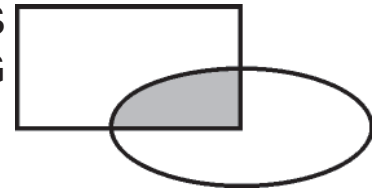


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



5. Jg. ■ Heft 2 ■ April 2009

Inhalt

Themenschwerpunkt: Krisentheorie und Krisenintervention

- 3 Editorial
- 4 *Ralf Bohnert und Heiner Dehner*
Krisen halten sich an keine Sprechzeiten
- 6 *Claudia Geßner*
Kinder krebskranker Eltern
Welche inneren und äußeren Ressourcen nutzen Kinder zur Bewältigung einer solchen Belastungssituation?
- 9 *Susanne Michulitz und Tina Garten*
Metaphern der Trauer
Sprachliche Konstruktionen von betroffenen Angehörigen und Überlegungen zu deren Beratung in der Sozialen Arbeit
- 2 Krisentheorie und Krisenintervention in der Klinischen Sozialarbeit: Literatur zum Themenschwerpunkt
- 2 Hinweis/Call for Papers: »Vergessene Zusammenhänge« – Jahrestagung Rekonstruktive Sozialarbeitsforschung (Nov. 2009)
- 2 Zu den AutorInnen dieser Ausgabe
- 2 Wissenschaftlicher Beirat und Impressum

Herausgeber

- Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V.
- Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
SOZIALE ARBEIT



Forum für Wissenschaft und Praxis



Zu den AutorInnen dieser Ausgabe

Ralf Bohnert

Diplom-Sozialpädagoge. Leiter des Krisendienstes Mittelfranken. Kontakt zum Krisendienst: Krisendienst Mittelfranken, Hessestrasse 10, 90443 Nürnberg. Zentrale Telefonnummer: 0911/424855-0, Beratung in russischer Sprache: 0911/424855-20, Beratung in türkischer Sprache 0911/424855-60, Internet: www.krisendienst-mittelfranken.de.
Kontakt: r.bohnert@krisendienst-mittelfranken.de

Heiner Dehner

Diplom-Psychologe. Psychiatriekoordinator der Stadt Nürnberg, Stabsmitarbeiter des Gesundheitsamtes Nürnberg, Geschäftsführer des Krisendienstes Mittelfranken.
Kontakt: Heiner.Dehner@stadt.nuernberg.de

Tina Garten

Diplom-Sozialpädagogin (FH), Jahrgang 1984. 2007-2008 als Pädagogische Mitarbeiterin an der Fortbildungsakademie der Wirtschaft in Löbau tätig. Seit

Oktober 2008 als Sozialarbeiterin der Justiz beim Landgericht Görlitz (Bewährungs- und Gerichtshilfe) angestellt.
Kontakt: tinagarten@gmx.de

Claudia Geßner

Diplom-Sozialpädagogin, Zusatzausbildung als Trauerbegleiterin. Berufserfahrung in der sozialpädagogischen Familienhilfe und in der Krebsberatung. Seit fünf Jahren tätig als Sozialarbeiterin in einer Reha-Fachklinik für Onkologie und Kardiologie.
Kontakt: claudia_gessner@web.de

Susanne Michulitz

Diplom-Sozialpädagogin (FH), Jahrgang 1984. Seit 2007 in den Flexiblen Hilfen zur Erziehung der Lebenswelt gGmbH im Kreis Görlitz tätig. Aufgabengebiet: Stationäre und ambulante Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit psychosozialen Problemlagen.
Kontakt: susanne-michulitz@web.de

Krise/Krisenintervention in Klinischer Sozialarbeit: Literatur

Blätter der Wohlfahrtspflege. Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit. 2001. 148 (7+8): Themenschwerpunkt »Krisenintervention«.

Borde, T. (2005). Patientenorientierung und Bedarf an interdisziplinärer Zusammenarbeit in Notfallambulanzen. In B. Geißler-Piltz (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnosen und Behandlung in Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit* (S. 177-183). Münster: LIT.

Bosshard, M., Ebert, U. & Lazarus, H. (2007). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch* (3. vollst. überarb. Aufl.). Bonn: Psychiatrie Verlag.

Crefeld, W. (2005). Klinische Sozialarbeit und psychiatrische Krisen. In B. Geißler-Piltz (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnosen und Behandlung in Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit* (S. 152-163). Münster: LIT.

Egidi, K. & Boxbücher, M. (1996). *Systemische Krisenintervention*. Tübingen: DGVT. (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis. 31.)

Everstine, D. S. & Everstine, L. (1997). *Krisentherapie* (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta. (Amer. Original erschienen 1983.)

Filipp, S.-H. (1981). *Kritische Lebensereignisse*. München: Psychologie Verlags Union.

Golan, N. (1983). *Krisenintervention. Strategien psychosozialer Hilfen*. Freiburg: Lambertus. (Amer. Original erschienen 1978.)

Großmaß, R. (2000). *Psychische Krisen und sozialer Raum. Eine Sozialphänomenologie psychosozialer Beratung*. Tübingen: DGVT.

Hahn, G. (2005). Sozialtherapeutische Interventionen bei Krisen inhaftierter Sexualtäter. In B. Geißler-Piltz (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnosen und Behandlung in Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit* (S. 164-176). Münster: LIT.

Klein, U. (2005). Klinische Sozialarbeit in der Gerontopsychiatrie: Wege zum Verstehen und zur Be-

handlung familiärer Krisensituationen. In B. Geißler-Piltz (Hrsg.), *Psychosoziale Diagnosen und Behandlung in Arbeitsfeldern der Klinischen Sozialarbeit* (S. 137-151). Münster: LIT.

Kunz, S., Scheuermann, U. & Schürmann, I. (2007). *Krisenintervention. Ein fallorientiertes Arbeitsbuch für Praxis und Weiterbildung*. Weinheim: Juventa. (Edition Sozial.)

Mennemann, H. (2000). Krise als ein Zentralbegriff der (Sozial-)Pädagogik – eine ungenutzte Möglichkeit. *Neue Praxis*, 30 (3), 207-226.

Müller, W. & Scheuermann, U. (Hrsg.) (2004). *Praxis Krisenintervention. Ein Handbuch für Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungsdienste*. Stuttgart: Kohlhammer.

Ortiz-Müller, W. (2008). Psychosoziale Krisenintervention – Systemische Perspektiven. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit – Zielgruppen und Arbeitsfelder* (S. 110-124). Bonn: Psychiatrie Verlag

Rupp, M. (1996). *Notfall Seele. Methodik und Praxis der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Notfall- und Krisenintervention*. Stuttgart: Thieme.

Schleuning, G. & Welschehold, M. (2003). *Münchener Krisenstudie. Psychiatrische Notfallversorgung: Strukturen und ihre Nutzung*. Bonn: Psychiatrie Verlag. (Forschung für die Praxis – Hochschulschriften.)

Schnyder, U. (Hrsg.) (1993). *Krisenintervention in der Psychiatrie*. Huber: Bern.

Sonneck, G. (2000). *Krisenintervention und Suizidverhütung* (5. verb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: UTB. (UTB für Wissenschaft. 2123.)

Wedler, H.-L., Wolfersdorf, M. & Welz, R. (1992). *Therapie bei Suizidgefährdung*. Regensburg: Roderer.

Wüllenweber, E. & Theunissen, G. (2001). *Handbuch Krisenintervention: Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung*. Stuttgart: Kohlhammer.

Jahrestagung Rekonstruktive Sozialarbeitsforschung

»Vergessene Zusammenhänge« – Traditionen, Methoden und Materialien rekonstruktiver Forschung in der Sozialen Arbeit

5. Jahrestagung des Netzwerkes »Rekonstruktive Sozialarbeitsforschung und Biografie«

Zeit: 05. bis 07.11.2009

Ort: Evangelische Fachhochschule Darmstadt

Inhalt: Rekonstruktive Sozialforschung mit ihrer Ausrichtung, die soziale Welt aus der Perspektive der AkteurInnen zu erfassen, hat sich in der Sozialen Arbeit – insbesondere im Zuge von Individualisierung und Pluralisierung – zunehmend etabliert. Ziel der Tagung ist es, die »vergessenen« Traditionen der rekonstruktiven Sozialforschung in der Sozialen Arbeit ins Bewusstsein zu heben und an die-

se anzuknüpfen. Dabei sollen folgende Perspektiven im Mittelpunkt der Auseinandersetzung stehen: (1) Mit welchen Methoden und Verfahren wurde in den frühen Forschungen gearbeitet? (2) Inwiefern lassen sich diese Ansätze bereits als rekonstruktive Verfahren einordnen und welche Impulse stellen sie für die heutige Forschungsmethodologie und -methodik zur Verfügung? (3) Inwiefern können heutige Methoden dazu beitragen, »vergessene Zusammenhänge« in den frühen Forschungsmaterialien aufzudecken?

Call for Papers: Es werden Abstracts im Umfang von maximal einer Druckseite bis zum **30.04.2009** erbeten an Dr. Kirstin Bromberg, Universität Potsdam, Telefon 0331-977 2398, Fax 0331-977 2618, Email kirstin.bromberg@uni-potsdam.de

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Peter Buttner

Fachhochschule München

Prof. Dr. emer. Wolf Crefeld

Evangel. Fachhochschule Bochum

Prof. Dr. Heike Dech

Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin

Prof. Dr. Peter Dentler

Fachhochschule Kiel

Prof. Dr. Brigitte Geißler-Piltz

Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin

Prof. Dr. Cornelia Kling-Kirchner

HTWK Leipzig, Fachbereich Sozialwesen

Prof. Dr. Albert Mühlum

Fachhochschule Heidelberg

Prof. Dr. Helmut Pauls

Fachhochschule Coburg

Prof. Dr. Ralf-Bruno Zimmermann

Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin

Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst

Hochschule Mittweida

Impressum

Herausgeber

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (v.i.S.d.P) in Kooperation mit der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Coburg, und der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V., Sektion Klinische Sozialarbeit

Redaktionsteam

Uwe Klein (Leitung)
Kirsten Becker-Bikowski
Silke Birgitta Gahleitner
Gernot Hahn

Anzeigenakquise

G. Hahn, Virchowstr. 27, 90766 Fürth
Tel. 0175/276 1993

Anschrift der Redaktion

Redaktion »Klinische Sozialarbeit«
Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit Berlin
c/o Uwe Klein, Krankenhaus Hedwigshöhe, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Höhensteig 1, 12526 Berlin
Tel. 030/67 413 021 ■ Fax 030/67 413 002 oder:
Tel. 030/60 500 856 ■ Fax 030/60 500 857
Email: zks-berlin@ipsg.de

Layout, Grafik & Schlussredaktion

Ilona Oestreich

Druck

GREISERDRUCK GmbH & KoKG, 76437 Rastatt

Erscheinungsweise

viermal jährlich als Einleagezeitschrift in:
DVSG – FORUM sozialarbeit + gesundheit

ISSN

1861-2466

Auflagenhöhe

2350

Copyright

Nachdruck und Vervielfältigen, auch auszugsweise, sind nur mit Genehmigung der Redaktion gestattet. Die Redaktion behält sich das Recht vor, veröffentlichte Beiträge ins Internet zu stellen und zu verbreiten. Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Datenträger kann keine Gewähr übernommen werden, es erfolgt kein Rückversand. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Artikel redaktionell zu bearbeiten.

