, Träume vom Verstorbenen, Halluzinationen, Angst verrückt zu werden	Anhaltende Beschäftigung mit Erinnerungen an den Verstorbenen bis hin zum Wunsch der Wiedervereinigung
Identifikation mit einigen Handlungsweisen und Fähigkeiten des Verstorbenen	Übernahme der Symptome des Verstorbenen

Tab.4: (Facilitator Skills Manual, I – 22, Übersetzung d. Verf.)

Nach diesen Anhaltspunkten kann ebenfalls entschieden werden, wann ein Kind weiterführende Unterstützung in Form von Therapie benötigt.

Die Kinder können parallel zu einer Therapie in das Zentrum kommen, dabei wird jedoch auch darauf geachtet, ob dies eine sinnvolle Ergänzung darstellt:

„Es gibt aber auch Fälle, wo man sagt, das macht keinen Sinn. Lieber erst auf die Therapie konzentrieren und dann könnt ihr wieder kommen. Ähm das gibt es auch. Das muss man also auch fallbedingt – von Fall zu Fall sehen. Es geht ja auch darum, was das für ne Therapie ist. In diesem Fall war’s ne Analyse, da ist das Kind drei Mal in der Woche da hingegangen, dann ist es auch zu viel irgendwann“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Das Angebot in den Trauergruppen läuft nach einem festgelegten Schema ab. Wie bereits weiter oben erklärt, gliedert sich das Gruppentreffen in eine Begrüßungsrunde mit eventuell

anschließenden Arbeitsmaterialien, der Freispielphase, welche den Hauptteil der Arbeit darstellt, und einer Abschlussrunde mit allen Beteiligten, auch den Angehörigen. Alefeld-Gerges (8. 5. 2008) betont, dass dieser immer gleiche Ablauf als Ritual anzusehen ist, das den Kindern Struktur und somit Sicherheit geben soll. Sie erläutert weiter, dass die Methode des Spiegeln die Kinder und Jugendlichen dazu anregt, sich häufig noch etwas mehr zu öffnen und mit anderen Kindern oder den freiwilligen MitarbeiterInnen ins Gespräch zu kommen. Ein Anpassen des Ablaufes oder der Methoden erfolgt somit in den Trauergruppen nicht. Auch spezielle Themen zur Trauer werden nicht oder nur selten vom Zentrum aktiv in den Trauergruppen besprochen.

„Also außerhalb von dem, was ich erzählt hab, ist es schon so, dass manchmal ein Freiwilliger sagt: Ich hab was vorzulesen. Ich hab irgend ein tolles Bilderbuch über Trauer. Das bieten wir an und die Kinder können's machen, aber sie müssen's nicht machen. Oder wir haben jetzt zum Beispiel vor einem Jahr mit jemand, so nem Künstler, nen Trauerbaum entwickelt. Das ist halt ein Selbstgebauter, das haben die Kinder selbst gebaut – aus Holz. Und da kann halt jeder ein Blatt dran hängen für die verstorbene Person. Das machen die Kinder manchmal und manchmal machen sie's halt nicht. Aber wir würden jetzt niemals sagen, heute machen wir alle das und das. Wir bieten Sachen an und die Kinder können's machen oder auch nicht machen“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

In der Selbsttötungsgruppe werden nach der Begrüßungsrunde jedoch häufig Themen vom Zentrum angesprochen, die anschließend von den Kindern selbständig, in Begleitung einer freiwilligen MitarbeiterIn oder in der Gruppe bearbeitet werden. Dies soll, laut Alefeld-Gerges (8. 5. 2008), vor allem dazu dienen, sich mit auftretenden Fragen über das „Warum“ des Suizids auseinanderzusetzen und auftretende Schuldgefühle der Kinder richtig zu stellen. Dies erfolgt zumeist anhand des bereits weiter oben beschriebenen Arbeitsheftes: „Wenn sich jemand selbst getötet hat.“

In diesem Heft kann man viele Erklärungen zum Thema Selbstmord finden und Aussagen von betroffenen Kindern, die von ihren Erfahrungen berichten und ihre Gefühle schildern.

Ein Beispiel dazu soll hier zur Veranschaulichung dargestellt werden:

Als Überschrift auf der Seite steht: „Was hast du für Fragen?“ In weiterer Folge stehen offene Sätze, die die Kinder weiter führen sollten: „Ich möchte gerne wissen, warum...“, „Die Sache, die mich am meisten verwirrt, ist...“, „Ich kann nicht verstehen,...“, „Mir hat keiner gesagt,...“ (Wenn sich jemand selbst getötet hat 2007, 30). Die Kinder sollten zuerst für sich die Sätze fertig stellen und sie anschließend mit einer freiwilligen MitarbeiterIn oder in der Gruppe besprechen. Wenn Kinder zuhause selbständig mit dem Buch arbeiten, sollte immer eine erwachsene Ansprechperson zur Verfügung stehen.

Diskussion:

Die Annahme Winingers und Eder-Steiners (2008, 78), dass eine akute Überforderung der individuellen Anpassungs- und Kompensationsmöglichkeiten eines Kindes oder Jugendlichen häufig zu posttraumatischen Störungen führen kann, wenn professionelle Unterstützung fehlt, lässt darauf schließen, dass die Zuweisung zu geeigneten weiterführenden Hilfsmaßnahmen, wie Psychotherapie, so rasch wie möglich erfolgen sollte, wenn diese benötigt wird. Die Indikationsstellung ist deshalb von entscheidender Bedeutung.

Die Weiterleitung an PsychotherapeutInnen oder anderer weiterführender Unterstützung erfolgt im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. aufgrund von Aussagen der Kinder und deren Angehörigen sowie dem Verhalten der Kinder, welche von den Gruppelleiterinnen als besorgniserregend eingestuft werden. Die Einschätzung dieser basiert einerseits auf den Erfahrungen der Gruppenleiterinnen, andererseits aber auch auf den theoretischen Ausführungen der Dougy Center, wie oben beschrieben wurde. Dabei erfolgt jedoch keine Indikationsstellung im tatsächlichen Sinne, da keine Zuteilung zu bestimmten therapeutischen Interventionsmaßnahmen erfolgt. Viel mehr geht es darum, zu entscheiden, ob überhaupt weiterführende Unterstützung im Sinne von Psychotherapie oder Erziehungsberatungsgesprächen notwendig ist oder nicht.

Wie bereits in Kapitel 3.2. ausführlich erklärt, haben Datler und Freiling (2006, 329 – 346) fünf diagnostische Kategorien erörtert, die es ermöglichen sollten, eine Indikationsstellung bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen vorzunehmen. Diese werden hier noch einmal angeführt, um einen Vergleich mit den Kriterien für die Vermittlung von weiterführenden Unterstützungsmaßnahmen im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. zu ermöglichen.

„A) Kinder und Jugendliche, die bislang eine gesunde Entwicklung durchliefen, nun aber traumatische Erfahrungen machten und nahezu unmittelbar nach dem traumatischen Erlebnis Krisenintervention erhalten.

B) Kinder und Jugendliche, die zunächst eine gesunde Entwicklung durchliefen, vor längerer Zeit traumatische Erfahrungen machten und im Anschluss daran keine adäquate Hilfe in Gestalt von Krisenintervention erhielten, um das Trauma zu verarbeiten.

C) Kinder und Jugendliche, die bereits eine pathologische Entwicklung durchlaufen haben, vor kurzer Zeit (eventuell neuerliche) traumatische Erfahrungen machten und nun - nahezu unmittelbar nach dem (neuerlichen) traumatischen Erlebnis – professionelle Hilfe erhalten.

D) Kinder und Jugendliche, die bereits eine pathologische Entwicklung durchlaufen haben, nun (eventuell neuerliche) traumatische Erfahrungen machten und im Anschluss daran keine adäquate Hilfe in Gestalt von Krisenintervention erhielten, um das Trauma zu verarbeiten.

E) Kinder und Jugendliche, die sich in besorgniserregender Weise entwickeln und denen in weiterer Folge traumatische Erfahrungen zugeschrieben werden, damit es für die Kinder und Jugendlichen bzw. deren Bezugspersonen möglich wird, unter primärem Verweis auf die scheinbar bereits eingetretenen oder auch drohenden Folgen dieser vermeintlichen traumatischen Erfahrungen psychotherapeutische Hilfe anzubahnen oder anzunehmen“ (Datler; Freilinger 2006, 329 – 346) .

Vergleicht man Aussagen Beate Alefeld-Gerges' (8. 5. 2008) über ihre Erfahrungen mit den oben angeführten Indikationskategorien, ist zu erkennen, dass dabei zwar ähnliche Aspekte zu Tragen kommen, um die Kinder an eine Psychotherapie weiter zu verweisen, eine Indikationsstellung kann jedoch nicht erfolgen. So enthält etwa die folgende Aussage Aspekte der Kategorien C oder D des Indikationsschemas:

„Oder in meiner „Selbsttötungsgruppe“ habe ich viele Kinder, die einfach mehr brauchen als jede 14 Tage zu so einer Gruppe die eineinhalb Stunden, weil sie einfach ne Therapie brauchen. Weil sie einfach das Erlebte nicht verarbeiten können. Das können sie natürlich nur teilweise bei uns, aber unsere Erfahrung ist natürlich gerade auch in der Selbsttötungsgruppe, dass das ja nicht erst – also sozusagen – nachdem der Trauerfall eingetroffen ist schwierig ist, sondern es war ja auch vorher schon schwierig. Also, dass auch da schon Sachen passiert sind, die nicht ideal waren für die Kinder und dass man da natürlich alles jetzt auf die Trauer schieben kann. Das macht auch keinen Sinn. Sondern, dass man da guckt: hier könnt ihr eure Trauer bearbeiten, aber da gibt es auch noch andere Stellen, wo ihr besser aufgehoben seid mit anderen Problemen“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Es lässt sich daraus ablesen, dass bereits vor dem Verlusterlebnis in der Familie des Kindes oder des Jugendlichen Probleme angenommen werden, die nicht durch Trauerbegleitung behoben werden können. Deshalb wird in diesem Falle weiterführende Unterstützung durch Psychotherapie empfohlen. Vorrangig wird jedoch dabei auf Aussagen der Kinder oder deren Angehörigen über Selbstmordgedanken geachtet und auf aktuelles pathologisches Verhalten der Kinder, wie etwa in der oben angeführten Tabelle veranschaulicht wurde.

„(...) wir haben natürlich auch den Vorteil, dass wir die Kinder in den Räumen betreuen aber halt auch gleichzeitig die Eltern in der Angehörigengruppe, die halt auch über sich reden, über ihre Probleme natürlich, was ja auch pädagogisch angeht also oft sind es ja auch pädagogische Probleme. Aber natürlich auch, dass sie sagen: das geht jetzt gar nicht oder mein Kind ist so zappelig, das geht in der Schule gar nicht mehr. Ähm oder es gibt natürlich auch Sachen wo die Eltern uns melden: mein Kind sagt jetzt schon, hat jetzt schon ein paar Mal

gesagt: Es will auch nicht mehr leben. Da ist es natürlich so, dass wir da reagieren müssen. Und ähm da ist es so, da gucken wir was kann's geben “ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Kriterien, wie die Zeitspanne zwischen Verlusterlebnis und dem Einsetzen von Unterstützungsmaßnahmen bzw. der Art der Unterstützung oder das Vorliegen einer pathologischen Persönlichkeitsstruktur, werden nicht beachtet. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V., im Gegensatz zur Boje, keine Psychotherapie angeboten wird und keine PsychotherapeutInnen beschäftigt sind, weshalb keine genaue Indikationsstellung möglich ist und deshalb nur die Zuteilung zu weiterführenden Maßnahmen, wenn notwendig, praktiziert werden kann.

Die Unterstützungsmaßnahmen im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. werden nicht an etwaige Problemlagen der einzelnen Kinder angepasst, wie es in der Boje geschieht. Gegenteilig wird der immer gleich bleibende Ablauf als Ritual gesehen, welches den Kindern Struktur und Sicherheit geben soll und wird somit als Methode des Zentrums eingesetzt. Es wird sogar der umgekehrte Ansatz vertreten, nämlich dass die Kinder entscheiden, welche Maßnahmen sie ergreifen wollen, um ihrer Trauer Ausdruck zu verleihen und sie so verarbeiten können. Bis auf wenige Vorgaben in der „Selbsttötungsgruppe“ wird darauf geachtet, möglichst wenig Themen vorzugeben. Dieser nondirektive Ansatz kann wiederum in der Theorie der personenzentrierten Psychotherapie nach Rogers gefunden werden.

6.3. Analyse: Aufbau einer sicheren Beziehung / eines sicheren Rahmens / Angstreduktion und Stützung

a) Vertrauen aufbauen

b) Sicheren Rahmen herstellen

c) Angst reduzieren

d) Übergangsobjekte akzeptieren oder zur Verfügung stellen

e) Ehrlicher, authentischer Umgang mit den Betroffenen, keine Gefühle vorspielen

f) Kompetenz ausstrahlen / Den Betroffenen das Gefühl von Sicherheit und

Stabilität vermitteln / die Sicherheit vermitteln, dass alles wieder gut wird / „stellvertretende Hoffnung“, aber die Ereignisse nicht verharmlosen oder herunterspielen

Beate Alefeld-Gerges (8. 5. 2008) nimmt an, dass die Arbeitsweise des Zentrums für trauernde Kinder und Jugendliche e. V., wonach die Kinder und Jugendlichen nicht gezwungen werden bestimmte Aktivitäten durchzuführen und der Grundsatz - „Wer nichts sagen will, muss nichts sagen“ - erheblich dazu beitragen, dass die Kinder und Jugendlichen schnell Vertrauen aufbauen. Darüber hinaus trägt auch das Gemeinschaftsgefühl, welches entsteht, weil auch die anderen Kinder Verlusterlebnisse gemacht haben, dazu bei, dass diese Kinder und Jugendlichen schnell vertrauen können und Freundschaften schließen.

„Aber wir wollen halt den Kindern wirklich nur den Platz geben für ihre Trauer und das merken sie sehr schnell und sie haben natürlich auch Vertrauen zu den anderen Kindern und das geht auch sehr schnell. Also ich weiß das vom Kindergarten und der Schule, ist es ja nicht immer so einfach, Freunde zu finden. Aber bei uns in den Gruppen ist das sehr, sehr schnell. Also, dass die halt merken, da gibt's Kinder, die was Ähnliches erlebt haben. Und das gibt so ne Gemeinschaft“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Ein weiterer Grund dafür ist der, dass es häufig intensive Gespräche gibt, welche die Gefühle der Kinder thematisieren. Außerdem wird immer wieder betont, dass die Trauergruppen einen geschützten Raum für die Kinder darstellen, worauf die Gruppenleiterinnen streng achten.

„Und es ist natürlich durch dieses intensive Gespräch und weil es auch immer um Gefühle geht – ist es natürlich auch so, dass da schnell – mh ja Vertrauen entsteht. Es ist für die Kinder wichtig – wir sagen das ja auch immer, dass es ein geschützter Raum ist und das probieren sie auch aus, ob das so ist. Also wir sagen auch ganz klar: Wir sagen den Eltern nicht, was hier passiert. Ihr könnt natürlich alles erzählen, was ihr zuhause erzählen möchtet, aber wenn ein Elternteil jetzt zu mir kommt und fragt: Was hat mein Kind denn heute gemacht. Das sag ich nicht. Ähm und das überprüfen die manchmal. Eltern sind ja so – viele Eltern kommen und fragen und da haben die Kinder schon ein großes Ohr und gucken, ob das auch wirklich da bleibt, in dem Raum. Und da gewinnen wir, denk ich, auch Vertrauen, dass wir da sehr, sehr streng sind. Es ist oft so, dass die Eltern auch noch mal eben auf die Toilette gehen und oft noch auf dem Flur stehen bleiben und da sind wir sehr streng. Die schicken wir sofort wieder in ihren Raum. Mit der Begründung: Dass die Kinder – der Raum ist für die Kinder. Die Kinder können natürlich jederzeit zu den Eltern, wenn sie möchten, aber nicht andersrum“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Als weitere Aspekte für Sicherheit und Vertrauen können die Regeln gesehen werden, die während eines Gruppentreffens eingehalten werden müssen:

- Alles, was gesprochen wird, bleibt im Raum.
- Niemand wird ausgelacht.
- Jeder hat das Recht zu schweigen.

- Jeder hat das Recht, "Halt" zu sagen, und die anderen nehmen dies ernst.
- Jeder hat das Recht, für sich zu sein.
- Kein Schlagen oder Stoßen anderer.
- Kein Kind ist ohne einen Erwachsenen.
- In der Begrüßungs- und Abschiedsrunde höre ich zu, wenn die anderen reden! (vgl. Dougy Center 2008)

All diese Regeln sollen dazu beitragen, aus den Gruppentreffen einen geschützten Raum für die Trauer der Kinder zu schaffen. Die Gruppenleiterinnen lesen die Regeln immer wieder zu Beginn der Gruppentreffen vor und achten darauf, dass sie auch wirklich eingehalten werden. Die Tatsache, dass immer ein Angehöriger mit dabei ist und sie somit jederzeit zu diesem gehen können, stellt ebenfalls einen wesentlichen Faktor für das Sicherheitsempfinden der Kinder und Jugendlichen dar.