Die wichtigste Voraussetzung für eine im emanzipatorischen Sinne erfolgreiche Krisenintervention ist die Konfliktfähigkeit des Therapeuten. Es kommt darauf an, wie weit es ihm möglich ist, sowohl gegenüber den Doppelbindungen der einzelnen Personen wie auch gegenüber der Spaltung zwischen den Personen jeweils schrittweise eine dritte, seine eigene Position einzunehmen: als ein Mensch mit sexueller Identität, mit eigenen Wünschen und Ängsten, nicht als Richter oder Vermittler. (Bauriedl, 1985, S. 123)

Der grundlegende Ansatzpunkt für jede gelingende Krisenintervention ist, folgen wir Thea Bauriedl, die differenzierte Wahrnehmung dessen, was zwischen TherapeutInnen oder Klinischen SozialarbeiterInnen einerseits und dem/der Klienten/Klientin oder dem Klientensystem andererseits passiert. Das Wort »Krise« geht auf die altgriechische Sprache zurück, dort hatte das Verb »krinein« die Bedeutung von »trennen« und »unterscheiden«. Die Notwendigkeit des genauen Hinsehens und Hinfühlens wirkt dabei fast wie ein Plädoyer für Langsamkeit und Gelassenheit inmitten einer turbulenten Lebens- und Beziehungssituation.

Der Wahrnehmungsradius der Klinischen Sozialarbeit geht in einer Krisensituation konsequent über die im ersten Schritt gefragte unmittelbare Absicherung von Leben hinaus. So ist klinisch-sozialarbeiterisches Handeln beziehungsbezogen, und es behält die materiellen, existenziellen Belange im Blick. Für das weitere Handeln nimmt die Klinische Sozialarbeit diese beiden Aspekte in ein präventives Selbstverständnis und Konzept auf, das sodann nicht mehr nur individuumszentriert ist, sondern netzwerk-, institutions- und sozialraumbezogen sich auch politisch aktiv zeigt (vgl. Penta, 2007).

»Wenn ich diesen Ausdruck eines Befreiungswunsches (so geht es nicht mehr weiter, ich möchte größere Ansprüche an das Leben stellen) unreflektiert und ausschließlich durch Psychopharmaka unterdrücke, oder auch durch Uminterpretation (du willst ja nur

den Status quo erhalten) zum Schweigen bringe, habe ich damit in gesellschaftspolitisch relevanter Weise Veränderung, und das heißt Leben, verhindert. Die hier dargestellte Alternative, das Aufgreifen des Veränderungspotenzials in kritischen Situationen, ist nicht nur in der Psychotherapie, sondern auch in der Politik (vgl. Bauriedl, 1986) eine Möglichkeit, kreativ mit kritischen Situationen umzugehen. Allerdings erfordert sie vom Therapeuten und vom Politiker die Bereitschaft, seine (Macht-)Position jederzeit zu riskieren.« (Bauriedl, 1985, S. 131)

Für den Umgang mit Krisen, oder besser: mit sich in krisenhaften Situationen befindlichen Menschen, benötigen Klinische SozialarbeiterInnen ein breites Know-how, das von übergangskritischen Situationen im Lebenslauf (Erikson, 1982/1988) über akut und chronisch traumatisierende Lebenssequenzen bis hin zu Folgen psychischer und somatischer Erkrankungen reicht und grundsätzlich lebenslagenbezogen interpretierbar ist.

Die folgenden Texte thematisieren diese Aspekte, bezogen auf Zielgruppen, Problemfelder und institutionelle Rahmungen.

In ihrem Beitrag »Krisen halten sich an keine Sprechzeiten« stellen Ralf Bohnert und Heiner Dehner die Entstehungsgeschichte, Strukturen und Arbeitsweisen eines Krisendienstes vor. Sie verdeutlichen, wie sich durch den Kontakt mit unterschiedlichen Klientengruppen das Verständnis von Krise und damit das konzeptionelle Selbstverständnis des Dienstes verändern und in der Konsequenz beispielsweise traumabezogene und kultursensible Spezialisierungen entwickelt werden.

Claudia Geßner präsentiert in ihrem Artikel »Kinder krebskranker Eltern – Welche inneren und äußeren Ressourcen nutzen Kinder zur Bewältigung einer solchen Belastungssituation?« Ausschnitte aus einer qualitativen Studie zu Fragen der Resilienz bei Kindern, deren Mütter an Krebs erkrankt sind. Die Ergebnisse der Studie weisen auf

spezifische protektive Faktoren hin, die zum einen im Lebensumfeld der Kinder angesiedelt sind und zum anderen sich in spezifischen inneren Einstellungen und tragfähigen Beziehungen spiegeln.

In ihrer Arbeit »Metaphern der Trauer – Sprachliche Konstruktionen von betroffenen Angehörigen und Überlegungen zu deren Beratung in der Sozialen Arbeit« untersuchen Susanne Michulitz und Tina Garten, welche Sprachbilder sich in Trauerprozessen nach dem Tod eines Angehörigen zeigen. Für die Autorinnen ist die Metaphernanalyse eine Form der sensiblen Wahrnehmung des Umgangs mit Trennung, die über das Deskriptive hinaus einen wichtigen Beitrag zum Verstehen des Trauerprozesses und darauf aufbauender Interventionen leisten könnte.

In der Wahrnehmung von Szenen der Trauer – Trauer um den Verlust eines Menschen, im Abschied vom Leben, aber auch Trauer im Übergang, im Abschied von lieb gewonnenen Lebensabschnitten, von Einstellungen und Symptomen – finden wir einen dialektischen Prozess der Loslösung.

»Dem Blick des Trauernden treten die Einzelheiten genau hervor; die Logik der Verneinung funktioniert ganz eigentümlich: auf das genau Vergegenwärtigte wird zugleich Verzicht geübt.« (Rutschky, 1980/1982, S. 226)

Für die Redaktion:
Uwe Klein

Literatur

- Bauriedl, T. (1985). *Psychoanalyse ohne Couch. Zur Theorie und Praxis der angewandten Psychoanalyse*. München: Urban & Schwarzenberg. (U-8-S-Psychologie.)
- Bauriedl, T. (1986). *Die Wiederkehr des Verdrängten. Psychoanalyse, Politik und der einzelne*. München: Piper.
- Erikson, E. H. (1988). *Der vollständige Lebenszyklus*. Frankfurt: Suhrkamp. (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft. 737.) (Amer. Original erschienen 1982.)
- Penta, L. (Hrsg.) (2007). *Community Organizing. Menschen verändern ihre Stadt*. Hamburg: edition Körper-Stiftung. (Amerikanische Ideen in Deutschland. 8.)
- Rutschky, M. (1982). *Erfahrungshunger. Ein Essay über die siebziger Jahre* (ungekürzte Lizenzausgabe). Frankfurt: Fischer. (Fischer-Taschenbücher. 3830.) (Original erschienen 1980.)

Krisen halten sich an keine Sprechzeiten

Ralf Bohnert & Heiner Dehner

Einleitung

Der Krisendienst Mittelfranken mit Standort in Nürnberg wurde Anfang 1998 als Anlaufstelle für Menschen in seelischen Notlagen eröffnet. Ziel ist es, den Betroffenen schnelle und unbürokratische Hilfe vor allem außerhalb der üblichen Sprechzeiten anzubieten. In den letzten elf Jahren wandten sich ca. 25.000 Menschen an den Dienst. Die MitarbeiterInnen führten über 67.000 Beratungsgespräche und unterstützten Menschen telefonisch in Krisensituationen, von Angesicht zu Angesicht in den Räumen des Dienstes oder durch Hausbesuche.

Entstehungsgeschichte

Mitte der 90er-Jahre trafen sich Psychiatrieerfahrene, Angehörige und Fachleute im Bürgermeisteramt für Gesundheit der Stadt Nürnberg und diskutierten über mögliche Verbesserungen in der Versorgung psychisch kranker Menschen. Vor allem wurde von verschiedenen TeilnehmerInnen auf das Fehlen eines niedrigschwelligen, ambulanten und aufsuchenden Kriseninterventionsangebots hingewiesen. Gerade nachts und an den Wochenenden würden die Versorgungslücken besonders spürbar.

Die Projektierung eines solchen Dienstes übernahm *Heiner Dehner*, Psychiatriekoordinator der Stadt Nürnberg. Parallel dazu verglich *Ralf Bohnert*, der heutige Leiter des Krisendienstes, in seiner Diplomarbeit zum Abschluss seines Sozialpädagogikstudiums bestehende Krisendienste miteinander. Mit diesem Wissen über Konzepte, Organisationsformen und Finanzierungsstrukturen konnte ein erstes Gerüst für einen Nürnberger Krisendienst entwickelt werden.

Aufgrund des innovativen Charakters des entstehenden Dienstes konnte nicht auf bestehende Finanzierungsmodalitäten zurückgegriffen werden. Durch Gespräche mit möglichen Kooperationspartnern und Kostenträgern kristallisierte sich als einzige Möglichkeit eine Finanzierung gemäß den Richtlinien der *Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi's)* in Bayern heraus. Der Bezirk Mittelfranken, als Kostenträger der SpDi's, willigte schließlich in eine Anschubfinanzierung ein.

Mit einer zusätzlichen Unterstützung der Stadt Nürnberg und durch private Übernahme finanzieller und juristischer Risiken konnte im *Januar 1998* der ambulante *Krisendienst Nürnberg-Fürth* mit einer Besetzung von zwei Personen pro Schicht gestartet werden. Nach einer kontinuier-

lichen geografischen Ausweitung wurde die Einrichtung *2002* in *Krisendienst Mittelfranken* umbenannt und ist seither für den gesamten Bezirk Mittelfranken und dessen ca. 1,4 Millionen BürgerInnen zuständig.

Arbeitsweise und Angebote

Entsprechend den Anliegen der potentiellen Nutzer, der Kooperationspartner und Kostenträger setzen wir in der konzeptionellen Entwicklung die sieben nachfolgend beschriebenen Schwerpunkte.

Erreichbarkeit

Erfahrungsgemäß ereignen sich psychische wie soziale Krisensituationen zu jeder Tages- und Nachtzeit. Für eine effektive Krisenintervention ist u.a. der Zeitpunkt der Beratung maßgebend. Der Krisendienst Mittelfranken ist *60 Stunden pro Woche an 365 Tagen im Jahr erreichbar*. Während der Öffnungszeiten (Montag-Donnerstag 18-24 Uhr, Freitag 16-24 Uhr, an Wochenenden und Feiertagen 10-24 Uhr) sind in der Zentrale in Nürnberg vier Fachleute anwesend. In Rufbereitschaft für Hausbesuche halten sich außerdem für den restlichen Bezirk Mittelfranken noch weitere acht MitarbeiterInnen und gewährleisten dadurch für alle BürgerInnen in Mittelfranken nicht nur eine telefonische Beratung, sondern auch eine aufsuchende Krisenintervention.

Krisenverständnis und Klientengruppe

Jede Krise verläuft anders und besitzt eine »subjektive Qualität«. Ausprägung der Krise, persönliche Belastbarkeit, Krisenkompetenz und -anfälligkeit, Problemlösungsressourcen und soziale Unterstützung u.a. bedingen den Interventionsprozess.

Der Krisendienst Mittelfranken orientiert sich an einem *subjektiven Krisenverständnis*: jede/r Hilfesuchende definiert seine Notsituation selbst und kann sich zunächst unabhängig vom Problemhintergrund (psychische Erkrankungen, familiäre Probleme, häusliche Gewalt, Suizidalität usw.) an die Einrichtung wenden. Beim Erstgespräch werden Dringlichkeit, Zuständigkeit und Hilfsmöglichkeiten abgeklärt.

2008 kontaktierten 2.900 Menschen den Krisendienst, 7.200 Gespräche wurden geführt. Aufgrund des offenen Krisenbegriffs wendet sich eine Vielzahl von Menschen mit unterschiedlichsten Krisenhintergründen an die Einrichtung. Die jährlichen Auswertungen zeigen wiederholt, dass bei ca. 65 % der KlientInnen eine psychische Grunderkrankung vorliegt, 35 % von ihnen sind in psychosozialen Notsi-

tuationen und Lebenskrisen. Sorgen um Angehörige bzw. Freunde, Beziehungsprobleme, berufliche Schwierigkeiten, Gewalterfahrungen und finanzielle Probleme stehen dabei im Vordergrund. Jede/r siebte AnruferIn äußert Suizidgedanken.

Der Krisendienst ist *primär für die Intervention in der Akutsituation* zuständig. Häufig reichen jedoch einmalige Gespräche nicht aus, weshalb Betroffene – je nach Problemschwerpunkt – an spezielle Einrichtungen weiter- bzw. zurückvermittelt oder alternativ Folgekontakte durch KrisendienstmitarbeiterInnen angeboten werden. Für diese Nachsorgegespräche gibt es keine festgelegte Begrenzung, sondern es wird individuell und nach Bedarf entschieden.

Besonders in den Anfangsjahren hatte der Dienst auch eine nicht unerhebliche Anzahl von sogenannten *DauerklientInnen* – Menschen, die sich immer wieder in schwierigen, belastenden Situationen befinden und zusätzlich zu der regulären tagsüber stattfindenden Therapie/Beratung auch häufig abends bzw. an den Wochenenden Kontakt zum Krisendienst suchen. Die zentrale Frage ist dabei immer wieder: wird durch die niedrigschwellige und offene Arbeitsweise des Dienstes (s. u.) eine gute Einbindung mancher KlientInnen in das reguläre Versorgungssystem mit seinen vielfältigen Behandlungsangeboten vielleicht sogar verhindert? Sind die regelmäßigen Entlastungskontakte mit unterschiedlichen MitarbeiterInnen eher kontraindiziert? In der Praxis wird diese Fragestellung immer wieder einzelfallbezogen bearbeitet und entsprechend exakte Auftragsklärungen, aktive Weitervermittlungsangebote und ggf. Begrenzungen hinsichtlich Gesprächsdauer und -inhalten durchgeführt oder aber auch als Realität eines Notdienstes akzeptiert, der neben seiner wichtigsten Aufgabe der Krisenintervention auch krisenpräventiv tätig ist.

Niedrigschwellige Ausrichtung

»Der Stellenwert eines Krisendienstes steht in enger Verbindung mit der Bereitschaft zur aufsuchenden Hilfe« – diese Forderung begegnete uns in den ersten Jahren immer wieder. Neben der telefonischen Beratung und dem persönlichen Gespräch in unseren Büroräumen verfügen wir über einen mobilen Dienst, um zu zweit Hausbesuche oder bspw. Gespräche in den Polizeiinspektionen anbieten zu können. Inzwischen könnte o. g. Aussage daher wie folgt lauten: »Der Stellenwert eines Krisendienstes ist auch abhängig von der Möglichkeit, zunächst einmal nur telefonisch beraten zu werden.« *Persönliches Erscheinen ist also keine Zugangsvoraussetzung*. Dies schät-

zen viele KlientInnen – sie nutzen die Gelegenheit, anonym bleiben zu können und entscheiden bspw. am Telefon selbst, wie verbindlich, intensiv und wie lange das Gespräch dauern soll. 2008 blieben 15 % der Betroffenen anonym. Etwa 90 % der Kontakte (6.715) finden telefonisch statt; im Jahr 2008 gab es 359 Beratungen im Krisendienstbüro und 126 Hausbesuche.

Der Krisendienst ist *öffentlich und direkt zugänglich*. Die Hilfeleistungen sind kostenfrei und die Büroräume in einem neutralen Wohngebäude untergebracht. Voranmeldungen, Terminabsprachen oder gar Antragsstellungen sind nicht erforderlich, in der Regel gibt es keine Wartezeiten.

Knapp 30 % der hilfesuchenden Menschen kommen nicht aus den Stadtgebieten Nürnberg und Fürth. Dies zeigt, dass sich die seit 2002 *vorgenommene geografische Ausweitung* positiv entwickelt und die Etablierung eines Krisendienstes auch in ländlicheren Gebieten ermöglicht hat.

Ein positives Resultat des niedrighschweligen Ansatzes und der effektiven Öffentlichkeitsarbeit ist die Tatsache, dass eine Vielzahl der Krisendienst KlientInnen (ca. 35 %) durch uns *erstmalig mit einer Einrichtung des psychosozialen Versorgungssystems Kontakt* hatten. Damit erfüllt der Krisendienst seine Funktion als »erste Anlaufstelle«.

Kooperationen und Netzwerkbildung

Krisenintervention ist nur im Verbund und in enger Zusammenarbeit mit anderen ambulanten und stationären Behandlungs- und Beratungseinrichtungen wirksam.

Krisensituationen erfordern multiprofessionelle und institutionsübergreifende Lösungen. Hierbei ist besonders die Kooperation mit der *Polizei* zu nennen, die sich durch genaue Absprachen, regelmäßige Dienstgruppenunterrichte, gemeinsame Fortbildungen und Hospitationsmöglichkeiten auszeichnet. Die *SpDi's* sind neben der Polizei auch zahlenmäßig die wichtigsten Kooperationspartner. Des Weiteren arbeiten wir mit *psychiatrischen Kliniken, Notfallseelsorge, Telefonseelsorge, Kinder- und Jugendnotdienst, Frauenhäuser* usw. zusammen.

Bei der Optimierung der Versorgungssituation zeigten sich in den letzten Jahren aber auch Versorgungslücken, die wir gemeinsam unter Nutzung der bereits vorhandenen Ressourcen zu schließen versuchten. So entstanden bspw. das *Nürnberger Netzwerk Traumahilfe (NeT)* und die *Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Notfallversorgung Nürnberg (ARGE PSNV)*. Ein für die praktische Tätigkeit positiver Aspekt des NeT war die Erarbeitung einer (nicht öffentlichen) Traumatherapeutenliste. Die KollegInnen erklären sich bereit, akut traumatisierten Menschen binnen weniger Tage und nach erfolgter Krisenintervention therapeutische Hilfe anzubieten. Aufgabenschwerpunkt der ARGE PSNV ist in Zusammenarbeit mit der Not-

fallseelsorge und den Hilfsorganisationen die Sicherstellung der Akutbetreuung von Menschen nach belastenden Ereignissen wie Unfällen, Überfällen, Großschadenslagen etc. Ein weiteres Kooperationsprojekt findet sich im *Nürnberger Weg* wieder: durch eine optimierte Zusammenarbeit zwischen Polizei, Frauenhaus, Krisendienst und weiteren Einrichtungen sollen Opfer von häuslicher Gewalt und Stalking eine schnelle und aktive Form der zugehenden Beratung erhalten.

Personal-, Organisations- und Finanzierungsmodell

Derzeit arbeiten ca. 70 Personen mit unterschiedlichen Aufgaben beim Krisendienst Mittelfranken. Fünf hauptamtliche MitarbeiterInnen teilen sich vier Vollzeitstellen, die aufgrund der historischen Entwicklung bei den Trägern der SpDi's in Nürnberg und Fürth angebunden sind. Damit ist auch die enge Zusammenarbeit zwischen SpDi's und Krisendienst strukturell geregelt. Die restlichen MitarbeiterInnen sind nebenamtlich im Krisendienst tätig, arbeiten größtenteils tagsüber hauptamtlich in anderen Einrichtungen und leisten hiermit einen wesentlichen Beitrag zur fachlichen und personellen Vernetzung. Um der multifaktoriellen Entstehung von Krisen gerecht zu werden, setzt sich das MitarbeiterInnenteam aus *Fachkräften unterschiedlicher Berufsgruppen* zusammen (u. a. psychiatrische Fachpflegekräfte, SozialpädagogInnen, PsychologInnen).

Träger des Krisendienstes Mittelfranken ist der *Förderverein ambulante Krisenhilfe e.V.* und damit zuständig für Finanzen, Konzepte, Fortbildungen, Qualitätssicherung etc. In diesem gemeinnützigen Verein hatten sich 1998 engagierte Menschen zusammengefunden, um durch diese juristische Person den damaligen Initiator aus seiner persönlichen Haftung abzulösen.

Finanziert wird der Krisendienst Mittelfranken zu 90 % vom *Bezirk Mittelfranken*. Dies entspricht einer Summe von ca. 360.000 Euro pro Jahr. Die restlichen 10 % für die Gesamtkosten von ca. 400.000 Euro werden von der *Stadt Nürnberg* für Honorarkräfte zur Verfügung gestellt. Die Geschäftsführung arbeitet ehrenamtlich.

Muttersprachliche Krisenintervention

Die Inanspruchnahme des Krisendienstes durch Menschen mit Migrationshintergrund war in den Anfangsjahren wesentlich geringer als deren Anteil an der Bevölkerung. Die vielzitierte und gewünschte interkulturelle Öffnung des Dienstes gelang uns mit der Einstellung von russischsprachigen Fachleuten, die uns bei der Planung des *russischen Krisendienstes* unterstützten. Seit Oktober 2005 ist ein Team von vier russischsprachigen Fachfrauen (Psychiaterin, Diplom-Psychologin und Diplom-Sozialpädagoginnen) an drei Abenden in der Woche im Krisendienst erreichbar. Nach nun über drei Jahren und einer

Reihe von sehr interessanten und lehrreichen Erfahrungen lässt sich aufgrund der konstanten Inanspruchnahme und der Anerkennung aus Fachkreisen bilanzieren, dass der russischsprachige Krisendienst seine Aufgaben kulturspezifisch wahrnehmen und erfüllen kann. Etlliches ist anders als im deutschsprachigen Krisendienst. So wissen wir beispielsweise inzwischen, dass Telefonate das Gefühl auslösen können, abgehört zu werden, und es notwendig ist, in russischsprachigen Zeitungen für den Krisendienst zu werben. Dies hat zur Folge, dass die Anzeige des Krisendienstes neben denen einer russischen Metzgerei, eines Geistheiligers und eines plastischen Chirurgen erscheinen kann, was aber unserem Bekanntheitsgrad dient. Aus der praktischen russischen Krisendienstarbeit ist – aufgrund fehlender Alternativangebote – außerdem ein *Gesprächskreis für russische Frauen* entstanden, der neben Informationen über Krankheitsbilder auch Hilfsmöglichkeiten und Anregungen zur Selbsthilfe beinhaltet.

Als zweites muttersprachliches Angebot arbeitet seit Beginn dieses Jahres nun der *türkische Krisendienst*. Dieser wurde durch eine auf drei Jahre begrenzte Finanzierung ermöglicht; die Kosten für eine halbe Personalstelle übernimmt das *Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF)*. Zusätzlich erhalten wir einen Honorarkostenzuschuss durch den Bezirk Mittelfranken. Kooperationspartner des Fördervereins ambulante Krisenhilfe e.V. ist hier die Beratungsstelle für Migration und Integration der Arbeiterwohlfahrt Kreisverband Nürnberg. An vier Abenden in der Woche stehen türkischsprachige Fachleute hilfesuchenden Menschen zur Verfügung. Die türkische Fachöffentlichkeit steht dem neuen Angebot sehr aufgeschlossen gegenüber. Momentan wird das Projekt in verschiedenen Bereichen der türkischsprachigen KlientInnengruppe vorgestellt (z. B. in Schulen, Vereinen, Moscheen).

Fortbildungen und Veranstaltungen

Aufgrund vieler Nachfragen werden jährlich *Krisenhelferschulungen* angeboten. Diese beinhalten Basiswissen über Krankheitsbilder, Krisenformen und spezifische Möglichkeiten der Krisenintervention.

Zum zehnjährigen Bestehens des Krisendienstes wurde im Herbst 2008 zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention eine dreitägige *Veranstaltung zum Thema »Krisendienste im Netzwerk der ambulanten und stationären Suizidprävention«* durchgeführt. Mehr als 300 Personen nahmen daran teil. Ähnlich große Resonanz haben die jährlichen bundesweiten *Borderline-Trialoge* im Bezirkskrankenhaus Ansbach. Thema der letzten Tagung war: »Pubertätskrise oder Borderline?«.