Längerfristige interpersonale Beziehungen zwischen einer freiwilligen MitarbeiterIn oder Gruppenleiterin und einem Kind oder Jugendlichen entstehen nicht.

„Wir haben immer ähm Kinder, die phasenweise immer mit einem sein wollen – und das ist auch ok, weil sie dann meistens was abarbeiten. Ähm und aber in der Regel kann man sagen – kommen die Kinde,r um bei uns was zu machen, und wer sie da begleitet, ist ihnen egal – das kann man wirklich so sagen. Wir machen ja in dem Sinne keine Beziehungsarbeit“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Die Kinder können auch Kuscheltiere oder Erinnerungsstücke mit in die Gruppe nehmen, um etwas Vertrautes bei sich zu haben. Das Mitbringen von Erinnerungsstücken der Verstorbenen stellt sogar eine Arbeitsmethode des Zentrums dar:

„(...) aber das machen wir eigentlich schon in regelmäßigen Abständen, dass wir sagen: So und nächstes Mal nehmt mal alle ein Erinnerungsstück mit. Und, dass die das halt nach dem Begrüßungskreis vorstellen: ich hab heute das und das mit und uns auch sagen was das ist. Und ähm, das ist ja auch unsere Aufgabe, dass man Erinnerungen gute und halt auch schlechte äh zum Thema machen kann, damit man's irgendwie verarbeiten kann. Und ähm, ich denke das ist meine Erfahrung, dass gerade wenn man die Sachen die einen – also wenn man die Trauer nicht raus lässt und die Trauer nicht bearbeitet, dann sind die auch guten oft weg. Und deswegen ist es wichtig, dass man zum Thema macht – dann erinnert man sich auch an die schönen Sachen – dann wird's auch ein bisschen einfacher“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Der ritualartige Ablauf der Gruppentreffen soll, wie schon weiter oben erwähnt, Struktur und somit Sicherheit für die Kinder schaffen. Aber auch andere Rituale werden in den Gruppentreffen durchgeführt, zum Beispiel, wenn ein Kind die Gruppe verlässt:

„Also wir haben zum Beispiel ein Abschlussritual, wenn die Kinder gehen. Ähm dann ist es so, dass – wir haben da so ne Schale mit Perlen und das Kind was geht kriegt ne Kette und jedes Kind im Kreis und auch jeder Freiwillige sucht ne Perle aus und wünscht dem Kind damit irgendetwas und oder kann auch sagen: Ich fand immer dein Lachen toll. Ähm und das ist einfach und dann fädelt man halt die Perle auf und das geht einmal rum und dann hat das Kind einfach ne Kette oder ein Armband“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Das Zentrum schließt in den Sommer- und Winterferien zu und veranstaltet vorher zur Verabschiedung folgende Rituale:

„Und vor den Sommerferien haben wir jetzt letztes Jahr zum Beispiel so Gasluftballons mitgebracht und dann konnte jeder einen Brief schreiben an die verstorbene Person und dann sind wir halt nach draußen gegangen und haben die steigen lassen. Jeder, der wollte, konnte das noch vorlesen oder wir haben auch schon mal Flaschenpost geschrieben, dass jeder ne Flaschenpost schreibt und wir das dann halt ins Wasser werfen. Und im Winter – also vor den Weihnachtsferien machen wir das halt immer so, dass wir ein Kerzenritual machen, dass wir dann sehr viel eher zusammen kommen und mit den Erwachsenen und jeder kann halt eine Kerze anzünden oder auch mehrere ähm für die verstorbene Person oder für ein Haustier ist oft dann immer noch Thema ähm. Manche Kinder machen auch 5 Kerzen an. Also jeder der möchte kann halt ne Kerze anmachen für wen dann auch immer. Das sind so unsere Rituale“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Diskussion:

Wie bereits in Kapitel 3.3.3. erklärt, betont Van der Kolk (1998, 42), dass die nachhaltigste Auswirkung des Traumas auf die Psyche vermutlich im Verlust der Fähigkeit zur Selbstregulation liege. Er sieht daher als Folgerung, dass der Scherpunkt der Behandlung auf der Entwicklung von interpersonaler Sicherheit gelegt werden müsse, da sichere Bindungen die wichtigste Voraussetzung dafür seien, dass Kinder ihre inneren Zustandsänderungen regulieren lernen.

Im Zentrum für trauernde Kinder e. V. wird sehr wohl darauf Wert gelegt, aktiv Sicherheit und Vertrauen herzustellen, jedoch werden keine längerfristigen interpersonalen Beziehungen zwischen den Kindern und den MitarbeiterInnen des Zentrums aufgebaut. Es besteht zwar immer wieder intensiver Kontakt mit einzelnen MitarbeiterInnen, die Zusammenarbeit ist aber nicht auf eine bestimmte Person fixiert. Die folgende Aussage von Beate Alefeld-Gerges macht dies noch einmal deutlich:

„Wir haben immer ähm Kinder, die phasenweise immer mit einem sein wollen – und das ist auch ok, weil sie dann meistens was abarbeiten. Ähm und aber in der Regel kann man sagen – kommen die Kinder um bei uns was zu machen und wer sie da begleitet ist ihnen egal – das kann man wirklich so sagen. Wir machen ja in dem Sinne keine Beziehungsarbeit“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Ziel des Zentrums ist es, einen sicheren Rahmen für die Kinder zu schaffen, die dort ungestört und mit Unterstützung der MitarbeiterInnen ihre Trauergefühle ausdrücken können. Um diesen sicheren Rahmen herzustellen, dienen die oben angeführten Maßnahmen, wie die Regeln für die Trauergruppen, der ritualisierte Ablauf, welcher Struktur und Sicherheit geben soll, das Mitbringen von Kuschtieren und Erinnerungsstücken und die Anwesenheit der Eltern oder Angehörigen. Dabei wird besonders auf die Anwesenheit der Bezugspersonen großer Wert gelegt, um den Kindern und Jugendlichen die Sicherheit zu geben, dass diese jederzeit für sie erreichbar sind.

Diese Maßnahme hat auch aus der Position der psychoanalytischen Theorie betrachtet wesentliche Bedeutung. So erklären Fischer und Riedesser (1998, 195), dass Traumen das Selbst- und Weltverständnis erschüttern, das sich bei Kindern noch in der Entwicklung befindet. Die Realität von Verletzung oder Behinderung in ein neues Selbstbild zu integrieren, fällt Kindern sehr schwer. Dabei ist es von Bedeutung, zwischen innerfamiliärer und außerfamiliärer Traumatisierung zu unterscheiden. Wobei traumatische Geschehnisse in der Familie das Kind zur bange Frage führen, wem noch vertraut werden kann. Die Aussage Fischer und Riedessers (1998, 195), dass der Schutz durch die Eltern eine wesentliche Rolle spielt, wenn das Ereignis das Kind von außen trifft, wie es beim Tod eines Angehörigen der Fall ist, ist dabei entscheidend. Durch die Anwesenheit der Erwachsenen haben die Kinder auch in den Trauergruppen das Gefühl, sich den schmerzhaften Erinnerungen stellen zu können und Sicherheit und Trost durch die Angehörigen zu bekommen, wenn dies notwendig ist.

Auch Sonneck (2000, 121) erklärt, dass die erste und wichtigste Voraussetzung der Kontakt sei. Eine besondere Schwierigkeit ergibt sich dann, wenn die unmittelbare Umgebung des jungen Menschen (Eltern, Lehrer, Freunde), die zumeist auch direkt von der Krise betroffen ist, anstatt sich mit ihm auseinanderzusetzen, den Jugendlichen an eine helfende Stelle „abschiebt“, so Sonneck (2000, 77). Dies äußert sich häufig dadurch, dass die Bezugspersonen eine Änderung (Besserung, Heilung) des Jugendlichen wünschen, wogegen sich der Jugendliche wehrt, um sich behaupten zu können, und seinerseits eine Änderung der anderen fordert oder zumindest erwartet. Auch dieser Aussage Sonnecks ist durch die Anwesenheit der Angehörigen entgegenzuwirken. Da die Angehörigen die Kinder nicht

abschieben, sondern selbst an der eigenen Trauer arbeiten und jederzeit für die Kinder oder Jugendlichen als Vertrauensperson vor Ort sind, müssen diese auch nicht das Gefühl haben, abgeschoben zu werden. Dies dürfte dazu beitragen, dass sie sich nicht wehren müssen und so schneller Vertrauen aufbauen können.

Viele Kinder und Jugendliche, die in einer Kriseninterventionsstelle vorgestellt werden, beschreiben auch Wininger und Eder-Steiner (2008, 83), kommen nicht auf eigenen Wunsch, sondern werden von besorgten Erwachsenen dazu angehalten. Deshalb kann bei Kindern und Jugendlichen, die mit der Boje in Kontakt kommen, keine grundsätzliche Bereitschaft zur Zusammenarbeit vorausgesetzt werden. Diese muss meist erst erarbeitet werden, wobei dieses Unterfangen mitunter dadurch erschwert ist, dass psychologische und psychotherapeutische Einrichtungen für Heranwachsende oftmals stark negativ besetzt und mit großen Ängsten verbunden sind. Deshalb fürchten viele Kinder und Jugendliche, von Therapeuten durchschaut und gleichsam „psychisch entblößt“ zu werden, oder meinen, dass Psychotherapie nur etwas für Verrückte sei. Für Kinder und Jugendliche kommt die Anbindung an eine psychotherapeutische Einrichtung daher oftmals einer Krankheitszuschreibung gleich und wird bewusst oder unbewusst als Bestrafung für etwaige Symptome erlebt. Daher zählt es zu den zentralen Aufgaben, Vertrauen herzustellen und allfällige Vorurteile auszuräumen.

Die soeben beschriebene Problematik spielt beim Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. keine Rolle. Da keine Psychotherapie durchgeführt wird, müssen die Kinder und Jugendlichen nicht befürchten, durchschaut zu werden oder sich stigmatisiert fühlen. Die MitarbeiterInnen des Zentrums müssen somit nicht gegen die Vorurteile der Kinder und Jugendliche ankämpfen.

Bogyi (1999a, 110) erklärt, dass sich Kinder häufig einen Gegenstand, der dem Toten gehörte, aussuchen, um ihn dann als Übergangsobjekte zu benutzen. Dieser unterstützt sie nicht nur beim Erinnern an die verstorbene Person, sondern kann vor allem auch ein Stück Trost und Sicherheit für sie bedeuten.

Dies ist auch im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. möglich und soll zum Aufbau von Sicherheit und Vertrauen beitragen. Methodisch werden Gegenstände in die Arbeit miteinbezogen, um die Kinder und Jugendlichen bei der aktiven Erinnerungsarbeit an die Verstorbenen zu unterstützen und somit wieder ein Stück ihrer eigenen Trauer zu durchleben.

Riecher-Rössler et al. (2004, 36) ergänzen, dass es für den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung wichtig sei, auf die Probleme und Sorgen des Patienten möglichst

gut einzugehen. Der Patient erwartet vom Therapeuten aber auch, dass er die Situation kontrolliert und sich nicht ebenfalls von der Problematik überwältigen lässt.

Diese Feststellung hat damit zu tun, wie der Mitarbeiter oder die Mitarbeiterin des Zentrums mit der eigenen Trauer und den dazugehörigen Gefühlen umgehen kann. Da dieser Aspekt unter Punkt 6.6., dem Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung, genauer behandelt wird, soll an dieser Stelle darauf verwiesen werden.

Der Aspekt des Aufbaus einer sicheren Beziehung zu einer Person, welcher in der Arbeitsweise der Individualpsychologie ein sehr wesentlicher ist, wird in der Arbeit des Zentrums für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. demnach nicht umgesetzt. Der Aufbau eines sicheren Rahmens und von Vertrauen wird jedoch sehr wohl als Grundlage angesehen, um es den Kindern zu ermöglichen, ihre Trauergefühle auszudrücken.

6.4. Analyse: Positive kindliche Verarbeitungsmechanismen unterstützen / Unterstützen beim integrieren des Traumas in ein inneres Weltmodell / den Tod realisieren helfen

- a) Dem Kind den Tod realisieren helfen*
- b) Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis*
- c) Gedanken und Gefühle dazu bearbeiten oder besprechen*
- d) Schuldzuschreibungen richtig stellen*

Wie bereits weiter oben beschrieben, ist eine Annahme der Dougy Center die, dass drei Traueraufgaben bestehen, wobei die erste davon lautet: Verstehen, dass die geliebte Person tot ist. Wie das Dougy Center diese Aufgabe definiert und weiter damit umgeht wird nun näher beschrieben.

Erste Aufgabe: Verstehen, dass die geliebte Person tot ist.

- Kinder sollen wissen, was passiert ist. Sie sollen auf ehrliche, direkte Art vom Tod informiert werden, um zu verstehen, dass die geliebte Person gestorben ist. Neugier auf die Todesursache und alles, was damit zusammenhängt, sind hilfreiche Elemente des Trauerprozesses.
- „Tod“ ist ein abstraktes Wort, Kinder und Jugendliche brauchen Zeit, um es zu verstehen.. Sie benutzen dieses Wort lange bevor sie es begreifen.
- Kinder glauben, dass die verstorbene Person nur vorübergehend verschwunden ist. Es entsteht also eine Verzögerung zwischen der Bekanntschaft mit dem Wort „Tod“ und

dem Auftreten der damit zusammenhängenden Gefühle. Je jünger das Kind ist, umso länger ist die Zeitspanne dazwischen.

- Der Prozess des Trauerns ist zyklisch. Kinder trauern immer wieder in täglichen, monatlichen und jährlichen Abständen, so wie immer und überall in ihrem Leben.
- Kinder neigen dazu die eigenen Konzepte vom Leben zu generalisieren. („Vater ist im Krankenhaus gestorben, also sterben alle Leute, die ins Krankenhaus kommen.“) erst mit der Zeit passen sie ihre Konzepte der Realität an. („Manche Leute sterben im Krankenhaus, manche werden wieder gesund und leben weiter.“)
- Die Konzepte über den Tod werden zu oft auch vom Fernsehen, von Rockmusik, von toten Tieren, die sie auf der Straße liegen sahen, etc. abgeleitet. Erwachsene tun sich häufig schwer, mit Kindern über den Tod und die damit zusammenhängenden Gefühle zu sprechen. Erwachsene sollten offene Konversation über den Tod mit Kindern betreiben und die Trauer als Anliegen sehen (vgl. Facilitator Skills Manual, I – 6, Übersetzung d. Verf.).

Unterstützung zur Bewältigung der ersten Traueraufgabe:

1. Die Familie soll sich Zeit nehmen, um über den Tod zu sprechen, egal, wie schwer dies den Erwachsenen fallen soll. Man kann dies in Form eines Erzählrituals gestalten, wo jedes Familienmitglied die Möglichkeit hat, von den Ereignissen, die Geschichten, die mit dem Tod zusammenhängen, den eigenen Erinnerungen an die verstorbene Person usw. zu erzählen.
2. Erwachsene sollen sich die Zeit nehmen, mit dem Kind darüber zu sprechen, wenn es will und zu respektieren, wenn es nicht will.
3. Das Kind soll in die eigene Trauer eingebunden werden. Es soll jedoch selbst entscheiden können, wie weit es an der Trauer, dem Schmerz den Trauerfeierlichkeiten der Erwachsenen Anteil nehmen möchte.
4. Wiederholung hilft. Sich wiederholende Fragen von Kindern sollten immer wieder geduldig beantwortet werden.
5. Das Kind soll nicht von den Krankenhausbesuchen, dem Anschauen des Toten, dem Begräbnis, dem Friedhof fern gehalten werden, wenn es dabei sein möchte. Wenn man mit dem Kind über den Tod spricht, soll man die korrekten Ausdrücke dafür verwenden und keine umschreibende Begriffe dafür zu wählen.
6. Kinder lernen von Erwachsenen, indem sie sie beobachten. Es ist für Kinder vorteilhaft, sie an der Trauer der Erwachsenen teilhaben zu lassen. Jedoch soll es nicht

geschehen, dass ein Kind als einzige Unterstützung eines trauernden Erwachsenen herangezogen wird. Das Kind wäre damit überfordert (vgl. Facilitator Skills Manual, I – 7, Übersetzung d. Verf.)!

Diese Anleitungen spielen vor allem in Beratungen mit den Angehörigen eine Rolle, aber auch im Umgang mit den Kindern und Jugendlichen in den Trauergruppen.

Alefeld-Gerges (8. 5. 2008) erläutert, dass die Kinder nie direkt auf ihr Verlusterlebnis angesprochen werden, mit Ausnahme des Begrüßungskreises, wo es zum Ritual gehört zu sagen, wie man heißt, wer gestorben ist und wie diese Person gestorben ist. Aber auch hier können die Kinder entscheiden, ob sie etwas sagen möchten oder nicht.