Zu unseren regelmäßigen Angeboten gehören auch *Veranstaltungen zu den Themenkreisen »Opferschutz, Bedrohungsmanagement und Stalking«*.

Kinder krebskranker Eltern

Welche inneren und äußeren Ressourcen nutzen Kinder zur Bewältigung einer solchen Belastungssituation?

Claudia Geßner

Einleitung

Nach Schätzung des Deutschen Krebsregisters erkranken jährlich rund 100.000 Menschen unter 60 Jahren an einer bösartigen Tumorbildung. Erkrankt ein Elternteil, so sind auch die Kinder multiplen Stressoren ausgesetzt, vor denen sie kaum jemand wirksam zu schützen vermag. Eltern sind oft selbst zu stark belastet, um mit ausreichender empathischer Kompetenz auf die Kinder einzugehen. Sie nehmen Notsignale häufig nicht wahr oder unterschätzen die Belastung ihrer Kinder. Entsprechend ihrem kognitiven Entwicklungsstand sowie den familiären Rahmenbedingungen reagieren Kinder auf unterschiedliche Weise und versuchen, sich an die neuen Umstände anzupassen.

In bisherigen Studien wurden vorrangig unangemessene Reaktionsmuster betroffener Kinder, die Ausprägung verschiedener Symptome und Gründe für das Scheitern einer adäquaten Bewältigung untersucht. Es konnten wichtige Erkenntnisse über psychosoziale Störungen in Abhängigkeit von Alter, Familienkonstellation, Erlebenswelt der Kinder oder Kommunikation in der Familie gewonnen werden (Compas et al., 1994; Siegel et al., 1996; Welch et al., 1996; Birnbaum et al., 1999).

Weniger Beachtung galt bislang der Frage, wie Kinder diese Belastungen auch konstruktiv verarbeiten, ohne in ihrer weiteren Entwicklung beeinträchtigt zu sein. Wie schaffen sie es, trotz des Miterlebens der körperlichen Symptomatik des kranken Elternteils und der psychischen Reaktion ihrer Familie, trotz der veränderten Alltagsstruktur, oft verbunden mit Trennungssituationen und neuen Anforderungen, trotz eigener Ängste und auftretender Konflikte, diese psychische Schwerstarbeit zu meistern? Nicht alle Kinder werden krank oder verhaltensauffällig, sie erbringen eine enorme Anpassungsleistung und entwickeln sich möglicherweise zu starken Persönlichkeiten.

Dieser Fragestellung habe ich mich ressourcenorientiert in einer empirischen Forschungsarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Arts gewidmet.

Forschungsstand

Trotz der hohen Anzahl an Kindern mit mindestens einem krebskranken Elternteil wird dieses Thema in Deutschland bisher noch wenig untersucht, in der Praxis finden sich nur wenige klinische und präventive Ansätze. Am Universitätsklinikum Hamburg forscht seit einigen Jahren ein Team um Dr. med. Georg Romer intensiv zu den psychischen Folgen und Möglichkeiten der Prävention bei Kindern körperlich kranker Eltern. Die Forschungsarbeit führte u. a. zu Erkenntnissen über Auswirkungen auf die Kinder in Abhängigkeit z. B. von Art und Verlauf der Erkrankung oder dem Geschlecht des erkrankten Elternteils und des Kindes.

In der internationalen Literatur finden sich viele Hinweise auf das besondere Risiko für psychosoziale Auffälligkeiten bei den betroffenen Kindern. Wegen der Häufigkeit von Brustkrebserkrankungen sind Kinder krebskranker Mütter die bislang am besten untersuchte Risikogruppe. Vor allem in den USA nahm das Forschungsinteresse in den letzten zwei Jahrzehnten zu, zahlreiche Veröffentlichungen zum Thema sind erschienen (Wellisch et al., 1992; Christ et al., 1994; Christ, 2000; Compas et al., 1994, 1996; Armestead et al., 1995; Lewis et al., 1996, 2006; Worsham, 1997; Barnes et al., 2000; Hoke, 2001; Visser et al., 2005).

Die *lebensbedrohliche Dimension* wird einer Krebserkrankung schon von kleineren Kindern zugeordnet und führt zu Angst vor dem Sterben des Elternteils. Die Unsicherheit über Verursachung und Prognose fördert diese Angst ebenso wie das schwach wirkende Erscheinungsbild des erkrankten Elternteils (Lewis et al., 1996; Romer & Haagen, 2004, 2007). Hilflosigkeit und Wut können ausgelöst werden, wenn Kinder ihre kranken Eltern leiden sehen und nicht wissen, wie sie trösten können. Manche Kinder entwickeln *Schuldvorstellungen*, die jüngeren, wenn sie die Gefühlslage der Eltern auf ihr eigenes Verhalten beziehen (Piaget, 1970/1983), Jugendliche auf Grund pubertärer Auseinandersetzungen (Romer & Haagen, 2007) und einer Ausbruchschuld (Geiges, 1996). Teilweise führen die erhöhten Autonomieanforderungen zu einer Überforderung der Kinder und damit, gerade bei jugendlichen Mädchen, zu einer *Parentifizierung* und der Vernachlässigung eigener Bedürfnisse aus Verant-

wortlichkeit (Rost, 1992; Romer & Haagen, 2007).

Die schwere Erkrankung eines Elternteils führt in den meisten Fällen zu gravierenden *Veränderungen der bestehenden Familienstruktur* und erfordert ein entsprechendes Krisenmanagement. Häufig ändert sich die familiäre Rollenverteilung und nicht selten wirken sich finanzielle Schwierigkeiten auch auf die Kinder aus.

Übereinstimmend kamen die bisherigen Studien zu dem Ergebnis, dass verschiedene innere und äußere Belastungsfaktoren zu einer tiefen Verunsicherung der Kinder führen und nachhaltig ihr Selbst- und Weltverständnis erschüttern können. In den meisten Untersuchungen richtet der sich Fokus allerdings auf die Ausbildung psychischer Störungen und deren Vermeidung, also ein pathogenetischer Blickwinkel. Das Ziel meiner Forschungsarbeit lag jedoch in der Identifizierung der inneren und äußeren Ressourcen und protektiven Prozesse, die die Kinder eben vor der Entwicklung solcher psychosozialer Auffälligkeiten schützen. Meine salutogenetische Fragestellung zielte daher auf die Erforschung der Faktoren, die bei den Kindern zu einer Annäherung an ihr Kohärenzgefühl führen. Damit möchte ich der Prävention und Intervention einen kleinen Beitrag hinzufügen, die dafür Sorge trägt, dass Kinder nicht psychisch dekompensieren und erkranken, sondern durch geeignete Hilfe ihre Belastung verarbeiten können.

Um die tatsächlichen Ereignisse und Wahrnehmungen zu erfassen, entschied ich mich für eine qualitative Erhebung. Die Darstellung sollte jedoch aus Sicht der betroffenen Kinder erfolgen, denn sie sind die Experten in ihrer Situation.

Forschungsdesign

Das Modell des problemzentrierten Interviews nach Witzel (1982) ist für den Forschungsansatz gut geeignet, die Auswertung erfolgte als qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2003).

Die Suche nach Teilnehmenden nahm ich in einer Reha-Fachklinik vor, in der ich 20 Anfragen an krebskranker Mütter stellte und 10 Zusagen erhielt. Letztlich nahmen sechs Kinder im Alter von zehn bis 17 Jahren teil: vier Mädchen und zwei Jungen. Ihre Mütter waren an Brustkrebs oder Schilddrüsenkrebs erkrankt,

die Erstdiagnosen lagen neun Monate bis drei Jahre zurück. Die Kinder waren über die Krankheit informiert und zeigten nach Aussage der Eltern eine gute Bewältigung.

Die Interviews führte ich in zwei Schritten durch:

1 Familieninterviews mit selbst erstelltem Fragebogen zur Erfassung von Daten zur familiären Situation und Bildung einer Vertrauensbasis;

2 Einzelinterviews mit den Kindern zur Erfassung der subjektiven Wahrnehmungen und Handlungsweisen der Kinder.

Die Einzelinterviews wurden im MP3-Format aufgenommen, verschiedene Leitfragen dienten als Impulse für freie Erzählungen im Sinne einer psychodynamischen Gesprächsführung nach Flick (1991).

Die erzählgenerierende Einleitungsfrage lautete: »Ich möchte dich in unserem Interview dazu befragen, wie du mit der Erkrankung deiner Mutter zurechtkommst, wie sich das auf deinen Alltag und euer Familienleben auswirkt, ob dich das manchmal belastet und wie du es dann überwindest.« Detaillierungsfragen zielten auf das kindliche Verständnis zur mütterlichen Erkrankung, das Kommunikationsverhalten, das Erleben des Alltags, die Bewältigung von Belastungen sowie auf die eigenen Gefühle und Bedürfnisse. Abschließend fragte ich jedes Kind nach seinen Tipps für andere Kinder in einer solchen Situation.

Auswertung

Die Analyse der transkribierten Interviewdaten nahm ich nach einem zuvor festgelegten Ablaufmodell vor, wie Mayring (2003) es vorsieht. Das bedeutet, die Analyseeinheiten wurden nach bestimmten Kriterien definiert und schrittweise bearbeitet.

Die Analyse richtete sich auf zwei Hauptfragen:

1 Welche belastenden Auswirkungen hat die elterliche Krebserkrankung auf Kinder und Jugendliche?

2 Wie haben die Kinder ihre Belastungssituation bewältigt?

Zu diesen Fragen ermittelte ich Textpassagen zu den Bereichen: Alltagsauswirkungen – Bewältigung des Alltags, emotionale Belastungen – emotionale Bewältigung. Alle Textausschnitte wurden zunächst tabellarisch sortiert und im nächsten Schritt paraphrasiert, d. h. der zentrale Aspekt jeder Nennung in Kurzform auf eine einheitliche Sprachebene gebracht. Anschließend erfolgte die Generalisierung der Paraphrasen, also eine Neuformulierung auf einem höheren Abstraktionsniveau. Daraus ließen sich in einem induktiven Verfahren Kategorien bilden, die stetig am Ausgangstext rücküberprüft wurden, um eine gegenstandsnahe Abbildung des Materials zu erreichen.



Katholische Hochschule
für Sozialwesen Berlin

Weiterbildung Sozialtherapie

Beginn: Wintersemester 2009

Bewerbungsende: 01.09.2009

› berufsbegleitend

› Dauer: 3 Jahre

› Kosten: 5.800,- EUR
(Änderungen vorbehalten)

Weitere Informationen:

Katholische Hochschule für Sozialwesen

Berlin – Referat Weiterbildung

Köpenicker Allee 39-57

10318 Berlin

Telefon 030-50 10 10-39

weiterbildung@khsb-berlin.de

www.khsb-berlin.de

Ein Blick in die Arbeit von »Ärzte ohne Grenzen«

Petra Meyer

SCHMERZGRENZEN

Unterwegs mit Ärzten ohne Grenzen

192 Seiten / mit 14 sw-Fotos

gebunden mit Schutzumschlag

€ 16,95 (D) / € 17,50 (A) / CHF* 30,90

ISBN 978-3-579-06979-1

Erfahrungsberichte aus den Krisengebieten der Welt – authentisch, aufrüttelnd, hoffnungsvoll. In Petra Meyers Buch kommen die Menschen zu Wort, die für »Ärzte ohne Grenzen« arbeiten und es sich zur Aufgabe gemacht haben, in Krisengebieten zu helfen. Sie erzählen von ihrem beruflichen Alltag, ihren Sorgen und Ängsten, Nöten und Zweifeln. Von ihren Erfolgen, tiefer Dankbarkeit und natürlich den kleinen Freuden.