„Und ansonsten würde ich jetzt niemals ähm – auch wenn ich merke, das Kind ist bedrückt, oder was auch immer – sagen: Ähm – du liegt das daran, dass dein Vater gestorben ist - oder so was - möchtest du mir davon erzählen? So, da ist unser Ansatz halt, dass wir glauben, dass die Kinder wissen, wann die Zeit gekommen ist, das zu eröffnen. Ähm und da warten wir halt“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Der Ansatz des Zentrums ist also, dass die Kinder selbst „wissen“, wann und wem sie sich öffnen wollen. Alleine durch die Methode des Spiegelns wird versucht, dem Kind seine Gefühle ein Stück bewusster zu machen und es so zum Trauern anzuregen.

„Unsere Aufgabe ist es, den Weg des Kindes mitzugehen, und wenn das Kind jetzt – das ist ja auch bei den Kindern, die springen in ihre Trauer raus und wieder rein – dann ist mal so ne Frequenz, wo sie viel sagen und sie sagen auch manchmal: Oh Mensch, mit Mama war ich immer an den Bahngleisen und da haben wir gespielt und das war so schön... äh und da stellen sich halt auch oft Nachfolgefragen, die wir, aber nicht stellen. Also es ist ganz klar, dass wir das dann spiegeln, dass wir dann sagen: Du hast oft mit deiner Mutter gespielt eben auf den Bahngleisen oder neben den Bahngleisen. Auch möglichst da wirklich sehr direkt spiegeln. Äh und entweder das Kind ist so weit und kann da weiter gehen oder das Kind ist halt nicht so weit und dann ist es halt auch gut. Da ne Frage zu stellen wäre für unseren Ansatz sehr, sehr schlecht. Also da würde ich einen Freiwilligen zur Seite nehmen und sagen: So geht's nicht“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Dabei kann es in den verschiedensten Situationen dazu kommen, dass das Kind seine Trauer ausdrückt, nicht immer nur in einem Zweiergespräch mit einem freiwilligen Helfer oder der Gruppenleiterin.

„Also es kann beim Zweier – es ist aber auch beim Kicker zum Beispiel, wenn die viel Kickern ist es auch so, dass es so Phasen gibt, wo einer dann sagt: Pho ich war viel mit Papa Fußballspielen, das vermisste ich so oder solche Sachen. Das ist jetzt nicht so, dass das immer nur im Stillen passiert. Das ist auch so, dass vielleicht beim Toben, dass es da einfach Sachen gibt zum Beispiel: Ich hasse den Gott – warum hat der meinen Vater sterben

lassen. Das gibt's auch wenn andere Kinder dabei sind und manchmal reagieren die da auch drauf. Dass sie sagen: Da hast du auch Recht und so. Also da gibt's dann auch eine Dynamik“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Die freiwilligen MitarbeiterInnen verhalten sich dabei immer nach den Prinzipien des Spiegeln, wie sie in den Einschulungen des Zentrums gelehrt werden.

Diskussion:

Um den Tod eines Angehörigen verarbeiten zu können, muss er zuerst realisiert werden. Das ist die Aussage der ersten Traueraufgabe der Dougy Center. Deshalb ist es wichtig Bezugspersonen, die nicht wissen, wie sie den Kindern und Jugendlichen den Verlust nahe bringen sollen, zu beraten und darauf aufmerksam zu machen, dass die Kinder das Recht haben zu wissen, was geschehen ist. Dieser Auffassung ist auch das Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. und führt Beratungsgespräche mit Angehörigen der Kinder diesbezüglich durch.

Auch in der psychoanalytischen Literatur ist dieser Aspekt zu finden. So erklärt Bogyi (1999, 113): „Nicht bemüht sein, an der Krise vorbei zu führen, sondern ermutigen hindurchzugehen!“ Sie beschreibt weiter, dass diese Aufgabe der Trauerbegleitung als übergeordnetes Ziel aller Interventionsmaßnahmen gesehen werden kann. Der Hinterbliebene soll zur Trauerarbeit ermutigt und in der Konfrontation mit der veränderten Realität bestärkt werden, so Bogyi (1999a, 111). Die Begleitung des Trauerprozesses heißt, den Kindern Mut zu machen und sie dabei zu unterstützen, ihrer Selbstwahrnehmung mehr Raum zu lassen und ihre eigenen Bedürfnisse durchzusetzen. Die Vernachlässigung oder gar Missachtung der kreativen individuellen Selbstheilungskräfte, so die Autorin weiter, ist das, was eigentlich krank macht bei Bewältigungsprozessen. Die Stärkung und Unterstützung von Aktivität hilft, dass natürliche Trauer nicht in Depression erstarrt. „Es gibt kein ‚Pflaster auf die Trauer‘. Somit dürfen auch Kinder nicht ver-tröstet werden, sondern wollen in ihrer Trauer begleitet und gehalten werden“ (Bogyi 1999a, 112). Als Begleiter fungieren heißt helfen, dass die Betroffenen miteinander reden lernen und Gefühle voreinander zulassen, aber auch konfrontieren und respektieren, auch akzeptieren, dass Abwehrsymptome Schutzfunktion haben, und alles seine Zeit braucht. Die Konfrontation mit der Wahrheit kann befreien, unter dem Geheimhalten, dem Vortäuschen leiden viele Menschen, erläutert Bogyi (1999a, 113). Dies bedarf großer Behutsamkeit, da die individuelle Art zu trauern immer zu beachten ist. Solche Interaktionsformen zielen dann darauf ab, Menschen in die Lage zu versetzen, über den Weg der Trauerarbeit die Krisen als Chance zu sehen.

Einige Prinzipien in den Aussagen von Bogyi können auch in der Arbeitsweise der Zentren für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. gefunden werden. Hier wird versucht, den Kindern die Möglichkeit zu geben, ihre Trauer auszudrücken, wobei sich die freiwilligen MitarbeiterInnen immer so verhalten, dass sie die kreativen individuellen Selbstheilungskräfte der Kinder respektieren und mit viel Geduld akzeptieren, dass die Trauer Zeit braucht und sie die Kinder nicht zu einem bestimmten Verhalten drängen. Diese Aspekte werden zum Teil jedoch im Zentrum e.V. anhand völlig unterschiedlicher Methoden umgesetzt als in der Boje. Während dort zielgerichtet auf bestimmte Themen hingearbeitet wird, vor allem durch Gespräche, in denen die Kinder und Jugendlichen mit dem Verlusterlebnis und ihren Trauergefühlen konfrontiert werden und versucht wird, diese zu deuten, Unbewusstes in Worte zu fassen, um es für das Kind oder den Jugendlichen verständlich und integrierbar zu machen, vertraut das Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. darauf, dass die Heranwachsenden ihre Trauergefühle im Spiel zeigen und verarbeiten. Lediglich die Methode des Spiegels wird als Konfrontation gesehen, die den Kindern ihr Verhalten und ihren Ausdruck verdeutlichen soll und sie so motiviert, ein Stück mehr ihre Gefühle auszudrücken. Eine Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis wird vom Zentrum nicht aktiv herbeigeführt. Bis auf das Begrüßungsritual werden die Kinder nicht aufgefordert, über den Tod ihres Angehörigen zu sprechen. Spricht das Kind oder der Jugendliche von sich aus Gedanken oder Gefühle an, welche mit dem Verlust zusammenhängen, dann wird dies von den MitarbeiterInnen in deren Sinne gespiegelt und besprochen, wobei diese nicht nachfragen, wenn das Kind sich nicht mehr weiter mitteilen möchte. Darüber hinaus ist nicht zu vergessen, dass das Zentrum für trauernde Kinder keine Psychotherapie anbietet und somit im Sinne von Rauchfleisch (2001) nicht zielgerichtet oder mit sehr offenen Zielsetzungen arbeiten kann, um Kinder in ihrer Trauer zu begleiten.

6.5. Analyse: Ausdruck von Gefühlen fördern

- a) Ermutigen Tränen freien Lauf zu lassen*
- b) Gefühlschaos ansprechen und ordnen helfen*
- c) Tabuisierte Gefühle ansprechen und ausdrücken helfen*
- d) Ausdruck von Wut/Aggression fördern und kanalisieren*
- e) Nicht zum Äußern der Gefühle zwingen*
- f) Gefühle aushalten und als Resonanzkörper fungieren*
- g) Schuldgefühle klären helfen*

h) gesunde Reaktionen als normal bestätigen

Die Dougy Center (Facilitator Skills Manual, S. I – 16, Übersetzung d. Verf.) sind der Meinung, dass sich die Trauer eines Kindes eher im Verhalten als in Worten ausdrückt. Wut kann sich ebenso in Rebellion gegen einen Lehrer oder aber auch in Bettnässen äußern. Alpträume, eine niedrige Frustrationsschwelle und schlechtes Konzentrationsvermögen sind durchaus normale Erscheinungen. Ein kleines Kind mag nicht die komplizierten Zusammenhänge von Trauer und Tod verstehen, jedoch hat es starke Gefühle, die es nicht anders ausdrücken kann als durch das Verhalten.

Eine weitere Annahme der Dougy Center sind die Traueraufgaben, wie bereits oben erklärt. Als zweite Traueraufgabe wird vom Dougy Center angenommen, dass die eigenen Trauergefühle gefühlt werden sollten. Diese Traueraufgabe und der Umgang damit wird hier weiter erklärt.

Zweite Aufgabe: Die eigenen Trauergefühle fühlen

- Die Trauer zeigt sich durch Gefühle über den Verlust der Person, die man im eigenen Körper spürt.
- Trauer ist eine Wunde in der Seele. Menschen haben die angeborene Fähigkeit, dass die seelischen Wunden genau so heilen können wie körperliche Wunden.
- Trauer ist physisch. Schwitzen, Schreien, Schlaflosigkeit, Essen, nicht Essen, usw. sind Zeichen der Trauer. Trauer braucht physische Ausdrucksmittel: Weinen, Schreien, Schlagen, Gehen, Rennen, Singen, usw.
- Bewegung und Spiel ist die Trauersprache der Kinder. Diese Sprache ist voll gepackt mit Symbolen und Metaphern über ihre Gefühle und Gedanken.
- Die Gefühle und Gedanken mit anderen Personen zu teilen, kann beängstigend sein. Es ist normal, dass versucht wird, die Gefühle und Gedanken nach dem Tod einer geliebten Person zu verbergen. Kinder können sich dagegen wehren, indem sie überreagieren, mehr leisten als gewöhnlich oder sich zurückziehen.
- Kinder fühlen sich oft für den Tod verantwortlich. Sie fühlen sich schuldig nichts gegen das Eintreten des Todes unternommen zu haben. Sie haben eine natürliche aber unrealistische Vorstellung von Macht, die sie besitzen (vgl. Facilitator Skills Manual, S. I – 8, Übersetzung d. Verf.).

Unterstützung zur Bewältigung der zweiten Traueraufgabe:

1. Zuhören, Akzeptanz und Unterstützung hilft Kinder ihre Trauergefühle und Gedanken auszudrücken.
2. Kinder sollen die Möglichkeit haben, sich in einem geschützten Rahmen auszutoben, um auch dem Körper die Möglichkeit des Ausdrucks der Trauer zu geben. Sport und aktives Spiel können dazu beitragen.
3. Erwachsene sollen das Verhalten der Kinder in Worte reflektieren und mit ihnen spielen anstatt Fragen zu stellen und Interpretationen oder Ratschläge abzugeben.
4. Niedrigere Erwartungen. Trauer benötigt enorme physische und emotionale Energie. Es wird seine Zeit brauchen, um wieder zu den normalen Leistungen zurückkehren zu können.
5. Kinder sollen beruhigt werden, dass sie nicht für den Tod der geliebten Person verantwortlich sind. Ihre Unschuld soll durch Argumente unterstützt werden. Sollten sie dennoch auf ihre Schuld beharren, sollten sie Unterstützung durch Zuhören, Akzeptanz und Liebe bekommen.
6. Wenn das Verhalten des Kindes auffällig wird und es nicht mit seinen Trauererlebnissen zurecht kommt, sollte eine Therapie herangezogen werden (vgl. Facilitator Skills Manual, S. I– 8, Übersetzung d. Verf.).

Hin und wieder werden nach dem Begrüßungskreis Methoden angewandt, welche die augenblickliche Stimmung der Kinder zeigen. Eine davon ist der Stimmungsbarometer, an dem jedes Kind markieren kann wie seine Stimmung gerade ist. Wenn das Kind dann mehr erzählen möchte, kann es das machen. Wenn ein Kind dabei nicht mitmachen möchte, wird es nicht dazu gezwungen und auch nicht bewertet.

„Wir sagen ganz klar und wir bewerten auch nicht, sondern wir sagen einfach: Emil gibt weiter. Also wir würden jetzt nicht sagen: Schade, Emil gibt weiter oder so was, sondern das ist genauso gut wie das andere“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Gefühle wie Wut oder Schuld werden sehr wohl thematisiert, aber nicht seitens der Betreuer explizit in Worte gefasst, sondern durch das Spiel der Kinder.

„Also gerade Wut. Denn der Toberaum ist ja einfach ein Raum wo ganz viel Wut rausgelassen wird oder auch was der meistfrequentierte – also da sind die meisten Kinder immer - Trauer hat viel mit Wut zu tun. Ähm, dass sie's dann so sagen, dass sie sagen: Ich bin heute total wütend, weil das und das. Das ist nicht so oft. Aber das ist uns ja nicht so wichtig – uns ist wichtig, dass die Kinder ihre Gefühle ausdrücken und das ist uns wichtig ähm und warum erfahren wir manchmal später und manchmal halt auch gar nicht“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Es kann auch vorkommen, dass ein Kind während der Freispielphase im Toberaum auch seine Gefühle äußert. Die freiwilligen MitarbeiterInnen spiegeln dann wiederum diese Gedanken und das Verhalten des Kindes.

In den „Selbsttötungsgruppen“ werden Gefühle auch durch die Arbeit mit dem Buch: „Wenn sich jemand selbst getötet hat“, thematisiert. Darin stehen Erfahrungen von Kindern, die bereits eine Trauergruppe besucht haben und über ihre Gedanken und Gefühle berichten. Außerdem sind Übungen enthalten, anhand derer die Kinder ihre eigenen Gefühle und Gedanken aufschreiben oder reflektieren sollen. Das Zentrum hat auch Kärtchen entwickelt mit Fragen über die Trauer, diese können sich die Kinder gegenseitig stellen oder es wird im Begrüßungskreis von jedem ein Kärtchen gezogen und beantwortet, wenn es das möchte.

Wenn ein Kind seine Gefühle nicht ausdrücken möchte, dann wird es im Zentrum auch nicht dazu gezwungen. Mit viel Geduld und der Methode des Spiegeln ist es jedoch so, dass die Kinder früher oder später ihre Gefühle ausdrücken.

„Ich hab so viele Fälle, wo man am Anfang sagen würde: Also das geht ja gar nicht. Also ich hab jetzt zum Beispiel eine in meiner Freitagsgruppe gehabt, die – also wochenlang – also wochenlang, wir sehen uns ja nur 2 mal im Monat – also aber wirklich immer, wenn sie da war, mehrere Male gar nicht in den Raum gekommen ist, weil sie einfach Angst hatte – am Rahmen stehen geblieben ist äh und dann hab ich mich dazugestellt und hab gesagt – ein Freiwilliger soll sich dazustellen und irgendwann hat die sich hingesetzt. Wenn ich da sofort gesagt hätte: So jetzt setz dich mal hin, das ist unsere Regel, wäre die wahrscheinlich nie wieder gekommen“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

„Wenn ein Kind nicht seine (Gefühle Anm. d. V.) ausdrücken will, das zu akzeptieren, und ich hab noch nie erlebt, dass sie's auch nie machen. Es kann lange dauern. Ich habe zum Beispiel ein Mädchen gehabt, das hat eineinhalb Jahre gebraucht. Die hat dann gesagt, ich will mich verabschieden und dann kam ganz viel – so die letzten Male noch. Ähm aber da haben wir auch nicht die Nerven verloren. Oft hat man gesagt: Was sitzt die da eigentlich? Die sagt ja nie was? Aber die hat für sich ganz viel getan. Also die hat's nicht ausgedrückt, aber für sich in ihr ist viel passiert. Und da vertrauen wir einfach drauf, dass die Kinder wissen, wie sie trauern und wenn das ähm schweigsam ist und sie kommen regelmäßig zur Gruppe, dann vertrauen wir einfach drauf, dass sie ihre Sachen einfach bearbeiten. So und bei dem Mädchen war's halt auch so, dass sie dann zum Schluss auch noch viel mitgeteilt hat. Da muss man einfach sagen – jeder hat so seine Zeit. Das ist manchmal – muss man Geduld haben, das stimmt. Also ich hab das mittlerweile gelernt – bei meinen Freiwilligen merk ich manchmal dass sie so: Ach nee, die sagt ja gar nichts, was braucht uns die und einfach so. Ich glaube, das ist wichtig, das einfach so anzunehmen“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Diskussion:

Dieser Aspekt der Trauerbegleitung, den Ausdruck der Gefühle zu fördern, wird im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e.V. als Hauptanliegen betrachtet. Es wird als dessen

Ziel angesehen, den Kindern und Jugendlichen in einem geschützten Raum zu ermöglichen, ihren Trauergefühlen Ausdruck zu verleihen und diese zu spiegeln, um den Kindern so die Möglichkeit zu bieten, ihre Trauer zu durchleben und zu verarbeiten. Die Dougy Center (Facilitator Skills Manual, S. I – 16, Übersetzung d. Verf.) vertreten in ihrer Theorie, dass sich die Trauer eines Kindes eher im Verhalten als in Worten ausdrückt. Ein kleines Kind mag nicht die komplizierten Zusammenhänge von Trauer und Tod verstehen, so hat es doch starke Gefühle die es nicht anders ausdrücken kann als durch das Verhalten. So wird etwa auch als zweite Traueraufgabe vom Dougy Center angenommen, dass die eigenen Trauergefühle gefühlt werden sollten.