GÜTERSLOHER
VERLAGSHAUS

www.gtvh.de



*empf. Verkaufspreis

Ergebnisse

Alltagsauswirkungen

Zu den wichtigsten Alltagsauswirkungen zählte die Abwesenheit der Mütter in allen Familien über mehrere Wochen. Alle Kinder erhielten zumindest in dieser Zeit zusätzliche Aufgaben im Haushalt oder anderen Bereichen des täglichen Lebens, nur ein Kind empfand dies jedoch als Belastung. Der Schulalltag verlief bei allen befragten Kindern normal weiter, die Freizeitgestaltung wurde ebenfalls weitergeführt. Während der Chemo- bzw. Strahlentherapien der Mütter erlebten die Kinder intensiv die Einschränkungen ihrer Mutter in der Alltagsbewältigung, was sie sehr belastet hat.

Emotionale Belastungen

Die emotionalen Belastungen wurden von den Kindern und Jugendlichen intensiv thematisiert. Insbesondere der Schock nach Mitteilung der Diagnose war einschneidend und löste Angst vor dem Tod der Mutter aus. Gerade die jüngeren Kinder litten auch unter der Sehnsucht nach der Mutter während der Abwesenheit und die Mädchen teilweise unter den sichtbaren körperlichen Veränderungen ihrer Mütter. Die Schuldzuweisung an sich selbst entstand nur bei einem Mädchen. Trotz der eindringlich beschriebenen Belastungen waren alle Kinder in der Lage, ihren Alltag zu bewältigen, ohne erhebliche Leistungsabfälle in der Schule, ohne sozialen Rückzug oder das Ausbilden anderer psychosozialer Auffälligkeiten. Welche Faktoren dazu geführt haben könnten, habe ich zu identifizieren versucht und nach äußeren und inneren Faktoren unterteilt.

Äußere Faktoren

Auffallend war in allen befragten Familien, dass das Alltagsleben weitestgehend in der Form wie vor der Erkrankung aufrechterhalten wurde. *Innerfamiliäre Arbeitsteilung* und in zwei Familien die *Hilfe der Großeltern*, bei denen die Kinder während der mütterlichen Abwesenheit wohnten, trugen dazu bei. Alle Kinder berichteten auch von einer steten *Anteilnahme des sozialen Umfelds*, indem sich z. B. Lehrer, Nachbarn und Verwandte regelmäßig nach dem Befinden der Mutter und manchmal auch dem des Kindes erkundigten. Die Kinder wurden in allen Fällen *von ihren Eltern über die Krankheit informiert* und über den Behandlungsverlauf altersgemäß aufgeklärt. Der *Kontakt zur Mutter* wurde bei allen sehr eng gehalten, durch tägliches Telefonieren und mehrfache, positiv erlebte Krankenhausbesuche. Es fanden viele *Gespräche* mit den Eltern, mit Freunden und Familienangehörigen, z. B. den Großeltern, statt. Ein *positiver Krankheitsverlauf* wirkte sich motivierend auf die Kinder aus ebenso wie der *zeitliche Abstand* zur akuten Krankheitsphase. Neben diesen Einflussfaktoren aus dem äußeren Umfeld der Kinder und Jugendlichen nutzten sie aber ein erstaunliches Reper-

toire an inneren Ressourcen, das entscheidend zur Bewältigung beitrug.

Innere Faktoren

Die Kinder zeigten bemerkenswerte kognitive Fähigkeiten in der Ausprägung einer durchgehend *positiven Denkweise* und *gezielter Ablenkung*. Dabei wurde z. T. das Bewältigungsmodell der Eltern übernommen. Jungen wie Mädchen sprachen auch von einer *bewussten Verdrängung*, wenn ihnen die Belastung allzu stark erschien, also als Schutzfunktion. Obwohl die konkrete Unterstützung für die einzelnen Kinder differierte, hatten sie zumindest alle das Gefühl, *ausreichend unterstützt* zu werden. Sie fühlten sich weder äußerlich noch innerlich einsam. Ihr Vertrauen zu den Eltern und anderen Bezugspersonen war stark ausgeprägt und konnten immer wieder einen heilenden inneren Abstand gewinnen. Bei einem Mädchen spielten auch religiöse Vorstellungen eine wichtige und tragende Rolle.

Resümee

Die Studie zeigt mit ihrer kleinen Stichprobe einen Ausschnitt individueller Bewältigungsstrategien und ist damit nicht als repräsentativ anzusehen. Die Interviewtexte besitzen dennoch eine wirkungsvolle Aussagekraft, und die Ergebnisse der Auswertung können in Beratungssituationen von Nutzen sein. In der Beratung von Eltern wären die ermittelten Faktoren möglicherweise hilfreich, wenn es um die Frage geht, was eigentlich für die Kinder wichtig ist. Wie die Interviews deutlich machen, stehen die Eltern unter enormem Verantwortungsdruck, das Alltagsleben aufrechtzuerhalten, Trost zu spenden, Halt und Erklärungen zu geben. Gerade der selbst stark belastete gesunde Elternteil ist hier in hohem Maße gefordert. Eltern könnten mehr Sicherheit im Umgang mit ihren Kindern erlangen, wenn sie um deren psychische Belastungen und Bedürfnisse sowie ihre eigene Modellfunktion dabei wissen. Die dargestellten Resultate könnten bei der gemeinsamen Erarbeitung von Lösungsstrategien sowie bei der Suche nach inneren und äußeren Ressourcen der Familien unterstützen.

Kinder erkrankter Eltern brauchen Bestärkung in der Annahme ihrer Empfindungen, ihrer Gesprächsbereitschaft und -suche, der Wahrnehmung eigener Interessen und einer gezielter Ablenkung. Das soziale Umfeld ist in allem so weit wie möglich mit einzubeziehen.

Für die Klinische Sozialarbeit stellt die Beratung von Familien mit einem krebserkrankten Elternteil eine anspruchsvolle Aufgabe dar, deren angemessene Umsetzung im Aufbau von Beratungsangeboten erfolgen muss. Um die Wirksamkeit entsprechender Beratungs- und Begleitungsangebote zu überprüfen bedarf es gezielter Praxisforschung, deren Ergebnisse im Sinn weiterer Professionalisierung der Sozialen Arbeit in die methodische Ausdifferenzierung integriert werden müssen.

Literatur

- Armstead, L., Klein, K. & Forehand, R. (1995). Parental physical illness and the child functioning. *Clinical Psychology Review*, 15(5), 409-422.
- Barnes, C., Kroll, L., Burke, O., Lee, J., Jones, A. & Stein, A. (2000). Qualitative interview study of communication between parents and children about maternal breast cancer. *Western Journal of Medicine*, 173(6), 385-389.
- Birenbaum, L. K., Yancey, D. Z., Phillips, D. S., Chand, N. & Huster, G. (1999). School-aged children's and adolescents' adjustment when a parent has cancer. *Oncology Nursing Forum*, 26(10), 1639-1645.
- Christ, G. H. (2000). Impact of development on children's mourning. *Cancer Practice*, 8(2), 72-81.
- Christ, G. H., Siegel, K. & Sperber, D. (1994). Impact of parental terminal cancer on adolescents. *The American journal of orthopsychiatry*, 64(4), 604-613.
- Compas, B.-E., Worsham, N. L., Epping-Jordan, J. E., Grant, K. E., Mireault, G., Howell, D. C. & Malcarne, V. L. (1994). When mom or dad has cancer. *Health Psychology*, 13(6), 507-515.
- Compas, B.-E., Worsham, N.-L., Ey, S. & Howell, D.-C. (1996). When mom or dad has cancer. II. *Health Psychology*, 15(3), 167-175.
- Flick, U. (1991). Stationen des qualitativen Forschungsprozesses. In U. Flick, E. v. Kardorff, H. Keupp, L. v. Rosenstiel & S. Wolff (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Sozialforschung*. (S. 148-173). München: Psychologie Verlags Union.
- Geigges, W. (1996). Familienprozesse bei Krebskranken. In T. von Uexküll & R. Adler (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin* (5. neubearb. u. erw. Aufl.; S. 970-978). München: Urban & Schwarzenberg.
- Hoke, L. A. (2001). Psychosocial adjustment in children of mothers with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 10(5): 361-369.
- Lewis, F. M., Zahlis, E. H., Shands, M. E., Sinsheimer, J. H. & Hammond, M. A. (1996). The functioning of single women with breast cancer on their school-aged children. *Cancer Practice*, 4(1), 15-24.
- Lewis, F. M., Casey, S. M., Brandt, P. A., Shands, M. E. & Zahlis, E. H. (2006). The enhancing connections program: pilot study of a cognitive-behavioral intervention for mothers and children affected by breast cancer. *Psycho-Oncology* 15(6), 486-497.
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- Piaget, J. (1983). *Meine Theorie der geistigen Entwicklung* (Ungek., durchges. Ausg.). Frankfurt: Fischer. (Am. Original erschienen 1970.)
- Romer, G. & Haagen, M. (2004). Kinder körperlich kranker Eltern. *Frühe Kindheit*, 2, 9-15.
- Romer, G. & Haagen, M. (2007). *Kinder körperlich kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe.
- Rost, R. (1992). *Psychosoziale Probleme von Kindern körperlich kranker Eltern. Ein Literaturüberblick*. Med. Dissertation, Universität Freiburg.
- Siegel, K., Raveis, V. H. & Karus, D. (1996). Pattern of communication with children when a parent has cancer. In L. Baider, G. L. Cooper & A. K. De-Nour (Eds.), *Cancer and the family* (S. 109-128). Chichester: John Wiley & Sons.
- Visser, A., Huizinga, G. A., Hoekstra, H. J., Graaf, W. T. A. van der, Klip, E. C., Pras, E. & Hoekstra-Weebers, J. E. H. M. (2005). Emotional and behavioural functioning of children of a parent diagnosed with cancer: a cross-informant perspective. *Psycho-Oncology*, 14(1), 746-758.
- Welch, A. S., Wadsworth, M. E. & Compas, B. E. (1996). Adjustment of children and adolescents to parental cancer: Parents' and children's perspectives. *Cancer*, 77(7), 1409-1418.
- Wellisch, D. K., Gritz, E. R., Schain, W., Wang, H.-J. & Siau, J. (1992). Psychological functioning of daughters of breast cancer patients, Part II. *Psychosomatics*, 33(2): 171-179.
- Witzel, A. (1982). *Verfahren der qualitativen Sozialforschung*. Frankfurt: Campus.
- Worsham, N. L., Compas, B. E. & Sydney, E. Y. (1997). Children's coping with parental illness. In S. A. Wolchik & I. N. Sandler (Eds.), *Handbook of children's coping with common life stressors: Linking theory, research and interventions* (pp. 1195-1213). New York: Plenum.

Metaphern der Trauer

Sprachliche Konstruktionen von betroffenen Angehörigen und Überlegungen zu deren Beratung in der Sozialen Arbeit

Susanne Michulitz & Tina Garten

Einleitung

Personen, die einen geliebten Menschen verloren haben, werden mit einer Lebensgrenzsituation konfrontiert, in der sie sich oft nicht zurechtfinden. Emotionen von Einsamkeit und tiefer Traurigkeit sind keine Seltenheit. Hinterbliebene fühlen sich oft unverstanden und ziehen sich aus ihrem sozialen Umfeld zurück (vgl. Fässler-Weibel, 1991, S. 7; Arndt, 1990, S. 75). In unserem Forschungsprojekt »Metaphern der Trauer« (Garten & Michulitz, 2007) haben wir uns mit dem komplexen Thema »Trauer« auseinandergesetzt. Dazu interviewten wir Menschen, die einen nahestehenden Angehörigen verloren haben, und untersuchten deren verwendete sprachliche Konstruktionen (Metaphern). Bei der Auswahl der Befragten griffen wir auf das Kriterium der maximalen strukturellen Variation nach Glaser und Strauss (1967/1998) zurück. Das heißt, dass wir ein breites Spektrum von individuellen und sozialen Ausgangsbedingungen, Einzelschicksalen und Umgangsweisen mit dem zu untersuchenden Problemfeld erfassten. Das aufgezeichnete Datenmaterial wurde transkribiert und mit der systematischen Metaphernanalyse nach Schmitt (2003, 2005) ausgewertet. Wir wählten diese Auswertungsmethode, weil sich durch die Analyse der sprachlichen Bilder Rückschlüsse auf die Denk- und Handlungsmuster von Individuen oder Gruppen ziehen lassen.