Auch in der psychoanalytischen Theorie wird angenommen, dass zur Reduktion der emotionalen Spannung die emotionale Entlastung der Ausdruck von Gefühlen dient, erklären Richer-Rössler et al. (2004, 39). Auch Sonneck (2000, 74) erklärt, dass Betroffene in einer Krisensituation darin bestärkt werden sollen, gefühlsbetonte Situationen ausführlich zu berichten oder wenn der Betroffene mit Tränen kämpft, ihn dazu zu ermutigen, seinen Tränen freien Lauf zu lassen. Das Ausdrücken von Zorn und Wut (tabuisierte Gefühle), beschreibt er weiter, soll besonders gefördert werden, wobei jedoch zu beachten sei, dass diese Gefühle angemessen kanalisiert werden sollten. Ein Fehler, der bei der Unterstützung von trauernden Personen somit auftreten kann - beschreiben auch Riecher-Rössler et al. (2004, 39) - ist, dass aggressive Gefühle vom Helfenden häufig nicht angesprochen werden, aus Angst, diese nicht auffangen zu können. Neben der mangelnden emotionalen Entlastung besteht hier das Risiko, dass diese Gefühle zu einem späteren Zeitpunkt, ohne Unterstützung, zum Ausdruck kommen und dann eine Gefahr für den Patienten oder sein Umfeld darstellen. Ein weiterer Fehler kann sein, den Betroffenen mit suggestiven und unnötig langen Pausen zur Äußerung von Gefühlen zu zwingen, ohne die Krisenproblematik zu erfassen, und ohne stabile Beziehung, sowie nicht genügend Zeit für diesen wichtigen Aspekt der emotionalen Entlastung zu haben, beschreiben Riecher-Rössler et al. (2004, 33). Erwachsene sollen laut Bogyi (1999a, 113) auf das Kind zugehen, ihm Gelegenheit geben, sich mit seinen extremen Erfahrungen auseinanderzusetzen. Ebenso wichtig ist es aber auch, dem Kind und dem Jugendlichen Pausen zu gönnen, nicht andauernd über das Geschehene zu sprechen, ihm auch Zeit zu geben, zu tun, als ob nichts wäre. Wenn das Kind selbst die Initiative ergreifen möchte, sollte der Erwachsene diese Gelegenheit wahrnehmen und entsprechend reagieren. Begleitung von Kindern und Jugendlichen in Krisensituationen heißt, so erklärt auch Bogyi (1999a, 113), die Betroffenen ernst zu nehmen, sensibel und einfühlsam zu sein, sie nicht zu belehren und mit Ratschlägen zu überhäufen, sondern einfach da zu sein, ohne sich aufzudrängen, das richtige Maß von

Nähe und Distanz zu spüren, die Trauer aushalten zu können, ohne angesteckt und weggeschwemmt zu werden, geduldig warten können, Nächstliegendes tun, ohne zu entmündigen und den Ablauf des Alltags sichern. Der Helfende sollte diskret und nicht gekränkt sein, wenn Kinder nicht über den Verlust sprechen wollen sowie bedenken, dass es zuerst darum geht, den Schmerz zu spüren und auszudrücken, beschreibt die Autorin weiter. Im Zustand der Ratlosigkeit und Verwirrung sind Kinder und Jugendliche kaum zugänglich. Dann geht es darum, die Gefühlsentladung auszuhalten, denn Kinder erkennen sehr schnell, wenn sie besser nicht offen reden oder ihre Gefühle zeigen sollen. Sie spüren, wenn Erwachsene ihre starken Gefühle nicht ertragen können und wollen ihre eigenen Beschützer schützen.

Im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e.V. ist es ebenfalls Ziel, den Kindern das Ausdrücken ihrer Gefühle zu ermöglichen. Dabei werden sie jedoch nicht direkt auf ihre Trauergefühle angesprochen oder dazu angehalten, darüber zu reden. Die Bestärkung ihres Emotionsausdrucks besteht darin, ihre Emotionen und ihr Verhalten widerzuspiegeln, wenn sie Trauer zeigen, und ihnen so diese bewusster zu machen. Sie werden aber nicht aktiv durch themenbezogene Spiele oder Aufgaben dazu aufgefordert über ihre Gefühle oder Probleme zu sprechen. Das Ausleben von Wut und Zorn wird in Form eines speziellen Angebotes, dem Toberaum, gefördert und demnach angemessen kanalisiert. Auch dabei sind freiwillige MitarbeiterInnen anwesend, die Gefühle wie Zorn und Wut spiegeln und als Gesprächspartner fungieren, wenn die Kinder dies wollen.

Die Ordnung der Probleme, des „äußeren Chaos“, ermöglicht es den Hilfesuchenden, schrittweise die Kontrolle über das „innere Chaos“ der Krise zu erlangen und ruhiger zu werden. Schon eine gut verständliche Informationsvermittlung und erste, wenn auch nur kleine zielgerichtete Handlungen, ermöglichen es den Betroffenen, schnell einen Teil der verloren gegangenen Kontrolle zurückzugewinnen, erläutern Riecher-Rössler et al. (2004, 34). Bogyi erklärt auch (2003a, 37), dass Authentizität, Ehrlichkeit und klare Informationen in akuten Belastungssituationen hilfreich sind. Das Ansprechen des inneren Chaos ist von Bedeutung. Das Ansprechen der Gleichzeitigkeit der Gefühle von Schock, Trauer, Verzweiflung, Wut, Ohnmacht und Schuld sind wichtig, weil es darum geht, Ordnung in das innere Chaos zu bringen. Vor allem das Ansprechen von Schuldgefühlen ist besonders wichtig. Menschen wollen in ihrem Schmerz verstanden und ausgehalten werden, so Bogyi (1999a, 113) und sollten, zum Zulassen ihrer Trauer mit all ihren Gefühlsqualitäten ermutigt werden.

Diesbezüglich erweist es sich häufig als notwendig, Klienten darüber aufzuklären, dass ihre Symptome weniger als pathologische Erscheinungen sondern vielmehr als „natürliche“ Reaktionen auf „unnatürliche“ Belastungen zu verstehen sind, erläutern auch Wininger und Eder-Steiner (2008, 84). Gemeinsam mit der Erleichterung, die sich im ersten Erzählen über das Trauma einstellt, führt diese Information erfahrungsgemäß zu einer deutlichen psychischen Entlastung, die wiederum die Motivation für eine allfällig angebrachte längere therapeutische Arbeit positiv beeinflusst.

Im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e.V. werden ebenfalls Beratungsgespräche mit den Erwachsenen durchgeführt, wenn die Eltern mit Problemen zu den Gruppenleiterinnen kommen, welche sicherheitsspendenden Charakter haben sollten. In diesen Gesprächen geht es vor allem um Unsicherheiten der Eltern im Umgang mit der Trauer ihrer Kinder. Handelt es sich dabei um Erziehungsprobleme oder andere Probleme, die nichts mit der Trauer der Kinder oder Erwachsenen zu tun haben, dann wird die Familie an Erziehungsberatungsstellen oder PsychotherapeutInnen bzw. Krisenintervention weiter vermittelt.

Symbolspiele und Rollenspiele, in denen der Verlust verarbeitet wird, sollten als solche erkannt werden. Der Unterstützende sollte verlässlich so lange begleiten, wie es hilfreich ist. Er soll sich nicht zu früh zurückziehen aber auch nicht zu lange verharren, beschreibt Bogyi (1999a, 113).

Im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. können sich die Kinder in der Freispielphase aussuchen, womit sie sich beschäftigen wollen oder was sie spielen wollen. Da immer eine freiwillige MitarbeiterIn dabei ist, die die Emotionen des Kindes spiegelt, wenn dieses seine Trauer ausdrückt, haben die Kinder die Möglichkeit, ihre Trauer zu durchleben. Sonneck (2000, 33) erklärt, der Therapeut soll als „Resonanzboden“ für die Gefühle des Klienten fungieren, wodurch dieser entlastet wird, weil die Last gemeinsam getragen wird.

Die Methode des Spiegelns spielt in der neueren psychoanalytischen Forschung bei Fonagy et al. (2002) eine zentrale Rolle. Die Autoren beschreiben in ihrem Buch „Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst“ ihr Modell des sozialen Biofeedbacks der Affektspiegelung. Dieses postuliert ein komplexes biosoziales System, in dem der Säugling instinktiv gedrängt wird, die dynamischen Veränderungen seiner inneren Affektzustände durch sein Verhalten zum Ausdruck zu bringen. Gleichzeitig wird die Mutter instinktiv gedrängt, die zustandsexpressiven Verhaltensweisen des Säuglings auf eine markierte Weise widerzuspiegeln. Dieses System erfüllt zwei überaus wichtige Entwicklungsfunktionen: Die spiegelnde Umwelt trägt (a) zur homöostatischen Online-Regulierung der dynamischen

affektiven Zustandsveränderungen des Säuglings bei und stellt (b) eine Art „lehrende“ oder „Halt bietende“-Umwelt dar, welche zur Folge hat, dass der Säugling die affektregulierende Funktion der Mutter durch die Konstruktion von sekundären Repräsentanzen seiner primären Gefühlszustände internalisiert. Im Grunde könnte man sogar behaupten, so Fonagy et al. (2002, 197), dass diese Theorie ihrem Geiste nach bestimmten psychodynamischen Charakterisierungen der Entwicklungsfunktionen der mütterlichen Umwelt nahe steht, wie sie in der Bindungstheorie (Bowlby, 1969), in der Objektbeziehungstheorie (Bion, 1962; Winnicott, 1965), in der Selbstpsychologie (Kohut, 1971, 1977) oder in der psychoanalytisch orientierten Entwicklungstheorie (Stern, 1985) formuliert wurden.

All diesen unterschiedlichen Sichtweisen ist eine starke Betonung der entscheidenden ursächlichen Rolle gemeinsam, die in der frühen psychischen Entwicklung der biologisch bestimmten Fähigkeit und Neigung der Mutter zukommt, die zustandsexpressiven Verhaltensweisen ihres Babys zu lesen, zu modulieren und zurückzuspiegeln.

So beschreiben Fonagy et al. (2002, 198), dass - Bions Konzept von der mütterlichen „Container“-funktion zufolge - die Mutter die negativen Inhalte, die der Säugling in sie hineinprojiziert, in sich aufnimmt und sie dann in modifizierter Form re-präsentiert: die Mutter mit ihrer Fähigkeit zur träumerischen Einfühlung transformiert die mit der „bösen Brust“ verbundenen unlustvollen Gefühle und verschafft dem Kind auf diese Weise Erleichterung. Das Kind introjiziert so die abgemilderte und modifizierte Erfahrung wieder. Die Autoren erklären auch, dass Bion betone, das Containment, die Transformation und die Re-präsentation der negativen inneren Zustände des Babys durch die Mutter sei eine notwendige Voraussetzung dafür, dass das Kind die Fähigkeit erwerben könne, über sein Erleben nachzudenken und es zu verarbeiten oder, wie Bion selbst es formuliert, seine eigenen Gedanken zu denken und seine eigenen Gefühle zu fühlen. Auf das Modell des sozialen Biofeedbacks von Fonagy et al. (2002, 199) bezogen, kann diese Überlegung zum einen mit der Fähigkeit der Mutter in Verbindung gebracht werden, den negativen Affekt des Säuglings abzumildern, indem sie kontingente und markierte emotionsspiegelnde Verhaltensweisen produziert, und zum anderen mit der nachfolgenden Herstellung von sekundären Repräsentanzen der primären Emotionszustände des Säuglings durch die Introjektion der markierten und abgekoppelten affektspiegelnden mütterlichen Äußerungen verbunden werden.

Fonagy et al. (2002, 206) sehen keinen Grund, anzunehmen, dass die Affektspiegelung und der Einfluss, den sie auf die psychische Strukturbildung des Kindes ausübt, lediglich auf die allerersten Entwicklungsphasen beschränkt blieben.

Sie beschreiben weiter, dass im „Als-ob“-Modus traumatische Erinnerungen, bedrohliche emotionale Impulse oder unakzeptable Phantasien gefahrlos aktiviert und bewältigt werden können, da ihre Verbindung zur Realität aufgehoben wurde. Der „Als-ob“-Modus muss eindeutig markiert sein, und die fehlende Entsprechung zur tatsächlichen Realität wird häufig übertrieben. Fonagy et al. (2002, 207) sind auch der Auffassung, dass sich das Kind den „Als-ob“-Modus nur dann aneignen kann, wenn es wiederholt erlebt, wie seine Gefühle und Gedanken von einer anderen Person markiert widergespiegelt werden. Das Kind braucht einen Erwachsenen oder ein älteres Kind, das „mitspielt“, so dass es seine eigene Phantasie oder Idee in dessen Psyche repräsentiert sieht, dies reintrojiziert und es als Repräsentanz seines eigenen Denkens benutzt.

Die Reinszenierung einer traumatischen Situation, so Fonagy et al. (2002, 301), ermöglicht eine emotional korrigierende Erfahrung, indem die Wahrnehmung der qualitativ transformierten, markierten Externalisierung des ursprünglich traumatischen Vorgangs positive Affekte der Urheberschaft und Wiedervereinigung erzeugt, die der negativen, mit dem Originalvorgang assoziierten Erinnerung entgegenwirken. Solche selbstkontrollierten veränderten Reinszenierungen im sicheren „Als-ob-Modus“ einer fiktiven repräsentationalen Welt dienen deshalb als wirksame Möglichkeit, den Umgang mit der schmerzhaften Erinnerung an das traumatische Ereignis zu erleichtern.

Die sensible Verwendung von markierten Externalisierungen negativer Affekte durch den Therapeuten kann demnach eine korrigierende emotionale und repräsentationale Erfahrung ermöglichen, die dem Kind hilft, sich von der Ebene der psychischen Äquivalenz zu einer adaptiven Verwendung des mentalen Funktionierens im Als-ob-Modus weiterzuentwickeln, um seine Affektzustände auf diese Weise zu regulieren, so Fonagy et al. (2002, 316).

Auch im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. spielt die Methode des Spiegels eine wesentliche Rolle. Allerdings unterscheidet sich das Spiegeln, wie es im Zentrum angewandt wird, wesentlich von Fonagy's Theorie der Affektspiegelung. Die freiwilligen MitarbeiterInnen des Zentrums durchlaufen eine Schulung zu Beginn ihrer Arbeit, in der sie die Besonderheiten dieser Methode erproben und erlernen. Wie die Methode des Spiegels nach dem Verständnis des Zentrums genau praktiziert wird, wurde bereits in Kapitel 5.4.1.1. beschrieben. Hier soll lediglich noch einmal die Aussage von Beate Alefeld-Gerges dazu angeführt werden, um sie im Anschluss mit den Theorien in der psychoanalytischen Literatur zu vergleichen:

„Also man muss sich das praktisch vorstellen, wenn ich mit nem Kind in den Toberaum gehe und das Kind da gegen den Sandsack schlägt, spiegle ich diese Bewegung mit, indem ich halt auch in diese Bewegung geh. Der Sinn der Sache ist einfach, dass es den Kindern bewusst wird, was sie machen und dass sie vielleicht auch noch ein Stück weiter auf ihren Trauerweg gehen können, wenn sie's halt bewusst bekommen. Und uns ist halt wichtig, dass wir nichts von uns sozusagen reingeben, sondern, dass es wirklich der Weg der Kinder ist und dass wir halt nicht sozusagen sagen: Heut machen wir das, sondern die Kinder entscheiden das“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Die Methode des Spiegelns wird also nicht nur im personenzentrierten Ansatz eingesetzt, wie unter Punkt 6.2. beschrieben, sondern findet auch in psychoanalytisch orientierten Ansätzen Anwendung. Wichtig beim Einsatz des Spiegelns nach Fonagy et al. (2002, 316) ist, dass die externalisierten Gefühle markiert wiedergespiegelt werden um so eine Überflutung zu vermeiden, falls das Kind noch nicht in der Lage ist, seine Emotionen im Als-ob-Modus zu regulieren. Dabei nimmt er jedoch an, dass bereits die Erhöhung der Stimmlage beim Reflektieren oder die Gegebenheiten eines therapeutischen Settings als Markierung anzusehen sind.