Die rekonstruierte Empfindungs- und Denkwelt von Trauernden kann im Kontext Sozialer Arbeit Trauerberater/innen sensibilisieren. Neben den konkreten Hilfsangeboten für Hinterbliebene nimmt die Trauerberatung vor dem Hintergrund der Hospizbewegung, der Arbeit mit alten Menschen, der Notfallseelsorge etc. einen besonderen Stellenwert ein. Darüber hinaus treten im alltäglichen Leben immer wieder Verlust- und Trennungssituationen auf, die bei besonderer Thematisierung einer integrativen Trauerarbeit bedürfen und somit in allen Feldern Sozialer Arbeit vorkommen können.

Unsere Forschungsarbeit erhebt aufgrund der begrenzten Anzahl qualitativer Interviews keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit, sondern versteht sich eher als explorative Arbeit, die weitere Untersuchungen in diesem Feld nach sich ziehen sowie interessante und praktische Anhaltspunkte für Professionelle der Sozialen Arbeit bieten kann.

Theorien der Trauer

Bei der Literaturrecherche wurden die Komplexität des Themas und unterschiedliche Ansichten von Autoren/innen offensichtlich, was sich in diversen Definitionen und Phasenmodellen sowie theoretischen Ansätzen zur Erklärung von Trauer widerspiegelt. Als einige wichtige Autor/innen sind hier Freud (1916/2006), Kachler (2005), Kast (1982) sowie M. S. Stroebe und W. Stroebe (1994) zu nennen. Darüber hinaus wurden vielfältige symptomatische Auswirkungen deutlich, die bei einem ungünstigen Verlauf der Trauer fortauern können und die Gestaltung des alltäglichen Lebensablaufes beeinträchtigen. Im Rahmen dieses Aufsatzes fokussieren wir auf die Aussagen von Bowlby (1980/2006), da er die wichtigsten Aspekte der Trauertheorie integriert.

Klassische versus romantische Ansätze zur Erklärung von Trauer

Zur Erklärung von Trauer ist eine Unterscheidung zwischen klassischen und romantischen Ansätzen sinnvoll (vgl. Znoj, 2004, S. 9). Erstgenannte fordern die *Loslösung von den Verstorbenen*. Die Bindung sollte dabei komplett getrennt und dafür nach gewisser Verarbeitungszeit neue (Ersatz-)Beziehungen eingegangen werden. Das Streben nach einer Fortführung der Beziehung zum verloren gegangenen Menschen wird als »ungesund« betrachtet.

Bei den romantischen Ansätzen, denen auch Bowlby (z. B. 1980/2006) zuzuordnen ist, erfolgt eine Modifizierung dieser negativen Bewertung: Die Bindung zu den Verstorbenen wird (und soll) durch Liebe und Erinnerungen weitergeführt (werden), nur in einer anderen Form. Ein *Fortbestehen der Beziehung* hilft den Trauerprozess zu bewältigen.

Für den Verlauf der Trauer werden oftmals Phasenmodelle genutzt um einzuschätzen, ob eine »gesunde« oder eine eher »ungesunde« Form des Trauerns vorliegt. Diese Modelle sind im tatsächlichen Trauerprozess begrenzt anwendbar. Sie bieten allerdings eine gewisse Orientierungshilfe, weshalb im Folgenden das Phasenmodell nach Bowlby (1980/2006, S. 86ff.) kurz vorgestellt wird.

Phasenmodell nach Bowlby

1. Phase der Betäubung: Diese kann einige Stunden bis eine Woche andauern und Ausbrüche von intensiven Emotionen wie Panik, Wut etc. beinhalten. Betroffene sind häufig unfähig, die Nachricht vom Tod des/der Angehörigen anzunehmen.

2. Phase der Sehnsucht und Suche nach der verlorenen Figur:

Trauernde realisieren in dieser Monate bis Jahre währenden Zeitspanne zeitweilig den Verlust. Verschiedene symptomatische Auffälligkeiten stellen keine Seltenheit dar, was sich in Tränenausbrüchen, Ruhelosigkeit, Schlaflosigkeit, Zorn, Feindseligkeit gegenüber anderen und ständigen Gedanken an den/die Verstorbene/n äußern kann. Charakteristisch für diese Phase ist ein Wechselspiel von rastlosem Suchen, zwischendurch auftretender Hoffnung und wiederholter Enttäuschung. Trauernde verspüren einen enormen Drang, den verstorbenen Menschen zurückzugewinnen, was bei einem »gesunden« Trauerverlauf mit der Zeit abnimmt. Als Reaktion auf die Feststellung, dass eine Wiedervereinigung unmöglich ist, wird eine tiefe und durchgehende Traurigkeit empfunden.

3. Phase der Desorganisation und Verzweiflung:

Trauernde können sich verwirrt und hilflos fühlen, da sie gegensätzlichen, schmerzvollen Antrieben ausgesetzt sind. So schwanken sie beispielsweise bei der Entscheidung Erinnerungsstücke aufzubewahren oder wegzuworfen. Als wichtige Traueraufgaben zu diesem Zeitpunkt werden das Aushalten der Emotionen und der Versuch genannt, die gegensätzlichen Antriebe in Einklang zu bringen.

4. Phase eines größeren oder geringeren Grades von Reorganisation:

Letztendlich entwickelt sich ein gewisses Verständnis dafür, dass der Verlust von Dauer ist und dass das eigene Leben reorganisiert werden muss. Es ist wichtig, alte Muster des Denkens, Fühlens und Handelns aufzugeben und neue zu bilden. Diese Tatsache kann bei Trauernden zusätzlich zur Verzweiflung führen, wenn sie der Ansicht sind, dass alles verloren sei. Für sie ist es schwierig und notwendig zugleich, sich mit Möglichkeiten auseinander zu setzen und die neue Situation zu bewältigen. Die Neudefinition kann schmerzhaft und belastend sein, aber dennoch sehr bedeutsam, da nun die Hoffnung, den/die Verstorbenen/e wiederzugewinnen, endgültig aufgegeben werden kann.

Die enorme Bedeutung einer Beziehung beruht auf der elementaren frühkindlichen Bindung zur ersten Bezugsperson (häufig die Mutter) und den sich später aufschichtenden anderen Beziehungen. Daher stellt ein Verlust ein sehr schmerzhaftes Ereignis dar, weil auch frühere Trennungserfahrungen aktualisiert werden. Eine weitere Verbundenheit zum/zur Verstorbenen und ein Gefühl seiner/ihrer Anwesenheit sind

oftmals tröstlich. Durch das Aufrechterhalten und Modifizieren der Bindung zum Verstorbenen erhalten Trauernde ihr Identitätsgefühl und sind fähig, ihr Leben neu zu organisieren.

Sprachbilder

Um Trauernden in der Beratung begegnen zu können, ist es sinnvoll, ihre innere Welt zu betrachten. So hat ihnen der »Tod eine wertvolle Person genommen«. Um diesen Verlust »ertragen« zu können und ihre Trauer zu »verarbeiten«, beschreiten sie einen schmerzvollen, stellenweise schwierigen »Trauerweg«. Die in Anführungszeichen dargestellten Begrifflichkeiten veranschaulichen die bildlichen Denkstrukturen von Betroffenen. Hier wird die gemeinsame Grundannahme qualitativer Forschung sichtbar, dass sich Denken und Fühlen in Sprache ausdrückt. Unter den Methoden, die sich mit Mustern des sprachlichen Ausdrucks von Gedanken, Gefühlen und Erwartungen – also Deutungsmustern (Schmitt 2005) – beschäftigen, nimmt die Metaphernanalyse einen besonderen Platz ein. Zum besseren Verständnis des jüngeren Begriffs der Metapher wird kurz der Rahmen der kognitiven Metaphertheorie skizziert (Lakoff & Johnson, 1980/2003; Schmitt, 2000a, 2003, 2004).

Die kognitive Metaphertheorie nach Lakoff und Johnson

Die bedeutenden Linguisten Lakoff und Johnson definieren den Begriff der Metapher wie folgt: »Das Wesen der Metapher besteht darin, dass wir durch sie eine Sache oder einen Vorgang in Begriffen einer anderen Sache beziehungsweise eines anderen Vorganges verstehen und erfahren können.« (Lakoff & Johnson, 1980/2003, S. 12) Dabei fokussieren sie nicht auf poetische und literarisch auffällige Metaphern, sondern vor allem auf Metaphern der Alltagssprache. In diesem Sinne kann man dann von einer Metapher sprechen, wenn: (1) ein Wort/eine Redewendung in einem strengen Sinn in dem für die Sprechüberlieferung relevanten Kontext mehr als nur wörtliche Bedeutung hat und (2) die wörtliche Bedeutung einem prägnanten Bedeutungsbereich (Quellbereich: Weg) entstammt, (3) jedoch auf einen zweiten, oft abstrakteren Bereich (Zielbereich: Trauer) übertragen wird (Schmitt, 2003, S. 4).

Mehrere Metaphern mit dem gleichem Quell- und Zielbereich lassen sich zu einem metaphorischen *Konzept* zusammenfassen. Diese Konzepte strukturieren unser Denken und Handeln. Sie beruhen häufig auf dem jeweiligen kulturellen Hintergrund und spiegeln diesen wider.

Das Beispiel »Trauer als weitergehender Weg« (metaphorisches Konzept) kann mit folgenden Metaphern bebildert werden: (1) »Hat man es wirklich nur beiseite getan und gesagt, es muss weitergehen.« (2) »Ja,

im Prinzip lief das Leben dann ganz normal weiter.« (Garten & Michulitz, 2007) Die Betroffenen beschreiben hier ihre Trauererfahrungen (Zielbereich) mit Metaphoriken des Weges: weitergehen bzw. -laufen (Quellbereich).

Lakoff und Johnson (1980/2003) liefern kein für sozialwissenschaftliche Forschung gültiges Verfahren zur Identifikation und Interpretation von metaphorischen Konzepten. Die *systematische Metaphernanalyse* (Schmitt, 2003, 2005) übersetzt die von Lakoff und Johnson entwickelte Metaphertheorie in die qualitative Sozialforschung und erweitert sie um Ablaufschritte der systematischen Rekonstruktion von metaphorischen Mustern. Die Vorgehensweise wird dabei dem Anspruch gerecht, möglichst viele und unterschiedliche metaphorische Konzepte des Denkens, Fühlens und Handelns zu finden, Interpretationen zu entwickeln und diese nachvollziehbar darzustellen (vgl. Schmitt, 2003, S. 1f.).

Identifizierte metaphorische Konzepte der Trauer

Bei der Auswertung der Interviews der Trauernden wurde kein dominierendes sprachliches Modell sichtbar, sondern mehrere – oftmals auch widersprüchliche – metaphorische Konstruktionen. An dieser Stelle werden die prägnantesten Konzepte vorgestellt (weitere Beispiele vgl. Garten & Michulitz, 2007, S. 155ff.).

Tod als Zerstörer: Ein Todesfall stellt ein einschneidendes Ereignis dar und kann das Leben von betroffenen Angehörigen beeinflussen »das [die Todesmeldung] war ein ganz schöner *Schlag*«. Trauernde konzeptualisieren den Tod als Angreifer, von dem sie getroffen werden und der ihnen Schaden zufügt. In einigen Fällen benutzt der Tod sogar Waffen, um zuzuschlagen: »Also es war wirklich, als wenn man *mit der Keule kriegt*«. Dem Vorgang der Zerstörung stehen Betroffene machtlos gegenüber, »und [wir haben] geheult wie die *Kaputten*«.