Im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. wird beim Spiegeln nicht explizit darauf Acht gegeben, die Reflexionen zu markieren. Die Spiegelung erfolgt dabei auch nicht im Sinne Fonagy's et al. Es wird vom Zentrum e. V. jedoch nicht der psychoanalytische Ansatz des Spiegelns als grundlegend betrachtet, sondern eher der personenzentrierte Ansatz. Grundsätzlich wurden die Methoden von diesen Theorien abgeleitet, jedoch im Laufe der Arbeit mit den Kindern weiterentwickelt, wie auch Beate Alefeld-Gerges angab:

„Aber es ist – denke ich - ein ganz eigenes Konzept. Und ich bin immer gar nicht dafür solche Leute zu nennen, weil es ist schon angelehnt daran, aber ich denke wir haben's weiterentwickelt – oder das Dougy Center – wir haben's vom Dougy Center. Aber die Frage kommt halt immer und dann verweisen wir halt auf Carl Rogers auch bei den Spiegelschulen sagen wir mittlerweile, dass sie Carl Rogers lesen sollen, denn der ist da schon sehr nah an unserem dran. Also der macht dann schon – also das Spiegeln kommt da auch vor – aber der geht natürlich auch manchmal weiter und interpretiert ja noch Sachen – um dann halt die Leute ein bisschen rauszulocken. Was ich im Einzelkontakt auch manchmal mache – aber in der Gruppe ist es natürlich nicht gefragt“ (Alefeld-Gerges 8. 5. 2008).

Hat das Kind nach Fonagy et al. (2002, 316) bereits den Als-ob-Modus ausbilden können, so ist es in der Lage, durch das Spiel seine Emotionen zu regulieren und abzubauen. Auch im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. haben Kinder ausreichend Gelegenheit dazu im Spiel ihre Erlebnisse zu verarbeiten. Die MitarbeiterInnen deuten hier jedoch, im Gegensatz zur Anwendung der psychoanalytischen Methode des Spiegelns, nicht die

Äußerungen und das Verhalten der Kinder im Spiel, sondern spiegeln lediglich ihre Äußerungen, Bewegungen und Verhaltensweisen indem sie sie wiederholen. Die Deutung und Interpretation von unbewussten Vorgängen und Emotionen, stellt einen wesentlichen Aspekt des Spiegelns nach Fonagy dar. Da im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. keine PsychotherapeutInnen arbeiten und somit keine Psychotherapie stattfindet, kann diese Form des Spiegelns von vorneherein ausgeschlossen werden. Die Methode des Spiegelns nach Fonagy et al. unterscheidet sich also wesentlich in ihrer Art und Anwendung von der Methode des Spiegelns im Zentrum.

6.6. Analyse: Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung

- a) Auseinandersetzung mit der eigenen Trauer und traumatischen Erfahrungen und den damit verbundenen Gefühlen*
- b) Auseinandersetzung mit eigener Betroffenheit und Hilflosigkeit*
- c) Nicht überengagiert sein, aber auch nicht zu viel Distanz zu den Betroffenen zeigen*

Die Schulung der Freiwilligen wird zurzeit umstrukturiert. Es war jedoch bisher immer so, dass die Schulung an einem Wochenendseminar stattfand und ein Teil davon aus Selbsterfahrung bestand.

„Alle Freiwilligen, die zu uns gekommen sind haben halt diese Schulung gemacht. Und die Schulung bestand aus einem Tag nur Selbsterfahrung: Was hab ich schon für Abschiede gehabt? Es geht dabei nicht nur um Tod sondern auch um kleine Abschiede – ähm und wie bin ich damit umgegangen? Und wo stehe ich jetzt mit meiner Trauer? Und den anderen Tag ging's halt darum unser Handwerkzeug zu lernen ähm unsere Theorie zu lernen, unser Konzept zu lernen und dann auch im Rollenspiel schon mal so ne Gruppe durchzuspielen, damit man ungefähr weiß, was einen erwartet“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Im Zentrum wird ganz genau auf den eigenen Umgang mit Trauer bei den freiwilligen MitarbeiterInnen geachtet. Wer seine Trauergefühle nicht überwunden hat, kann nicht in den Trauergruppen mit den Kindern arbeiten, sondern in anderen Bereichen wie Infostände in Schulen oder bei Veranstaltungen.

„Also in der Schulung sind ungefähr immer 15 bis 20 Freiwillige – dass da 3 bis 4 – entweder sie merken's selber oder wir müssen es ihnen sagen – sich nicht eignen für die Kindergruppe. Weil es gibt immer wieder auch Überschneidungen mit der eigenen Trauer. Man muss, wie gesagt, sehr reflektiert sein und wenn das nicht

gegeben ist, dann kann man sie halt auch nicht reinnehmen. Da sind wir sehr viel strenger geworden. Am Anfang waren wir halt noch sehr, sehr darauf angewiesen, Freiwillige zu bekommen – sind wir immer noch – ähm aber wir haben gemerkt, dass es keinen Sinn macht, Leute zu nehmen, wo wir sehr, sehr zweifeln – das zahlt sich meistens nicht aus, weil's halt auch nicht geht. (...) Aber wenn man in die Kindergruppen geht, ist es ein ganz wichtiger Punkt zu wissen: Wo stehe ich mit meiner Trauer? Das ist jetzt kein Problem. Wir machen ja auch im Begrüßungskreis die Runde, wo jeder sagt, wer bei ihm gestorben ist oder was er für Abschiede hatte. Ähm auch mal da seine Trauer zu zeigen – aber man darf natürlich nicht im Kontakt – gerade wenn es ein intensiver Kontakt ist, Mitleid – also Mitgefühl kann man schon haben – aber dass man halt nicht so seine Sachen über die Kinder stülpt und denkt: Ach jetzt braucht das Kind bestimmt das und das ist halt meistens das Gefühl was man selber dann hat und das wäre fatal. Da sind wir auch streng“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Dem Handbuch für die Schulung der freiwilligen MitarbeiterInnen der Dougy Center (Facilitator Skills Manual, II-2) ist außerdem zu entnehmen, dass diese Bewusstsein über folgende Aspekte haben sollten:

- Ihren Hintergrund bezüglich Tod und Trauer: Selbsterfahrung und ständiges Achten auf die persönlichen Belange bezüglich Tod und Trauer sind wichtig im Umgang mit den Kindern.
- Ihre aktuellen Belange über Trauer und Verlust: Achte darauf, wie du dich fühlst, wenn du andere über ihre Verlusterlebnisse sprechen hörst. Was ist schwierig auszuhalten? Warum? Elisabeth Kübler-Ross sagt, dass du nur für dich selbst weinen kannst. Wenn du von den Erlebnissen einer anderen Person emotional ergriffen bist und weinst, dann prüfe, welche Traueraufgabe in dir noch unerledigt ist.
- Ihre Motivation als Helfer: Freiwillige MitarbeiterInnen sollten sich klar darüber sein, warum sie die Kinder in ihrer Trauer unterstützen wollen.
- Ihrer Fähigkeit, Grenzen zu setzen: Freiwillige sollten es vermeiden, „Ersatztrauernde“ zu werden. Dies ist der Grund, warum es zu verhindern gilt, zu sehr gefangen zu werden in die Familiensituation und deren Gefühle. Man sollte sich über die Symptome des „Burn out“ bewusst sein. Es ist wichtig zu erkennen, wenn man sich aus persönlichen Bedürfnissen als Unterstützer zurückziehen soll. Die Forschung zeigt auf, dass das Bedürfnis nach Abbruch einer Arbeit, wo sich Beziehungen verfestigt haben, oft durch Konflikte, Unzufriedenheit, Jammern, Verlust der Motivation und Minderung der Frustrationsgrenze ausdrückt. Sei dir dieser Warnsignale bewusst und achte auf deine eigene Gesundheit (vgl. Facilitator Skills Manual, II-2, Übersetzung d. Verf.).

Die freiwilligen MitarbeiterInnen lernen auch in der Schulung mit ihren eigenen Gefühlen der Hilflosigkeit und Überforderung umzugehen. Dazu werden Videoanalysen durchgeführt und die Gefühle und Einstellungen besprochen.

„Äh ist auch wichtig, was du da für ne Einstellung hast – wenn man da sitzt und einfach trotzdem mit dem Kind ist – das merken die Kinder auch – als wenn man denkt: Oh Gott, wann ist denn das hier vorbei? Wann ist denn das hier vorbei? Also man muss halt auch dem Kind trotzdem vermitteln – das kann denk ich auch – ähm ich bin bei dir und in Form wie das Kind da liegt auch Kontakt aufzunehmen – also wenn das Kind da liegt sich auch hinzulegen und nicht ungeduldig im Rahmen steht – so wann ist denn das hier vorbei? Und das ist Übungssache – das ist nicht immer möglich, weil manche das schlecht aushalten können und da muss man dann halt auch sehen wen man da in den Kuschelraum schickt mit jemanden, der nichts sagt“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Wichtig ist es also auch für das Zentrum, dem Kind zu vermitteln, dass jemand da ist und seine Gefühle aushält.

Beziehungen zu einem bestimmten freiwilligen Helfer entstehen nach der Aussage von Beate Alefeld-Gerges selten.

„Wir haben immer ähm Kinder, die phasenweise immer mit einem sein wollen – und das ist auch ok, weil sie dann meistens was abarbeiten. Ähm und aber in der Regel kann man sagen – kommen die Kinder um bei uns was zu machen und wer sie da begleitet ist ihnen egal – das kann man wirklich so sagen. Wir machen ja in dem Sinne keine Beziehungsarbeit“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Wenn eine engere Beziehung zwischen Kind und freiwilligen MitarbeiterInnen entstanden ist, dann wird darauf geachtet, diese wieder vorsichtig zu lockern.

„Wir haben dann halt – also wir merken das natürlich immer bei – wir haben natürlich nicht so viele Männer wie Frauen, weil das ist ja immer so im Sozialbereich – ähm und da ist es manchmal so, dass die Männer sehr frequentiert sind, also dass die halt, dass die Kinder, die ihren Vater verloren, sich sehr, sehr bemühen einen Mann abzubekommen und dass da der Kontakt oft enger ist eine Zeit lang. Wir haben’s aber selten – haben wir auch schon gehabt – dass das sich nicht mehr auflöste, weil das dann so war: Willst du nicht mein Vater werden – ich stell dir mal meine Mutter vor. Und da muss man dann sehen, dass man das auch wieder lockern kann“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Die Gruppentreffen sind außerdem eingebettet in eine jeweils einstündige Vorbesprechung mit allen freiwilligen MitarbeiterInnen und der Gruppenleiterin und einer Nachbesprechung. Dabei gibt es die Gelegenheit, die Erfahrungen auszutauschen oder zu sagen, wenn man sich nicht wohl fühlt oder wenn Probleme oder Unsicherheiten im Umgang mit dem Verhalten der Kinder entstehen. Die Gruppenleiterin achtet während des Gruppentreffens darauf, dass die freiwilligen MitarbeiterInnen die Methode des Spiegels richtig anwenden und bei Überforderung entlastet werden.

Um auf die eigene Psychohygiene zu achten werden Gespräche im Mitarbeiterteam geführt und haben die MitarbeiterInnen im Laufe der Zeit gelernt, auf ihre eigenen Gefühle der Überforderung zu achten.

„Ja also – es ist natürlich schon manchmal schwierig, jeden Tag Kontakt zu haben zur Trauer und wir haben hier natürlich auch extreme Fälle, die wir in Einzelberatung haben, wo man natürlich auch Hilflosigkeit verspürt – man kann nicht immer helfen. Das ist schon nicht einfach. Gut, ich hab ein gutes Team, wo ich einfach – oder wo wir einfach dann mal – also wir haben oft Teambesprechung – wir haben ne Teambesprechung, wo alle dabei sind, aber wir haben auch ne inhaltliches Team jede Woche, wo ich halt nur mit meinen Kollegen sitz, die halt in den Kindergruppen sind. Ähm, wo man so was ansprechen könnte. Also man sagt: Mir wird’s jetzt im Moment echt zu viel. Kann ich mich da vielleicht mal rausziehen? Macht ihr das mal. Das kann ja mal sein, dass man einfach, wenn man selber mal nicht so gut drauf ist, das einfach nicht mehr aushalten kann, jeden Tag Familien zu beraten, wo ein Kind stirbt oder ne Mutter ähm. Das gibt’s. (...) Also bei der Einzelberatung ist es natürlich schon oft so - da ist es gerade passiert. Die Menschen sind sehr verzweifelt. Ähm und denen dann ne Perspektive zu bauen, ist nicht immer einfach und geht meistens auch nicht, weil wenn man in Trauer ist, denkt man nicht an seine Zukunft oder denkt man nicht, wie komm ich da wieder raus, sondern man ist halt erstmal in der Trauer – was ja auch ok ist. Ähm, aber auch da geht’s ja meistens so darum, ähm wie kann ich meine Kinder unterstützen. Weil die Menschen kommen hier sehr betroffen an, aber die wollen natürlich trotzdem wissen – wie kann ich meinen Kindern helfen? Und da können wir ja hilfreich sein. Also ich kann ihnen nicht ihre Trauer abnehmen, aber ich kann ihnen schon sagen, wie sie am besten mit ihren Kindern umgehen können und wie man denen einfach den Weg bereiten kann. (...) Also ich hab vor 3 Jahren noch ein Kind bekommen – seit dem mein Kind da ist, ist es auch noch schwerer zu sehen, wenn ne Mutter stirbt oder auch wenn Kinder sterben. Aber ich denke mittlerweile geht man da relativ professionell mit um und wenn’s nicht geht, dann muss man auch mal sagen: So jetzt muss ich auch mal nen Tag Urlaub nehmen, oder so. Ich muss mal raus“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Zusätzlich gibt es auch noch Supervision, welche die MitarbeiterInnen regelmäßig in Anspruch nehmen können.

Diskussion

Je weniger ein Helfer um seine eigenen Grenzen weiß, desto größer ist die Gefahr, dass er selbst in eine Krise gerät, wenn er einem anderen in einer Krisensituation zu helfen versucht, erklärt Bogyi (1999a, 115). Die schlimmste Form der Krise eines Helfers ist wohl die, wenn es zu einer zu starken Identifizierung mit dem Hilfesuchenden und damit zu geringer Distanz zu diesem kommt. Somit ist der Unterschied zu sehen zwischen der beruflichen Kompetenz und der persönlichen Kompetenz des Helfers zu treffen. Drei Eigenschaften scheinen für den Helfer, laut Bogyi (1999a, 115) wichtig zu sein: Erfahrung mit sich selbst, wohlwollendes Interesse am anderen und die Fähigkeit, sich in Bezug zu anderen realitätsgerecht einschätzen und verhalten zu können.

Es geht um die Art der Beziehungsgestaltung, erklärt auch Bogyi (2003a, 38). Ulrich Mosers Modell der therapeutischen Beziehung und deren Regulierung, so beschreibt sie, sei auch hierfür passend. Der Analytiker ist in zwei Versionen anwesend: Als direkte Bezugsperson der therapeutischen Beziehung und als Träger einer Rolle, die durch die Übertragung des Patienten erweckt wird, so Moser (2001, 100). Das Wahrnehmen der eigenen Gefühle in der Krisenintervention erklärt Sonneck (2000, 22), erleichtert nicht nur, selber die Gegenübertragung zu handhaben, sondern gibt dem Helfer auch Hinweise darauf, wie der Betroffene mit seiner Umwelt umgeht. Die subjektive Wertigkeit, der subjektive Stellenwert, den der Betroffene dem Krisenanlass und seinen Konsequenzen beimisst, steht im Vordergrund.

Im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. wird nicht im psychoanalytischen Sinn mit Übertragung und Gegenübertragung gearbeitet. Es ist jedoch schon ein Anliegen des Zentrums, ihre MitarbeiterInnen dahingehend zu schulen, sich ihrer bisherigen Trauererfahrungen und dem Umgang damit bewusst zu sein und Grenzen setzen zu können, um eine Überforderung oder gar Burnout zu vermeiden. Das hohe Risiko der Überforderung bzw. des Burnouts, welche die Methode der Unterstützung durch freiwillige MitarbeiterInnen hervorruft, da diese keine professionellen PsychotherapeutInnen oder PädagogInnen sind, wird neben deren Schulung außerdem durch den Einsatz spezieller Maßnahmen im Umgang mit den Kindern gehandhabt, um Sicherheit zu gewähren. So dienen zum Beispiel die Besprechungen vor und nach den Gruppentreffen der Reflexion von Problemen und somit der Prävention von Überforderung und Burnout. Die Anwesenheit der Gruppenleiterin während der Freispielphase, welche die Arbeit der Freiwilligen beobachtet, was demnach nicht als Kontrolle zu sehen ist sondern dazu dient, bei Problemen Unterstützung zu leisten oder das Einsetzen der Methode des Spiegels sowie die wechselnde Anwesenheit der Freiwilligen, welche verhindert, dass diese zu sehr in die Trauergeschichten der Kinder und Jugendlichen einbezogen werden. Das angestellte MitarbeiterInnteam vermeidet Überidentifikation und folglich Überforderung und Burnout durch regelmäßige MitarbeiterInnenbesprechungen, Selbstreflexion und Supervision.

6.7. Analyse: Einbeziehen des sozialen Umfelds

- a) Beratende Gespräche mit den Angehörigen in denen Informationen weiter gegeben werden über das Verhalten gegenüber trauernden Kindern*
- b) Kinder einbeziehen in den Trauerprozess*
- c) Kindern die Trauer vorleben / die eigenen Gefühle nicht verbergen*

- d) *Offener und ehrlicher Umgang mit den Kindern und Jugendlichen / Informationen über den Tod nicht verschleiern*
- e) *Dafür sorgen, dass möglichst viel Gewohntes beibehalten wird/ Veränderung vermeiden*
- f) *Kindern „normales“ Kinderleben ermöglichen, also auch Aktivitäten mit Kindern setzen (Freunde besuchen, ins Kino gehen, Kinderparty, ...)*
- g) *Rituale durchführen bzw. beibehalten (wie das Vorlesen vor dem Einschlafen,...)*
- h) *Entlastung und Stärkung der Bezugspersonen / Bezugspersonen dürfen nicht überfordert werden; sie sind selbst Betroffene*

Die Dougy Center vertreten den Ansatz, dass Kinder als Teil einer Familie trauern. Wenn ein Familienmitglied stirbt, ist das gesamte Familiensystem davon betroffen. Alle Beziehungen innerhalb der Familie müssen sich neu strukturieren. Kinder trauern nicht nur um die Verstorbenen, sondern auch um die veränderten Familienstrukturen und die gewohnte Umgebung. Es scheint hilfreich zu sein, wenn jedes Familienmitglied auf seine eigene Art und Weise trauern darf und dabei unterstützt wird. Dabei ist es wichtig, die Kinder an der Trauer der Erwachsenen teilhaben zu lassen und sie nicht abzuschirmen (vgl. Facilitator Skills Manual, S. I – 13 ff).

Es werden im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. auch Gruppentreffen für Angehörige angeboten, die parallel zu den Kindergruppentreffen stattfinden, wie bereits weiter oben beschrieben. In diesen Gruppentreffen haben die Erwachsenen Gelegenheit, ihre eigene Trauer zu zeigen und ihre Erfahrungen und Probleme auszutauschen, um sich so gegenseitig zu unterstützen.

„Daraus ist halt entstanden, dass die Elterngruppe schon strukturierter abläuft – wie ich schon gesagt hatte – dass es halt ein Blitzlicht gibt und natürlich die Erwachsenen die Themen vorgeben, weil sie einfach sagen, mir geht’s heut des und des – mir geht’s halt schlicht, weil dies und das passiert ist. Und da ist es halt so, dass viele dazu was sagen können und sich einfach sozusagen gegenseitig beraten. Was natürlich auch schön ist. Und es ist natürlich auch ein Raum für die Menschen, also für die Erwachsenen auch ihre Trauer zu zeigen. Weil auch bei Erwachsenen ist es oft so, dass sie nicht unbedingt nen Raum haben oder Menschen, wo sie einfach da ganz offen darüber reden können. Ähm und wo das halt natürlich auch gerne genutzt wird. Es gibt aber auch mal wieder Menschen oder Erwachsene, die das gar nicht wollen in so ner Angehörigengruppe. Denen bieten wir dann halt an, in unserem Büro zu sitzen, ein Buch zu lesen oder den Laptop mitzubringen und zu arbeiten. Das ist auch ok“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

In den Einzelberatungen werden die Angehörigen unterstützt, wenn es um Probleme mit der Trauer der Kinder geht oder um Fragen über den Umgang mit der Trauer gegenüber den Kindern.

„Ähm, aber auch da geht's ja meistens so darum, ähm wie kann ich meine Kinder unterstützen. Weil die Menschen kommen hier sehr betroffen an, aber die wollen natürlich trotzdem wissen – wie kann ich meinen Kindern helfen? Und da können wir ja hilfreich sein. Also ich kann ihnen nicht ihre Trauer abnehmen, aber ich kann ihnen schon sagen, wie sie am besten mit ihren Kindern umgehen können und wie man denen einfach den Weg bereiten kann. Also es geht auch viel darum: Soll mein Kind mit zur Beerdigung? Wie kann ich das machen? Wie kann ich den Abschied gestalten? Wir kommen auch oft ins Gespräch, schon wenn die Familie merkt – da wird jemand sterben. Und das ist eigentlich immer eine ganz schöne Begleitung, weil's dabei immer darum geht, die Kinder einzubinden in den Abschied. Was für die Kinder ja viel einfacher ist als wenn sie ganz draußen sind und erst hinterher erfahren, dass ähm die Mutter gestorben ist“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Diskussion

Sonneck (2000, 77) streicht heraus, dass es bei Kindern und Jugendlichen besonders wichtig ist, die Bezugspersonen verstärkt miteinzubeziehen.

Wenn ein Netzwerk existiert, ist es wichtig, mit diesem zu arbeiten, erklärt auch Bogyi (2003a, 37). Beratende Familiengespräche, klare Information, Entlastung, oftmals Bestärkung des schon eingeschlagenen Weges sowie Authentizität und Ehrlichkeit sind wichtige Maßnahmen und Eigenschaften der helfenden Personen. „Nicht selten kann sich der Berater nach einigen konfrontierenden, offenen Gesprächen wieder zurückziehen, wenn es ihm gelungen ist, dass die Bezugsperson offen mit dem Kind spricht bzw. die Fragen des Kindes beantwortet werden und sein Verhalten verstanden wird“ (Bogyi 1999b, 140).

Wichtigster Grundsatz in der Krisenbegleitung mit Kindern und Jugendlichen ist der, dass Kinder die Wahrheit viel besser ertragen können als beschönigende Lügen, führt Bogyi (1999a, 111) aus. Die korrekte Haltung der Erwachsenen gegenüber Kindern und Jugendlichen soll von Offenheit und Ehrlichkeit geprägt sein und sie sollten sich gesprächsbereit zeigen, ohne sich aufzudrängen. Das Verschweigen und Beschönigen wirkt sich erschwerend auf den Trauerprozess aus und behindert das Erfassen des schmerzvollen Ereignisses, lässt die Kinder mit Ängsten und Phantasien allein. So, beschreibt Bogyi weiter, kommt zu dem Verlust vor allem noch die Einsamkeit und die Verunsicherung. „Jeder hat das Recht zu erfahren, wenn eine geliebte Bezugsperson erkrankt oder stirbt, wenn sich Eltern scheiden lassen, wenn eine Übersiedlung ansteht u. ä. m., und zwar möglichst rasch und möglichst genau“ (Bogyi 1999a, 111). Jedes Kind und jeder Jugendliche hat somit auch das

Recht, auf seine Art und Weise Abschied zu nehmen. Bogyi (1999a, 110) erklärt, dass Kinder häufig am Geschehen um den Todesfall beteiligt werden wollen, wie etwa am Begräbnis oder beim Wegräumen der persönlichen Utensilien des Verstorbenen, wobei es vorkommen kann, dass sich das Kind einen Gegenstand aussucht, welchen es dann als Übergangsobjekt benutzt. Auch Hausmann (2003, 348) erklärt, dass weniger die Konfrontation mit dem Tod selbst die weitere Entwicklung beeinflusst, als vielmehr die Reaktion der Umwelt.

Diese Annahmen werden auch im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. vertreten. Beratungen, welche die Angehörigen vor dem Schnuppertreffen bekommen bzw. bei auftretendem Bedarf, haben zum Ziel, diese bei Schwierigkeiten im Umgang mit der Trauer der Kinder oder Unsicherheiten bezüglich des Umgangs damit zu unterstützen. Das Vorleben der eigenen Trauer, das Einbeziehen der Kinder in den Trauerprozess, die offene und ehrliche Haltung gegenüber den Kindern, wenn über den Tod geredet wird und die Ermöglichung eines einigermaßen normalen Lebens, sind Inhalte, die den Erwachsenen näher gebracht werden und auch als Grundhaltung in der psychoanalytischen Literatur zu finden ist. Das Einbeziehen der Angehörigen dient einerseits dazu, den Kindern Sicherheit zu geben, andererseits soll ihnen auch Gelegenheit gegeben werden ihre eigenen Trauergefühle auszudrücken und sich mit anderen Betroffenen auszutauschen.

Wininger und Eder-Steiner (2008, 84) erklären, dass Bezugspersonen oft selbst Beistand brauchen und über die psychische Ausnahmesituation und die aktuellen Bedürfnisse der Betroffenen in Kenntnis gesetzt werden müssen. In diesem Zusammenhang bedarf es in vielen Fällen ihrer Mitarbeit, um die Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen sowie die oft unbewusste Beziehungsdynamik besser zu verstehen, die sich im Anschluss an traumatische Erfahrungen entwickelt.

Dabei ist wieder darauf hinzuweisen, dass im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. keine Therapeuten am Werk sind und somit keine unbewussten Vorgänge der Kinder oder deren Angehörigen beachtet werden. Dennoch ist es in ihrer Arbeit wichtig, die Erwachsenen bei auftretenden Problemen zu beraten und, wenn nötig, an weiterführende Unterstützung zu verweisen.

Gewohntes gibt in Krisensituationen Halt und Sicherheit, erklärt Bogyi (1999a, 113). Helfende Personen sollten den Betroffenen Sicherheit durch Vereinbarungen geben. Es sollte etwas geben, auf das man sich in einer veränderten Situation verlassen kann. Auch Rituale können dabei unterstützen, da sie das Handeln einer Gruppe und auch des Einzelnen strukturieren. Sie können somit Halt und Ordnung in die Begegnung mit Sterben, Tod und Trauer bringen. Jorgos Canacakis (1987, 87) schreibt ihnen gleich eine ganze Reihe von

Vorteilen zu: „Ausdruck des Trauerschmerzes, klare Rollenverteilung, Gliederung des Trauerablaufs, zeitliche Begrenzung mancher Phasen, Klärung der Beziehung zum Toten, Entstehung von Bindungen, Verstärkung des Zusammenhalts in der Gemeinschaft.“ Leider haben Trauerrituale jedoch, wie bereits oben erwähnt, in unserer Gesellschaft zunehmend an Bedeutsamkeit verloren, sind distanziert, sinnentleert, manipulierend, gefühlshindernd, übermäßig einschränkend, stark verpflichtend und starr geworden, erklären auch Bogyi et al. (2003, 12). Dies scheint ein Grund mehr, der Trauer in unserer Gesellschaft wieder mehr Raum zu geben und dem Angebot von professioneller Trauerbegleitung Aufmerksamkeit zu schenken.

In den Beratungsgesprächen mit den Angehörigen im Zentrum werden diese ebenfalls darauf hingewiesen, für möglichst wenig Veränderungen im Leben des Kindes nach einem Trauma zu sorgen bzw. ihnen durch ritualisierte Abläufe Halt und Sicherheit zu geben. Wie bereits oben erwähnt, sollten sie die Kinder in Abschiedsrituale, wie das Begräbnis, mit einbeziehen und sie somit an ihrem eigenen Trauerprozess teilhaben lassen.

6.8. Analyse: Ressourcen aktivieren/ Zukunftsorientierung

- a) *Eigene Ressourcen des Kindes stärken*
- b) *Aktivierung früherer Bewältigungsstrategien*
- c) *Soziale Ressourcen stärken und aktivieren*
- d) *Helfen den Blick wieder in die Zukunft zu richten*

Das Dougy Center hat dazu die dritte Traueraufgabe formuliert und folgende Unterstützungsmaßnahmen dazu angeführt.

Dritte Aufgabe: Weiterleben und lieben nach dem Tod einer geliebten Person

Es gibt unterschiedliche Wege den Tod einer geliebten Person zu verarbeiten:

- Für Kinder und Erwachsene, die den Tod verneinen, ist die/der Verstorbene noch am Leben.
- Kinder und Erwachsene, die den Tod ablehnen versuchen mit Drogen, Alkohol, rationalen Techniken, Religion, usw. das Geschehene zu verdrängen. Sie versuchen „darüber hinweg“ zu kommen, es zu „vergessen“.
- Einige versuchen das entstandene „Loch“ zu füllen durch andere Beziehungen oder Ersatzaktivitäten.

- Kinder und Erwachsene lernen damit „zu leben“. Die verstorbene Person ist noch immer ein Teil ihres Lebens in ihren Erinnerungen. Der Tod ist ein Teil ihrer selbst geworden.
- Im Laufe des Heilungsprozesses bewegen wir uns weg von der Frage: „Warum ist das passiert?“ über die Frage: „Was kann ich jetzt tun?“ bis hin zu der Frage: „Wie kann ich diese Aufgabe bewältigen?“
- Manche, die wirklich trauern und trotzdem ihr Leben genießen, fühlen sich schuldig und unloyal gegenüber der verstorbenen Person. Kinder sollten dazu aufgefordert werden sich auch von der Trauer „Auszeit“ zu nehmen und Spaß zu haben. Dies gibt die Energie zurück, die sie für die schweren Zeiten mit Trauergefühlen und Gedanken benötigt haben (vgl. Facilitator Skills Manual, S. I – 8, Übersetzung d. Verf.).

Unterstützung zur Bewältigung der dritten Aufgabe:

1. Es soll an den natürlichen Trauerprozess des Kindes und der Familie geglaubt werden.
2. Die bewältigten Traueraufgaben sollten Beachtung finden.
3. UnterstützerInnen sollten auf ihre eigene Trauer und den eigenen Unterstützungsbedarf achten.
4. „Auszeiten“ vom Trauern soll so häufig wie erforderlich genommen werden um sich so gut wie möglich zu entspannen (vgl. Facilitator Skills Manual, S. I – 9, Übersetzung d. Verf.).

In den Einzelberatungen werden sehr wohl die Ressourcen der Kinder erarbeitet. In den Trauergruppen wird darauf vertraut, dass die Kinder ihre Ressourcen einsetzen.

„Also ich denke unsere Arbeit ist schon ressourcenorientiert. Aber ich erarbeite jetzt keine Ressourcen – also in den Gruppen nicht. Aber wenn wir Einzelberatung machen arbeiten wir da fast nur dran. Also, dass wir gucken: Was haben die Kinder für Ressourcen. Ähm, dass wir auch viel so Lebensläufe – ähm, dass die halt schauen – wo sind meine Wurzeln - was hab ich da mitbekommen? Das machen wir sehr viel in Einzelberatung. In der Gruppenarbeit, denk ich, vertrauen wir halt auf die Ressourcen der Kinder, dass sie halt das machen was sie machen möchten. Aber wir würden jetzt niemals daran arbeiten an einem Kind – wir gucken jetzt wo deine Ressourcen sind. Oder, dass wir sagen: Jetzt hast du schon so viele Abschiede gemeistert, jetzt wirst du den auch noch meistern – so arbeiten wir wieder nicht“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Das Zentrum arbeitet nicht aktiv daran, den Blick der Kinder in den Trauergruppen die Zukunft zu richten.

„Also es ist so, dass man ja schon bei den Kindern merkt. Sie kommen zu uns, dann sind sie halt sehr, sehr zu oder sehr aggressiv – das ist unterschiedlich – und wenn sie dann eine Zeitlang das einfach ausgelebt haben, ist es schon so, dass man schon merkt: sie können mehr wieder ins Leben zurück und auch mehr wieder überlegen: was kommt dann noch? Und man merkt das einfach wenn sie sagen: Ich hab jetzt Sport angefangen – ich spiel jetzt Fußball und das ist für uns sozusagen dann auch das Zeichen – jetzt wird's weniger, jetzt läuft's aus. Und oft ist es dann auch so, dass sie sagen: Ich hab jetzt zwei andere Termine, die sind mir wichtiger – ich komme jetzt nicht mehr. Aber wir würden's nie explizit zum Thema machen. Also wir könnten jetzt zum Beispiel beim Abschlussritual sagen: Was hast du jetzt vor in der nächsten Zeit? – das machen wir aber nicht“ (Alefeld-Gerges, 8. 5. 2008).

Diskussion

„Therapeutische Strategien müssen die Ressourcen und Stärken des Kindes stützen, andererseits die Ressourcen des sozialen Umfeldes aufspüren und einsetzen. Therapeutische Strategien müssen den Trauerprozess unterstützen“ (Bogyi 2003a, 37).