Verlust als Last und Trauer als Kraftakt: Das Verlustereignis wird neben der Beschädigung (s.o.) auch als Belastung empfunden, die die Trauernden niederdrückt »Also es [der Verlust] war natürlich *schwer*«. Das schwere Gewicht des Verlustes muss von den Hinterbliebenen getragen werden und verdeutlicht deren Anstrengungen: »Und da habe ich all meine *Kraft gebraucht*«. Erinnerungen oder Gespräche über den Verlust können zu »*Erleichterungen*« führen. Komplementär wird im Bild an »Stützung« als Hilfe gedacht: »Also wir haben da echt versucht, auch so viel *Unterstützung* zu geben, wie es ging.« Sie gibt den Betroffenen insbesondere vor dem Hintergrund des familiären Verbundes einen Halt, um nicht von der Last erdrückt zu werden und dem Druck standhalten zu können.

Trauer als Produktionsvorgang: In der Literatur zum Thema wird die Annahme vertreten, dass Hinterbliebene eine Trauer-

erarbeit leisten müssen und gewisse Traueraufgaben zu bewältigen haben, um ihr persönliches Wohlergehen dauerhaft zu gewährleisten, was sich auch in den ausgedrückten Metaphern widerspiegelt. Das Lösen der Traueraufgaben gestaltet sich allerdings *nicht so einfach*, sondern ist mit Problemen und Schwierigkeiten behaftet: »Also es ist nicht so einfach mit der Trauer«; »Das sind auf jeden Fall andere *Schwierigkeiten* bei der *Trauerbewältigung*«. Trauernde befinden sich in einem Produktionsvorgang und müssen entsprechende Anstrengungen leisten, um den Verlust verarbeiten zu können: »Das ist eigentlich, wie gesagt, *viel aufarbeiten*, viel darüber [über den Verlust] reden, *viel tun*«; »Ich versuche mir dann immer vorzustellen, wie das mein Vater hätte haben wollen, dass ich es *tue*. Das ist vielleicht auch so ein bisschen was, was du noch mit *verarbeiten* oder *earbeiten* kannst«. Die Verarbeitung und Auseinandersetzung erfolgt neben der körperlichen auch auf der geistigen Ebene, »wenn man sich stark *Gedanken macht* über den Todesfall«. In einigen Fällen gelingt die Trauerarbeit weniger bewusst, die trauernde Person wirkt dann wie eine Maschine, die einfach nur noch funktioniert: »Aber mir blieb damals wahrscheinlich keine andere Wahl, als einfach nur Gehirn *ausschalten* und *funktionieren*, weiter funktionieren.«

Tod und Trauer als Objekt: Ein metaphorisches Konzept kann auch durch vergegenständlichende Metaphern wie Objekte, Substanzen und Behälter aufgebaut werden. Dabei projizieren wir die Grunderfahrung des Körpers als abgeschlossenes Objekt auf komplexe Begriffe (wie »Trauer«), um sie handhaben zu können, ohne dass diesen Begriffen eine solche Eigenschaft zukäme. Zudem behandeln wir komplexe Erfahrungen als zählbare, messbare Substanz analog zu Substanzen wie Sand oder Wasser. So stellen Tod und Trauer für die Betroffenen etwas Abstraktes dar. Daher versuchen sie, diese unklar definierten Erfahrungsbereiche als konkrete Stofflichkeiten zu metaphorisieren. Zu Beginn der Trauerzeit ist es den Betroffenen nicht möglich, den Tod als Objekt zu greifen: »Das [den Tod] kann halt der Geist *nicht fassen*«; »Das ist gerade sowas [der Tod], was man überhaupt *nicht begreifen* kann«. Sobald der Tod jedoch fassbar ist, sind die Trauernden in der Lage, den Verlust zu realisieren: »*Das* [den Tod] *packt* sie mittlerweile ganz gut«; »Und ich versuche es für mich auch so, oder generell in der Familie versuchen wir *das* [Trauerthema] so zu *handhaben*.«

Trauer als flüssige Substanz: Es kommt vor, dass Betroffene dermaßen viel Trauer »enthalten«, dass diese real wie metaphorisch überläuft, sie jedoch nicht in der Lage sind, die Flüssigkeit abzulassen. »Die Gefühle sind im Prinzip *übergeschwappt*«; »Und mir *lief* eine Träne nach der anderen runter«; »Also es kam mir vor, als wenn sich *ganz ganz viel angestaut* hätte und

das dann einfach *alles raus* war und dass es mir danach auch wirklich besser ging«. Die beiden letzten Beispiele zeigen, wie zunächst unmetaphorisch-wörtliche Beschreibungen des Weinens auch als prototypisches Bild des »Fließens« der Affekte dienen können.

Trauer als Raum: Trauernde befinden sich in einem mentalen Raum »Also das ist für mich das erste Mal, wo ich da jetzt ein bisschen mehr *raus gehe*«. Diese Metaphorik geht mit einer Innen-/Außenorientierung einher und betont die Abgrenzung zur Umwelt: »Aber ich denke so, in der Familie war es einfach ziemlich *isoliert, ausgegrenzt*.« Der konstruierte Raum ermöglicht, in einer geschützten Atmosphäre zu trauern, ohne jedoch gänzlich isoliert zu sein. Es besteht die Möglichkeit, den Raum zu öffnen, hinauszugehen oder Mitmenschen hineinzu lassen. Zudem sind Trauernde in der Lage, ihre Trauer und den erlebten Verlust in einem gesonderten Raum abzuschließen. Der »Abschluss« erfolgt in den meisten Fällen am Ende des Trauerweges.

Trauer als Weg: Um die Trauer »verarbeiten« zu können, beschreiten die Betroffenen einen »Trauerweg«. Sie gehen auf diesem Weg vorwärts und streben ein Ziel an »Ja, im Prinzip *lief* das Leben dann ganz normal *weiter*.« Einen besonderen Punkt auf der Trauerstrecke stellt die Beerdigung dar. Zudem können Hindernisse auf dem Weg liegen, sodass die Gefahr besteht, dass man nicht mehr weitergehen kann oder vom Trauerweg abkommt: »So *geht es nicht weiter*.«

Trauer als räumliche Nähe im zwischenmenschlichen Kontext: Trauer führt Familienmitglieder und Freunde zusammen. Betroffene sind demnach nicht isoliert, sondern halten sich in einer Gemeinschaft auf: »Also wir haben uns da echt auch *zusammengerappelt* und waren auch viel *zusammen*.« Die Intensität sozialer Beziehungen wird durch das Nähe-Schema deutlich: »Ja mit meinem Vater habe ich mich komischerweise *angenhört*.« Vermutlich ist der Verlust in der Gemeinschaft besser zu bewältigen, wodurch der Familie und den Freunden in der Trauerzeit eine besondere Bedeutung zukommt: »das war ein interessanter *Zusammenhalt* zu der Zeit«; »Ok, ... das *schweißt* einen *zusammen*«.

Trauer als abzutrennendes und bestehendes Band: Der Tod trennt das bestehende Band zwischen zwei Menschen. Zurück bleibt ein einsamer Mensch: »Also er fühlt sich da einfach nur *alleine* gelassen.« Die Trennung fällt den Hinterbliebenen meist sehr schwer: »dass er sich von vielen Dingen [der Verstorbenen] nicht so *trennen* konnte«; »Wir hatten eine ... gute *Beziehung* ..., und das fehlt ja jetzt irgendwie«. Kurz bevor das Band für immer auseinandergeht, wird ein letztes Mal daran festgehalten und Abschied genommen: »Da hab ich ihm [dem Verstorbenen] noch mal die *Hand gedrückt*«; »Ich hab ihm die *Hand gehalten*, und der Robert und die

Mutti haben sich richtig von ihm *verabschiedet*«; »Ja und dann sind die anderen auch alle herangetreten, um *Abschied zu nehmen*«. Auch im Kontext der Bildlichkeit von Band und Bindung finden sich also zunächst unmetaphorisch-konkrete Beschreibungen von Praktiken, die aber als Bildgenerator das Schema der Verbindung ratifizieren. Der endgültige Abriss des Bandes zu der verlorengegangenen Person in der realen Welt wird durch den »Verlust« und die »Abschiednahme« belegt. Es besteht jedoch die Möglichkeit, eine mentale Beziehung zum Verstorbenen beispielsweise durch Kommunikation und kognitive Leistung aufrechtzuerhalten »*Die [Bindung] ist nicht abgerissen* in dem Moment, aber die ist ... vielleicht hat sie ein anderes Niveau bekommen«; »Also wie gesagt, da ist noch ein Stückchen Seele, das gibt es auch, dass man sich unterhält, wenn man vor dem Bild steht oder wenn man am Grab ist oder so. Also diese *übermentale Beziehung* doch noch relativ zu pflegen.«

Vergleich: Bindungsmetaphern und Bowlbys Bindungstheorie

Vergleicht man die Ergebnisse der Metaphernanalyse mit Bowlbys (z. B. 1980/2006) Theorie und Befunden, so lässt sich die starre Phaseinteilung durch unser Untersuchungsmaterial nicht bestätigen. Es wird eine lange, wenn nicht sogar ewige Trauerzeit offensichtlich, die bestimmte Phasen und Momente aufweist, von Individuum zu Individuum jedoch stark variieren kann. Die von den metaphorischen Konzepten verbildlichten affektiven und kognitiven Muster finden sich in allen Phasen der Trauer.

Trauernde konzeptualisieren den Tod der Angehörigen als Verlust eines wertvollen Besitzes, der schmerzvoll ist und verarbeitet werden muss. Jedoch scheint die von Bowlby beschriebene komplette Reorganisation im Vergleich zu unserem Datenmaterial, in dem entgleisende Trauerreaktionen nicht enthalten waren, übertrieben.

Bowlby beschreibt die Fortführung der Beziehung in einer anderen Form, was den Trauerprozess erleichtert. Diese Aussage wird anhand der dargestellten Ergebnisse bestätigt und darüber hinaus erweitert: Betroffene beschreiben die Toten noch als existent. Die Bindung wird auf der realen Ebene gelöst, weswegen sich die Hinterbliebenen verabschieden müssen und zunächst allein sind. Aber die Beziehung wird auf der mentalen Ebene weitergeführt, wobei Erinnerungen/Andenken, Abbilder und Kommunikation helfen können. Somit wird auch der romantische Ansatz zur Erklärung von Trauer bekräftigt.

Ein kaum berücksichtigter Faktor stellt die Beziehung zu Familienmitgliedern und Freunden in dieser Zeit dar. Das familiäre und freundschaftliche Zusammensein dient als Hilfe und Stütze, es können sogar neue Kontakte geknüpft werden.

Konsequenzen für die Beratung in der Sozialen Arbeit

Was lässt sich aus der Kenntnis der metaphorischen Konzepte für die Beratung in der Sozialen Arbeit ableiten? Zunächst ist offensichtlich, dass die Metaphernanalyse als wissenschaftliche Reflexion von Trauerberatung möglich und sinnvoll ist. Anschließend folgen praxisnahe Ausführungen für die konkrete Nutzung sprachlicher Bilder in helfender Kommunikation über Trauer.

Integration der Metaphernanalyse in Trauerberatung und Therapie

Die gefundenen Metaphern der Trauer können Professionellen zur Unterstützung dienen, die Empfindungen und Meinungen von Trauernden besser zu verstehen. Eine Zusammenfassung über wichtige Grundsätze und Methoden im Umgang mit Trauernden bieten Langenmayr (1999) und Worden (1999) (ausführlich dazu auch Garten & Michulitz, 2007, S. 53ff.).