Im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. wird auf die Ressourcen der Kinder vertraut. Es wird der Ansatz vertreten, dass jedes Kind die Fähigkeit besitzt, seinen persönlichen Trauerweg zu finden und zu gehen, wenn es die Möglichkeit dazu hat. Demnach werden die Ressourcen der Kinder dahingehend gestärkt, dass sie die Möglichkeit bekommen, ihre Trauer auf unterschiedlichen Wegen auszudrücken, wozu ihnen Angebote zur kreativen Auseinandersetzung bereitgestellt werden wie Malen, Gestalten, Spielen, Bewegung, usw. Eine Auseinandersetzung mit ihren Stärken oder dem Meistern von vorherigen schwierigen Situationen werden in Beratungsgesprächen, wenn nötig, zum Thema gemacht. Die Stärkung der sozialen Ressourcen erfolgt, wie oben beschrieben, durch die Beratung der Angehörigen der Kinder im Zentrum und Unterstützung, indem sie ihre eigenen Anliegen mit Betroffenen in den Angehörigengruppen teilen und besprechen. Diese Maßnahme kann als Stärkung der Ressourcen der Angehörigen gesehen werden, was somit wieder den Kindern zugute kommt.

Auch Menschen in einer Krise oder die an einer psychischen Erkrankung leiden, beschreiben Riecher-Rössler et al. (2004, 14), verfügen in der Regel über eine Vielzahl von Ressourcen. Durch die starke Aktivierung der Problemebene werden diese von den Betroffenen jedoch kaum wahrgenommen. Die starke emotionale Anspannung in der Krise blockiert jeglichen Versuch der Betroffenen, aktive und zielgerichtete Bewältigungsstrategien anzuwenden. Es ist für sie erst in einer angstfreien Atmosphäre möglich, Ressourcen wirkungsvoll zu aktivieren. Ein hohes Stressniveau dagegen blockiert die Fähigkeit, verbal kodierte Wissen oder Ereignisse mit emotionaler Qualität in Erinnerung zu rufen. In den meisten Therapiekonzepten stehen die Probleme und deren Bearbeitung im Mittelpunkt, obwohl die Ressourcen des Patienten für die Indikation und Wirkung von Psychotherapien eine z. T.

größere Bedeutung haben als die Art der Probleme, beschreiben Riecher-Rössler et al. (2004, 41) weiter. Wichtig ist es, den Patienten zu unterstützen, eigene Ressourcen zu erkennen und diese auch zu mobilisieren.

Wie bereits oben erwähnt, werden im Zentrum nur in Beratungsgesprächen mit Kindern, die Auffälligkeiten aufweisen, deren Ressourcen thematisiert. In den Gruppentreffen werden diese nicht erarbeitet und besprochen, sondern durch die verschiedenen Angebote gefördert.

Die im Zusammenhang mit vielen Traumafolgestörungen stehende, eingeschränkte Zukunftsorientiertheit, welche besonders im Jugendalter häufig ist, sollte nach der Bearbeitung des Traumas überwunden werden, so Landolt (2008, 22). Der Fokus der Intervention kann sich nun auf zukunftsbezogene Themen wie die Wiederaufnahme von Entwicklungsaufgaben verlagern, die im Rahmen der eigentlichen Traumabearbeitung im Hintergrund standen. Die zukunftsorientierte und salutogenetische Perspektive, so Landolt (2008, 22) weiter, kann dem betroffenen Kind oder Jugendlichen helfen, sein Leben wieder aktiv in die Hand zu nehmen.

Zukunftsperspektiven werden im Zentrum ebenfalls nicht besprochen. Die Zukunftsorientiertheit zeigt sich vielmehr dadurch, dass sich die Kinder gegen Ende der Besuche in den Trauergruppen auf zukunftsgerichtete Aktivitäten konzentrieren und somit ihr Verlangen nach weiteren Gruppentreffen nachlässt. Dies erfolgt zumeist bereits nach zwei Jahren, kann jedoch auch länger dauern. Die Kinder berichten in dieser Phase dann von anderen Aktivitäten, wie dem regelmäßigen Besuch von Judostunden oder Fußballtraining, weshalb sie dann nicht mehr in die Trauergruppen kommen können oder wollen. Dies wird im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. als Zeichen dafür gesehen, dass sich das Kind oder der Jugendliche ausreichend mit seiner Trauer auseinandergesetzt hat und somit seinen persönlichen Trauerweg beschritten hat.

Gesamtresumé

In der hier vorliegenden Diplomarbeit wurde der Fragestellung nachgegangen: *Werden die aus der psychoanalytischen Theorie abgeleiteten Aufgaben der Trauerbegleitung in der praktischen Arbeit mit Kindern im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. umgesetzt? Wenn ja, in welcher Weise?*

Um diese Fragestellung zu beantworten, wurden wissenschaftliche Beiträge zu den Themen Trauer, Trauma und Trauerbegleitung dargestellt und daraus Aspekte der Trauerbegleitung abgeleitet. Dabei wurde vor allem auf die Theorie und Praxis der Kriseninterventionsstelle die „Boje“ Bezug genommen. Anhand dieser Aspekte der Trauerbegleitung wurde ein Interviewleitfaden deduziert, um eine Befragung mit der Geschäftsführerin und Gruppenleiterin des Zentrums für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. in Bremen, Beate Alefeld-Gerges, durchzuführen. Aufgrund dieses Interviews und zahlreicher Veröffentlichungen des Zentrums e. V. wurde dessen Arbeitsweise dargestellt und anschließend anhand der abgeleiteten Aspekte der Trauerbegleitung diskutiert. Die Ergebnisse werden hier noch einmal zusammenfassend angeführt und sich daraus ergebende weiterführende Forschungsfragen entwickelt.

Nach der vorhergehenden Analyse des Zentrums für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. und dem Vergleich mit der Boje ist festzustellen, dass die Methoden der Trauerbegleitung der beiden Einrichtungen wesentlich divergieren. Dies ist jedoch nicht erstaunlich, da es sich um unterschiedliche Organisationen handelt, die sich durch ihre Konzeption und Arbeitsweise erheblich unterscheiden. Während die Boje vor allem PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen beschäftigt, wird im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. hauptsächlich mit ehrenamtlichen MitarbeiterInnen, also Laien, gearbeitet und es werden PädagogInnen oder PsychologInnen als Leitungspersonal eingesetzt. Somit wird im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. keine psychotherapeutische Hilfe angeboten. Dennoch soll hier abschließend noch einmal diskutiert werden, ob und welche psychoanalytischen Aspekte von Trauerbegleitung in deren Arbeit vertreten sind und welche weiterführenden Fragen dadurch aufgeworfen werden.

Während die Boje Krisenintervention und weiterführende Therapie nach individualpsychologischer Theorie für Kinder, Jugendliche und deren Angehörige anbietet, die deren Hilfe nach dem Auftreten von traumatischen Ereignissen unterschiedlichster Art aufsuchen, stellt das Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. eine pädagogische Präventionsmaßnahme dar. Diese spricht Kinder, Jugendliche und deren Angehörige an, die

eine nahe stehende Person durch Tod verloren haben. Somit unterscheiden sich die beiden Institutionen nicht nur durch ihre Arbeitsweise, sondern auch durch die Zielgruppe. Die Boje bietet neben Hilfe für Kinder, Jugendliche und deren Bezugspersonen, die mit dem Tod eines Angehörigen konfrontiert sind, auch noch Unterstützung bei chronischen Krankheiten der Kinder oder einer nahen Bezugsperson an, zum Beispiel bei Kindern, die einen schweren Unfall erlebt haben oder auf Dauer körperlich beeinträchtigt bleiben, Kinder schwer psychiatrisch kranker Eltern, Flüchtlingskinder, die schwere traumatische Erlebnisse verarbeiten müssen, durch Katastrophen traumatisierte Kinder u. v. m. Dennoch ist dem Jahresbericht 2006 zu entnehmen, dass insgesamt 31,72 % der vorstelligen Kinder und Jugendlichen aufgrund eines Todesfalles mit der Boje Kontakt aufnahmen und somit einen Großteil der Zielgruppe darstellen (vgl. Die Boje 2006, 7). Sowohl die Boje, als auch das Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. sehen sich als ein sehr niederschwelliges Angebot, das ohne jegliche vorherige ärztliche Überweisung bzw. Auffälligkeiten der Kinder genutzt werden kann und keine zusätzlichen Kosten verursacht. Dabei wird aus dem hier Recherchierten nicht ersichtlich, wie niederschwellig das Angebot tatsächlich von den Hilfesuchenden erlebt wird und könnte somit als Gegenstand für weiterführende Forschung angesehen werden. So könnte etwa durch eine Befragung von Angehörigen der Zielgruppe eruiert werden, ob die jeweilige Einrichtung als niederschwellig, erlebt wird und welche Aspekte als Hemmschwellen empfunden werden.

Als wesentliches Ziel der Arbeit in beiden Einrichtungen wird erachtet, auf ein gesellschaftliches Problem aufmerksam zu machen, nämlich auf die Tabuisierung und Verdrängung des Todes und auf die damit zusammenhängenden Emotionen. Der Zweck des Zentrums e. V. ist es etwa, der Trauer der Kinder und Jugendlichen einen Platz zu geben und somit den Tod zu enttabuisieren. Dabei wird nicht unterschieden, ob die Kinder und Jugendlichen bereits posttraumatische Störungen aufweisen oder nicht. Haben die Kinder bereits Probleme, kann der Besuch des Zentrums als zusätzliche Unterstützung gelten. Er kann jedoch nicht anstelle einer Therapie gesetzt werden. Hier besteht ein Vorteil in der Arbeitsweise der Boje, da bei dieser bereits Therapie angeboten wird, und somit lange Wartezeiten auf therapeutische Unterstützung vermieden werden können. Die Erforschung der Tabuisierung des Todes in der heutigen Gesellschaft und des möglichen Beitrags zur Enttabuisierung durch das Zentrum für trauernde Kinder e. V. oder die Boje fällt wohl (nach Meinung der Verf.) eher in das Forschungsgebiet der Soziologie und kann somit nicht in einer pädagogischen Forschungsarbeit beantwortet werden.

Aus der Analyse der einzelnen Aspekte der Trauerbegleitung kann gefolgert werden, dass das Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. im Gegensatz zur Boje den Ansatz vertritt, dass die Kinder und Jugendlichen selbst ihren Trauerweg finden sollen und somit ein rascher Beginn der Unterstützungsmaßnahmen nicht immer vorteilhaft ist, vor allem, da die erste Trauerphase – die Schockphase – als Schutzfunktion gesehen wird, in der die Kinder und Jugendlichen noch nicht bereit sind, sich mit dem Verlusterlebnis zu konfrontieren. Prinzipiell wird allerdings auch im Zentrum e. V. ein möglichst rasches Einsetzen der Hilfe angestrebt.

Da die Indikationsstellung im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. im Gegensatz zur Boje nicht genau erfolgen kann, bezieht man sich dort auf Hinweise für Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen, um sie an weiterführende Therapie zu verweisen. Welche therapeutischen Maßnahmen dann mit den Kindern erfolgen, wird von der jeweiligen Einrichtung bzw. den dort beschäftigten PsychotherapeutInnen getroffen. Die Trauergruppen des Zentrums für trauernde Kinder und Jugendliche können von diesen Kindern jedoch weiterhin besucht und als zusätzliche Unterstützung angesehen werden. Inwiefern dieser zusätzliche Besuch in den Trauergruppen tatsächlich für die Kinder und Jugendlichen hilfreich ist, könnte wiederum als weiterführende Fragestellung betrachtet werden. Dazu müssten die Auswirkungen der einzelnen Maßnahmen des Angebotes auf die Psyche bzw. die psychische Struktur des Kindes oder des Jugendlichen untersucht werden, um sie als hilfreich einstufen zu können.

Der Aufbau eines sicheren Rahmens erfolgt durch unterschiedliche Maßnahmen des Zentrums für trauernde Kinder und Jugendliche e. V., wie das Aufstellen von Regeln, die Begleitung durch Angehörige, die sich im Nebenraum aufhalten müssen, der ritualisierte Ablauf der Gruppentreffen, das Mitbringen von Übergangsobjekten, die Freiwilligkeit und die freie Wahl des Spiels bzw. der Handlungen usw. Im Gegensatz zur Boje entstehen im Zentrum keine engen Beziehungen zu den freiwilligen MitarbeiterInnen, wie sie in einer Psychotherapie entstehen. Die Kinder können ihre jeweilige Bezugsperson frei auswählen. Gespräche über Gefühle oder Gedanken entstehen nur, wenn das Kind dies möchte, wobei von den BegleiterInnen nicht aktiv nachgefragt wird. Die Kinder erzählen nur so viel sie wollen. Inwiefern dieser Ansatz als hilfreich und zielführend angesehen werden kann, könnte ebenso als Fragestellung einer weiteren Untersuchung dienen.

Dass der Tod vom Kind realisiert werden muss, ist auch im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. Voraussetzung, da sonst das Beschreiten des Trauerweges als nicht möglich erachtet wird. Dabei wird wie auch in der Boje angenommen, dass die Kinder das Recht

haben, über die Tatsachen der Ereignisse informiert zu werden. Das Beschönigen, Verschleiern oder gar Verschweigen des Todes wird als nicht hilfreich für das Kind erachtet. Die Kinder oder Jugendlichen werden jedoch im Gegensatz zu den Maßnahmen in der Boje nicht mit dem traumatischen Ereignis konfrontiert. Eine Bearbeitung durch die Schritte der Stabilisierung, Konfrontation und Integration des Traumas, wie in einer Therapie, erfolgt im Zentrum e. V. somit nicht. Auftretende Gedanken oder Gefühle werden nur dann besprochen, wenn das Kind oder der Jugendliche das von sich aus möchte. Dann ist es jedoch ebenfalls Anliegen des Zentrums, etwaige Schuldgefühle des Kindes auszuräumen. In den sogenannten „Selbsttötungsgruppen“, welche nur Kinder besuchen, deren Angehörige durch Suizid gestorben sind, werden jedoch sehr wohl anhand von Arbeitsmaterialien Gespräche über Schuld, Wut oder andere mit Trauer zusammenhängende Gefühle und Gedanken initiiert. Dabei wird jedoch vor allem die Gemeinschaft als stützend angesehen.

Der Ausdruck der Trauergefühle der Kinder und Jugendlichen ist das zentrale Anliegen des Zentrums für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. Es wird angenommen, dass ein kleines Kind nicht die komplizierten Zusammenhänge von Tod und Trauer versteht, die damit verbundenen Gefühle jedoch fühlt und durch sein Verhalten zum Ausdruck bringt. Durch die Methode des Spiegels wird versucht, die Kinder ein Stück weiter auf ihren Trauerweg zu bringen. Dabei ist jedoch wieder festzustellen, dass sich die Anwendung und die zugrunde liegenden Annahmen dieser Methode von dieser Vorgehensweise des Spiegels unterscheidet, wie sie in der psychoanalytischen Theorie und Praxis verstanden wird. Auch hier gelte es in einer weiteren Untersuchung zu erforschen, wie die Methode des Spiegels nach dem Zentrum e. V. als Unterstützung im Trauerweg erachtet werden kann und welche Auswirkungen dies bei den Kindern und Jugendlichen zeigt.

Der Einsatz von Übertragung und Gegenübertragung als Arbeitsmethode erfolgt im Zentrum für trauernde Kinder e. V., im Gegensatz zu psychoanalytischen Methoden, nicht. Die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen werden jedoch nachdrücklich darin geschult, ihre Gefühle zu Trauer und Tod zu reflektieren, um sie nicht auf die Kinder und Jugendlichen zu projizieren. Der Einsatz der Methode des Spiegels, sowie die Anwesenheit der Gruppenleiterin während der Trauergruppen und die Besprechungen vor und nach den Gruppentreffen verhindern, dass die freiwilligen MitarbeiterInnen überfordert werden oder Überengagement und folglich Burnout drohen.

Das Einbeziehen des sozialen Umfelds geschieht wiederum in beiden Einrichtungen. Durch Beratungsgespräche und das Angebot der Angehörigengruppen werden im Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. die Angehörigen und somit auch die Kinder

unterstützt. Dadurch werden außerdem die sozialen Ressourcen des Kindes oder Jugendlichen aktiviert, wie dies auch durch die Arbeit in der Boje geschieht. Auf zukunftsgerichtete Aktivitäten wird der Blick des Kindes im Zentrum e. V. jedoch nicht geleitet, genauso wenig wie die Hinführung der Aufmerksamkeit auf früher bewältigte Krisen. Ein Paradigma des Zentrums ist hingegen, auf die Ressourcen des Kindes zu vertrauen, seinen individuellen Trauerweg zu gehen. Es kann jedoch angenommen werden, dass die Angebote des Zentrums die jeweiligen Ressourcen der Kinder aktivieren und sie so unterstützt werden, ihre Trauer zu durchleben, was wiederum nahe legt, an diesem Punkt weiter zu forschen und damit einen Beitrag zur Theorie der Trauerbegleitung zu leisten.

Der Ertrag dieser Diplomarbeit für die Pädagogik ist somit die Darlegung der Theorien und Arbeitsweisen zweier unterschiedlicher Organisationen, die Trauerbegleitung für Kinder und Jugendliche anbieten. Die Analyse und der Vergleich der beiden Einrichtungen ist deshalb von Interesse, da es das Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. im Gegensatz zur Boje, in Österreich noch nicht gibt. Basierend auf der hier dargestellten Analyse könnten somit den in diesem Kapitel angeführten weiterführenden Forschungsfragen nachgegangen werden.

Um die Arbeitsweise des Zentrums für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. zu veranschaulichen, werden im Anhang der Diplomarbeit Bilder dargestellt.

Literatur

- Adler, A. (1933): Religion und Individualpsychologie. In: Adler, A.; Jahn, E.: Religion und Individualpsychologie. Eine prinzipielle Auseinandersetzung über Menschenführung. Fischer TB: Frankfurt, (1975), S. 68 – 98
- Appel-Ramb, C. (2008): Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT). In: Landolt, M. A.; Hensel T.: Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen. Hogrefe Verlag: Göttingen
- Ariés, Ph. (1978): Geschichte des Todes. Carl Hanser Verlag: München (1980)
- Arnold, W.; Eysenck, H. J.; Meili, R. (1996): Lexikon der Psychologie. Herder Verlag: Freiburg
- Bogyi, G. (1997): Trauer. in: Reinelt, T. (Hrsg.) (1997) Lehrbuch der Kinderpsychotherapie. Grundlagen und Methoden. UTB, Ernst Reinhardt, GmbH: München, S. 264 – 269
- Bogyi, G. (1999a): Begleitung von Kindern und Jugendlichen in Krisensituationen. In: Bucher, et al (Hrsg): Aufgang- Untergang – Übergang. Otto Müller Verlag: Salzburg
- Bogyi, G. (1999b): Wenn Kinder mit Todeserlebnissen konfrontiert sind. Grundzüge einer begleitenden Arbeit mit Eltern. In: Datler, W.; Figdor, H.; Gstach, J.: Die Wiederentdeckung der Freude am Kind. Psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung heute. Psychosozial-Verlag: Gießen
- Bogyi, G. (2001): Kindliches Erleben und Psychodynamik bei Tod eines Elternteils. In: Jellenz-Siegel, B., Prettenthaler, M., Tuider, S. (Hrsg.): ... Und was ist mit mir? Kinder im Blickpunkt bei Trennungs- und Verlusterlebnissen. Steirische Verlagsgesellschaft: Graz, 31-43
- Bogyi, G. (2003a): Therapeutische Interventionen bei Kindern und Jugendlichen in akuten Belastungssituationen. In: Lehmkuhl, U.: Wie arbeiten Individualpsychologen heute? Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen S. 22 – 42
- Bogyi, G. (2003b): Trauerbegleitung. In: Clemens Hausmann: Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung. Grundlagen, Interventionen, Versorgungsstandards. Fakultas Verlag: Wien, (2005) 2. Aufl.
- Bogyi, G.; Perko, G.; Voitlehner, U. (2006a): Seelische Hilfe für Kinder und Jugendliche. Unterlagen der „Boje“, Wien.
- Bogyi, G. (2006b): Magisches Denken und die Verarbeitung von traumatischen Ereignissen. In: Steinhardt, K., Büttner, C., Müller, B. (Hrsg.): Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik 15. Psychosozial-Verlag: Gießen, 39-56

- Bowlby, J.(1983): Verlust, Trauer und Depression. Fischer Taschenbuchverlag: Frankfurt am Main
- Canacakis, J. (1987): Ich sehe deine Tränen: Trauern, klagen, leben können. Kreuz Verlag GmbH & Co. KG: Stuttgart/Zürich
- Datler, W. (2002): Zeit, Struktur und Lebensalter II. Über Prozesse der Bildung basaler psychischer Strukturen und die heilpädagogische Arbeit mit „verhaltensauffälligen“ Jugendlichen. In: Hofmann, Ch.; Brachet, I. Moser, V.; v. Stechow, E.: Zeit und Eigenzeit als Dimensionen der Sonderpädagogik. Edition SZH: Luzern.
- Datler, W.; Freilinger, S. (2006): „Das wird lange dauern...“ Über traumatische Erfahrungen als Gegenstand der psychotherapeutischen Diagnose, Indikation und Prognose in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. In: Zeitschrift für Individualpsychologie 31: S. 329 – 346
- Datler, W.; Stumm, G. (1994): Individualpsychologie. In: Stumm, G.; Wirth, B.: Psychotherapie. Schulen und Methoden. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis. Falter Verlag: Wien
- Die Boje (2006): Ambulatorium für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen des Individualpsychologischen Zentrums. Jahresbericht 2006.
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (2000): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10, Kapitel V (F). Huber Verlag: Bern; 4. Aufl.
- Fischer, G.; Riedesser, P. (1998): Lehrbuch der Psychotraumatologie. UTB - Ernst Reinhardt Verlag, München
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E. L.; Target, M. (2002): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Klett-Cotta: Stuttgart
- Freud, S. (1912/13): Totem und Tabu. in: Gesammelte Werke. Chronologisch geordnet. neunter Band. Fischer Taschenbuch Verlag: Frankfurt am Main (1999), S. 122 – 194
- Freud, S. (1916): Trauer und Melancholie. in: Gesammelte Werke. Chronologisch geordnet. Zehnter Band. Werke aus den Jahren 1913 – 1917. Fischer Taschenbuch Verlag: Frankfurt am Main (1999), S. 428 – 446
- Furman, E. (1977): Ein Kind verwaist. Untersuchungen über Elternverlust in der Kindheit. Klett-Cotta: Stuttgart
- Goldbrunner, H. (1996): Trauer und Beziehung. Systemische und gesellschaftliche Dimensionen der Verarbeitung von Verlusterlebnissen. Matthias-Grünwaldverlag: Mainz
- Hanser, H.; Scholtyssek, Ch.(2000): Lexikon der Neurowissenschaft in vier Bänden.

- Spektrum Akademischer Verlag: Heidelberg
- Hausmann, C. (2003): Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung. Grundlagen, Interventionen, Versorgungsstandards. Fakultas Verlag: Wien, (2005), 2. Aufl.
- Hutterer, R. (1994): Personenzentrierte Psychotherapie. In: Stumm, G.; Wirth, B.: Psychotherapie. Schulen und Methoden. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis. Falter Verlag: Wien
- Holderegger, H. (1998): Der Umgang mit dem Trauma. Klett Cotta: Stuttgart
- Iskenius-Emmler, H. (1988): Psychologische Aspekte von Tod und Trauer bei Kindern und Jugendlichen. Peter Lang Verlag: Frankfurt am Main
- Kast, V. (1982): Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses. Kreuz Verlag: Stuttgart. 13. Auflage (1992)
- Krucker, W. (1997): Spielen als Therapie – ein szenisch-analytischer Ansatz zur Kinderpsychotherapie. Pfeiffer Verlag: München
- Krüsmann, M.; Müller-Cyran, A. (2005): Trauma und frühe Interventionen. Möglichkeiten und Grenzen von Krisenintervention und Notfallpsychologie. Pfeiffer bei Klett-Cotta: Stuttgart
- Lammer, K. (2003): Den Tod begreifen. Neue Wege in der Trauerbegleitung. Neukirchener Verlag: Neukirchen-Vluyn, (2004), 2. Aufl.
- Lamnek, S. (1988): Qualitative Sozialforschung. Band 2 Methoden und Techniken. Beltz, Psychologie Verlags Union: Weinheim, (1995), 3. Aufl.
- Landolt, M. A. (2004): Psychotraumatologie des Kindesalters. Hogrefe Verlag: Göttingen
- Landolt, M. A.; Hensel T. (2008): Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen. Hogrefe Verlag: Göttingen
- Langenmayr, A. (1999): Trauerbegleitung. Beratung – Therapie – Fortbildung. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen
- Laplanche, J.; Pontalis, J. B. (1972): Das Vokabular der Psychoanalyse. Suhrkamp: Frankfurt am Main
- Leist, M. (1979): Kinder begegnen dem Tod. Herder Verlag: Freiburg im Breisgau
- Lueger-Schuster, B.; Pal-Handl, K. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Elternratgeber für traumatisierte Kinder. Springer Verlag: Wien
- Mayring, Ph. (1990): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Beltz Verlag: Weinheim und Basel, (2002), 5. Aufl.
- Moser, U. (2001): „What is a Bongaloo, Daddy?“ Übertragung, Gegenübertragung,

- therapeutische Situation. Allgemein und am Beispiel „früher Störungen“. In: Psyche 2, S. 97 - 136
- Nassehi, A. und Weber, G. (1989): Tod, Modernität und Gesellschaft. Entwurf einer Theorie der Todesverdrängung. Westdeutscher Verlag GmbH: Opladen
- Plieth, M. (2002): Kind und Tod. Zum Umgang mit kindlichen Schreckensvorstellungen und Hoffnungsbildern. Neukirchener Verlag: Neukirchen-Vluyn
- Pynoos, R.S.; Steinberg, A.M.; Goenjian, A. (2000): Traumatische Belastungen in Kindheitstraumata. in: Van der Kolk, B.A.; MC Farlane, A.; Weisaeth, L. (Hrsg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Junfermann: Paderborn. S. 265 - 288
- Rauchfleisch, U. (2001): Arbeit im psychosozialen Feld. Beratung, Begleitung, Psychotherapie, Seelsorge. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen
- Reddemann, L.; Krüger, A. (2007): Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie für Kinder und Jugendliche. PITT-KID – Das Manual. Klett-Cotta Verlag: Stuttgart
- Rehberger, R. (2004): Angst zu trauern. Trauerabwehr in Bindungstheorie und psychotherapeutischer Praxis. Pfeiffer bei Klett-Cotta: Stuttgart
- Riecher-Rössler, A.; Berger, P.; Tarik Yilmaz, A.; Stieglitz, R. D. (Hrsg.) (2004): Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention. Grundlagen, Techniken und Anwendungsgebiete. Hogrefe Verlag: Göttingen
- Riedesser, P.; Fischer, G.; Schulte-Markwort, M.(1998): Zur Entwicklungspsychologie und – pathologie des Traumas. In: Streek-Fischer, A. (1998): Adoleszenz und Trauma. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen, S. 79 – 90
- Saß, H.; Witchen, H.; Zandig, M.; Hauben, I. (2003): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM IV-TR. Hogrefe Verlag: Seattle
- Sonneck, G. (2000): Krisenintervention und Suizidverhütung. Facultas: Wien
- Specht-Tomann, M.; Tropper, D. (2000): Wir nehmen jetzt Abschied: Kinder begegnen Sterben und Tod. Patmos Verlag GmbH: Düsseldorf
- Spiecker-Verscharen, I. (1982): Kindheit und Tod. Die Konfrontation mit dem Tod in der modernen Kinderliteratur. Haag und Herchen Verlag: Frankfurt am Main
- Spiegel, Y. (1973): Der Prozess des Trauerns. Analyse und Beratung. Matthias-Grünwald-Verlag: München. 7. Auflage (1989)
- Streek-Fischer, A. (Hg.) (2001): Körper, Seele, Trauma: Biologie, Klinik und Praxis. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen
- Tenbrink, D. (2003): Das Trauma aus psychoanalytischer Sicht. In: Zeitschrift für

- Individualpsychologie 28,3. Vandenhoeck & Ruprecht: Göttingen. S. 271 - 287
- Terr, L. C. (1995): Childhood traumas: an Outline and an Overview. In: Everly, G. S.; Lating, J. M. (Hg.), Psychotraumatology. New York, S. 301 – 319
- Van der Kolk, B. A. (1998): Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata. In: Streek-Fischer, A. (Hrsg.): Adoleszenz und Trauma. Vandenhoeck und Ruprecht: Göttingen. S. 32 – 56)
- Van der Kolk, B. A.; Mc Farlane, A. C.; Weisaeth, L. (2000): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschungen zu posttraumatischem Streß sowie Traumatherapie. Junfermann Verlag: Paderborn
- Weinberg, D. (2005): Traumatherapie mit Kindern. Strukturierte Trauma-Intervention und traumabezogene Spieltherapie. Pfeiffer bei Klett-Cotta: Stuttgart.
- Winger, M.; Eder-Steiner, S. (2008): „Keiner hört so zu wie Sie!“ Zur Arbeit mit Jugendlichen nach traumatischen Erfahrungen. In: Zeitschrift für Individualpsychologie 33: S. 77 - 95
- Wintsch, H. (2008): Gruppenpsychotherapie mit (kriegs-)traumatisierten Kindern und Jugendlichen: Ein entwicklungs- und resilienzorientierter Ansatz. in: Landolt, M. (2008): Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen. Hogrefe Verlag: Göttingen S. 201 - 231
- Worden, W. (1986) Beratung und Therapie in Trauerfällen: Ein Handbuch. Verlag Hans Huber: Bern. 2. Auflage (1999)

Literatur und Homepages zur Analyse des Zentrums für Trauernde Kinder und Jugendliche e. V.:

- Dougy Center (2008): www.dougy.org [Stand: 2008-06-02]
- The Dougy Center for Grieving Children (2004): Waving Goodbye. An Activities Manual.
- The Dougy Center for Grieving Children (2004): Skills Development Training Manual for Volunteer Group Facilitators.
- The Dougy Center for Grieving Children (2004): Helping Children Cope with Death.
- The Dougy Center for Grieving Children (2004): 35 Ways to Help a Grieving Child.
- Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. (2007): Modellprojekt – [Stand 10/2007]
- Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V. (2007): Wenn sich jemand selbst getötet hat. Arbeitsheft für Kinder. In Anlehnung an „After a Suicide“ des Dougy Center, Portland, Oregon. Bremer Medien-Verlag: Bremen

Zentrum für trauernde Kinder und Jugendliche e. V.(2008): www.trauernde-kinder.de [Stand: 2008-06-02]

ANHANG

Als Anhang soll hier der Ablauf einer Trauergruppe anhand von Bildern veranschaulicht werden.

Die Begrüßungsrunde mit den Kindern, den freiwilligen HelferInnen und der Gruppenleiterin Ines Schäferjohann läuft als Ritual immer gleich ab.



Ein Gong wird von einem Kind zum nächsten gegeben. Dabei stellt sich jedes Kind mit Namen und Alter vor und erzählt, wer in seiner Familie gestorben ist und woran.



Nach der Begrüßungsrunde können die Kinder spielerisch aufbereitete Aufgaben zum Thema Trauer durchführen. Sie haben auch jederzeit die Möglichkeit Fragen zu stellen.



Den größten Teil des Ablaufes der Trauerbegleitung stellt die Freispielphase dar. Darin haben die Kinder und Jugendlichen die Möglichkeit Kicker zu spielen, im Toberaum ihre Wut auszuleben, zu malen und kreativ zu arbeiten oder sich einfach auszuruhen. Immer begleitet von freiwilligen MitarbeiterInnen, die ihr Verhalten spiegeln, wenn nötig. Dies hat den Sinn, dass die Kinder ihre Trauergefühle ausdrücken und sich dessen etwas bewusster zu werden.





Parallel zu den Trauergruppen der Kinder treffen sich die Angehörigen zu den Erwachsenentrauergruppen. Dies soll den Kindern die Sicherheit geben, dass immer eine vertraute Person erreichbar ist, wenn sie wollen und bietet den Erwachsenen die Möglichkeit sich über ihre Trauer auszutauschen und sich gegenseitig zu unterstützen.



Mit dem Abschlusskreis, zu dem auch die Erwachsenen dazugeholt werden und jeder noch einmal die Möglichkeit hat Fragen zu stellen oder seiner Trauer Ausdruck zu verleihen, verabschieden sich die Kinder.



Lebenslauf

Name: Tanja Huspek

Geboren: 10. März 1977 in Grieskirchen

Bildungsgang: 1983 - 1987 Volksschule in Krenglbach (OÖ)

1987 - 1991 Hauptschule in Pichl bei Wels (OÖ)

1991 - 1996 Handelsakademie II in Wels (OÖ)

seit 1996 Studium der Pädagogik mit der Fächerkombination
Psychologie an der Universität Wien

Beruflicher Werdegang:

- seit 1. Juni 2004 Anstellung bei atempo – Verein zur Gleichstellung von
Menschen mit Behinderung, 1090 Wien
- Training und Integrationsmaßnahmen für Menschen mit Behinderung
 - Projektleitung: „Profit“ – Equal Projekt zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderung im Auftrag der Caritas Wien
 - Projektleitung: Schulung zum Behindertengleichstellungsgesetz
- Dez. 2001 – Juni 2004 Lernassistentin für Menschen mit Behinderung bei atempo, 1090 Wien
- Von 1994 - 2004 diverse Tätigkeiten im Kinderanimationsbereich (Zusammenarbeit mit Clown Hanniboi), Service in der Gastronomie, Büroarbeiten, Computerkurse für Menschen mit Behinderung, Verkehrserziehung für Kinder,