Je nach Ausbildung und Persönlichkeit der Professionellen und bezüglich der Trauernden sind verschiedene Beratungs- und Behandlungsmodelle vorstellbar. Dabei besteht die Möglichkeit des Einbezuges der oben vorgestellten metaphorischen Konzepte der Trauer. Vor dem Hintergrund der Metaphorik des Bandes scheinen Interventionsformen nützlich, die die Bindung zum/zur Verstorbenen thematisieren und die Methoden zur Aufrechterhaltung der Beziehung anwenden. So werden bei der Therapie zur Wiederbelebung des steckengebliebenen Trauerprozesses (Volkan & Zintl, 2000) »Brückenobjekte« (z. B. das Halstuch der Verstorbenen) eingesetzt, die einen Kontakt zum/zur Toten herstellen. Die Familienübergangs-Therapie (Langenmayr, 1999) wird der besonderen Bedeutung von Familie durch deren Integration in den Behandlungsprozess gerecht. Bei allen Formen der Trauerarbeit sollte der/die Professionelle als Bündnispartner wahrgenommen werden.

Die konkrete Nutzung sprachlicher Bilder in der Beratung

Einen tieferen Einblick in die Möglichkeiten einer Beratung könnte die Untersuchung von Gesprächssequenzen mit helfender Kommunikation über Trauer sein. Solche Studien liegen nicht vor. Der vorliegende Aufsatz informiert wie die Studien von Kronberger (1999) und Barkfeld (2003) über die metaphorisch ausgedrückten Selbst- und Weltbilder der Klient/innen. Was ist davon für Praktiker/innen nützlich?

Die Beiläufigkeit der alltäglichen Metaphorik legt nahe, dass nicht nur Betroffene Metaphern gebrauchen, sondern auch ihre Bezugspersonen, Sozialarbeiter/innen und andere Professionelle. Beratung (und auch Psychotherapie) sind Phänomene, die durch die gegenseitige Steuerung durch Metaphern konstituiert werden (Angus, 1996). In stockenden und beider-

seits frustrierenden Beratungsprozessen blockieren eventuell unterschiedliche Metaphern die Verständigung (vgl. Schmitt, 2000b). Deshalb müssen sich Beratende für ihre eigenen, nicht bewusst gebrauchten Metaphern und die damit verbundenen (ggf. festgefahrenen) Annahmen über sich und die Welt sensibilisieren.

Die Hinweise auf Bowlby (z.B. 1980/2006) haben deutlich gemacht, dass Trauer auch als Ausdruck der Verstörung zentraler Beziehungserwartungen und Beziehungsmuster zu betrachten ist. Wie diese Beziehungsverunsicherung gelebt wird, hängt von der biografisch aufgeschichteten Beziehungserfahrung ab und kann, wie es Bowlby beschreibt, eine weite Spanne von vermeidendem Rückzug bis hin zu überkompensierendem Ergreifen aller Beziehungsangebote beschreiben. Beratung sollte also sensibel die Möglichkeiten der Trauernden erspüren, trotz der Verletzung noch Beziehung einzugehen. Auf diese Weise können Professionelle als Außenstehende die Trauernden kontaktieren und einen Austausch im Raum initiieren. Beratung kann eine Alternativerfahrung zur Bindungsverstörung sein und dazu führen, mit erlebter Bindungssicherheit wieder explorierend auf die Welt zuzugehen. Insgesamt kann die gewonnene Bindungssicherheit im Beratungs- und Behandlungskontext als Voraussetzung für eine erfolgreiche Verlustbewältigung dienen (vgl. Hauser & Endres, 2002, S. 166 ff.).

Die Metaphorik von Band und Bindung (s.o.) hat ihren Platz in der Reflexion der Beziehungen. Es geht nicht darum, die Bindung zu den Verstorbenen forciert abzuschneiden, sondern in eine symbolische Beziehung zu transformieren. Reale Bindungen – zu Freunden, Bekannten und insbesondere zur Familie – spielen eine wichtige Rolle und sollten als Ressourcen bei der Trauerverarbeitung wahrgenommen werden. Fehlt das soziale Netzwerk, so können »Kontakte« zu Selbsthilfegruppen, Internetforen etc. »geknüpft« werden (vgl. Garten & Michulitz, 2007, S. 179 ff.).

Das Aufgreifen der Sprache der Klient/innen ermöglicht es, deren Welt sozusagen aus dem Innern der zum Ausdruck gebrachten Selbst- und Weltansicht zu verstehen und Handlungsweisen zu entwickeln, die ihre Sicht der Welt nicht überfordert. Der Versuch, die Welt aus dem Innern der Selbstsicht der Klient/innen zu verstehen, ist einigen Ansätzen der Sozialen Arbeit wie der qualitativen Forschung gemeinsam. Besonders Angus und Korman (Angus, 1996; Angus & Korman, 2002) sowie Kopp (1995) haben darauf aufmerksam gemacht, dass nicht die Einführung einer neuen Metapher, sondern die Ausdifferenzierung der vorhandenen Bildlichkeit für die zu Beratenden eher einen Fortschritt des Selbst- und Weltverständnisses nach sich zieht (vgl. Schmitt, 2000b). Bark-

felt (2003) spricht von der Notwendigkeit, insbesondere zu Beginn der Beratungsbeziehung die Metaphern der Hilfesuchenden zu »validieren«, bevor innere Möglichkeiten, aber auch Grenzen der metaphorischen Weltauffassung in den Blick geraten. Hier kann beispielsweise in der Metaphorik vom Tod als Zerstörer – wenn ein/e Trauernde/r sich »getroffen«, »geschlagen«, »zerstört« fühlt – nach dem Beziehungsaufbau und nach der Validierung der Metaphern überlegt werden, welche »Schläge« es im Leben sonst noch gab und was in jenen Fällen geholfen hat zu »heilen« oder sich wieder »aufzubauen«. Die Metaphoriken der Last, der Kraft und der Arbeit wären darauf hin zu explorieren, ob ein Mensch auch Gelegenheit hat, sich »auszurufen« von den Lasten und Pausen machen kann, ob andere Menschen bei der Bewältigung der Last helfen können usw. Jede Metaphorik entwickelt einen eigenen Bereich von Denk- und Handlungsmöglichkeiten.

Abschließende Bemerkungen

Der Tod zerstört zunächst die »Bindung« zwischen Verstorbenen und Hinterbliebenen in der äußeren Realität, weshalb ein Verlustereignis eine enorme »Belastung« für die Trauernden darstellt und »verarbeitet« werden muss. Auf dem persönlichen »Trauerweg« kann »Unterstützung« und Trost durch Familienmitglieder, Freunde und Bekannte erfolgen sowie durch das »Weiterführen« der Beziehung zur verlorenen Person auf der mentalen Ebene. Ist es Betroffenen dennoch nicht möglich, den Verlust zu »bewältigen«, so können Berater/innen helfend und »unterstützend« zur Seite stehen. Je nach Persönlichkeit des/der Betroffenen können unterschiedliche Beratungsansätze und »Angebote« sinnvoll sein. Besonders zu betonen ist der Zusammenhang zwischen Beratung und Metaphern. Diese können Aufschlüsse über die Denk- und Empfindungswelt von Trauernden geben und verschiedene Anwendungsmöglichkeiten im Beratungskontext bieten. Sprachliche Konstruktionen können Hinweise liefern, die Betroffenen »da abzuholen, wo sie stehen«.

Literatur

- Angus, L. E. (1996). An intensive analysis of metaphor themes in psychotherapy. In J. S. Mio & A. N. Katz (Eds.), *Metaphor. Implications and Applications* (pp. 73-84). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Angus, L. E. & Korman, Y. (2002). Conflict, Coherence, and Change in Brief Psychotherapy. A Metaphor Theme Analysis. In S. R. Fussell (Ed.), *The Verbal Communication of Emotions. Interdisciplinary Perspectives* (pp. 151-166). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Arndt, M. (1990). *Leben – Leid – Sterben – Trauer*. Freiburg: Lambertus.
- Barkfelt, J. (2003). *Bilder aus*

- der Depression. Metaphorische Episoden über depressive Episoden*. Konstanz: Hartung-Gorre.
- Bowlby, J. (2006). *Bindung und Verlust. Bd. 3: Verlust. Trauer und Depression*. München: Reinhardt. (Engl. Original erschienen 1980.)
- Fässler-Weibel, P. (Hrsg.) (1991). *Gelebte Trauer. Vom Umgang mit Angehörigen bei Sterben und Tod*. Fribourg, Schweiz: Paulusverlag.
- Freud, S. (2006). Trauer und Melancholie. In C. Schmidt-Hellerau (Hrsg.), *Sigmund Freud. Das Lesebuch* (S. 333-353). Frankfurt: Fischer. (Original erschienen 1916.)
- Garten, T. & Michulitz, S. (2007). *Metaphern der Trauer*. Diplomarbeit. Hochschule Zittau/Görlitz.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1998). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Huber. (Am. Original erschienen 1967.)
- Hauser, S. & Endres, M. (Hrsg.) (2002). *Bindungstheorie in der Psychotherapie* (2. Aufl.). München: Reinhardt.
- Kachler, R. (2005). *Meine Trauer wird dich finden. Ein neuer Ansatz in der Trauerarbeit*. Stuttgart: Kreuz.
- Kast, V. (1982). *Trauern. Phasen und Chancen des psychischen Prozesses*. Stuttgart: Kreuz.
- Kopp, R. R. (1995). *Metaphor therapy. Using client-generated metaphors in psychotherapy*. Bristol: Brunner/Mazel.
- Kronberger, N. (1999). Schwarzes Loch und Dornröschenschlaf – eine Metaphernanalyse von Alltagsvorstellungen der Depression. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 1(2), 85-104.
- Lakoff, G. & Johnson, M. (2003). *Leben in Metaphern. Konstruktion und Gebrauch von Sprachbildern* (3. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme. (Am. Original erschienen 1980.)
- Langenmayr, A. (1999). *Trauerbegleitung. Beratung – Therapie – Fortbildung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmitt, R. (2000a). Skizzen zur Metaphernanalyse [16 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [On-line Journal]*, 1(1). Verfügbar über: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-00/1-00schmitt-d.htm> [11.11.2005].
- Schmitt, R. (2000b). Metaphernanalyse und helfende Interaktion. *Psychomed. Zeitschrift für Psychologie und Medizin*, 12(3), 165-170.
- Schmitt, R. (2003). Methode und Subjektivität in der Systematischen Metaphernanalyse [54 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [On-line Journal]*, 4(2). Verfügbar über: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-03/2-03schmitt-d.htm> [11.11.2005].
- Schmitt, R. (2004). Diskussion ist Krieg, Liebe ist eine Reise, und die qualitative Forschung braucht eine Brille. Rezension: George Lakoff & Mark Johnson (2003). *Leben in Metaphern. Konstruktion und Gebrauch von Sprachbildern* (Dritte Auflage) [54 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [On-line Journal]*, 5(2), Art. 19. Verfügbar über: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-04/2-04review-schmitt-d.htm> [11.11.2005].
- Schmitt, R. (2005). Entwicklung, Prägung, Reifung, Prozess und andere Metaphern. Oder: Wie eine systematische Metaphernanalyse in der Entwicklungspsychologie nützen könnte. In G. Mey (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Entwicklungspsychologie* (S. 545-584). Köln: Kölner Studien Verlag.
- Stroebe, W. & Stroebe, M. S. (1994). *Bereavement and Health. The Psychological and Physical Consequences of Partner Loss* (3. Aufl.). Cambridge: Press Syndicate of the University of Cambridge.
- Volkan, V. D. & Zintl, E. (2000). *Wege der Trauer. Leben mit Tod und Verlust*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Worden, J. W. (1999). *Beratung und Therapie in Trauerfällen* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Znoj, H. (2004). *Komplizierte Trauer*. Göttingen: Hogrefe.