

# **SCHWEIGEN IST SILBER, REDEN IST GOLD!**

**Aspekte für die psychologische Arbeit mit Tabus  
im Kinder- und Jugendhilfekontext**

**64. Tagung  
der österreichischen  
JugendamtspsychologInnen**

**5. + 6. Oktober 2017**



# Inhaltsverzeichnis

<b>Programm</b>	1
<b>Vorwort</b>	3
<b>Schnappschüsse von der 64. Tagung</b>	5
<b>Vorträge</b>	
<b>Prof. Dr. Kay BIESEL</b> Vom Fehlerverdruss zum Dialoggenuss in der Kinder- und Jugendhilfe: ein Plädoyer für eine Organisationskultur der Fehleroffenheit	11
<b>Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Judith DANIELS</b> Prävention von sekundärer Traumatisierung	35
<b>Dr.<sup>in</sup> Gertrude BOGYI</b> Die Wahrheit ist Kindern zumutbar: Begleitung bei Abschied, Verlust und Tod	41
<b>Univ. Prof. Dr. Peter KAISER</b> Wenn die Wahrheit ans Licht kommt: Familiengeheimnisse als generationsübergreifendes Problem für Kinder	57
<b>Assoc.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Claudia KLIER</b> Kindestötungen in Österreich – wirkt Prävention?	81
<b>Workshops</b>	
<b>Workshop 1: Dr.<sup>in</sup> Gertrude BOGYI</b> Die Wahrheit ist Kindern zumutbar: Begleitung bei Abschied, Verlust und Tod	99
<b>Workshop 2: Univ.-Prof. Dr. Peter KAISER</b> Wenn die Wahrheit ans Licht kommt: Familiengeheimnisse als generationsübergreifendes Problem für Kinder	103
<b>Workshop 3: Assoc.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Claudia KLIER, Jennifer KERNREITER, BA MA</b> Prävention von Neugeborenenentötungen und Entwicklung von Kindern aus anonymen Geburten	105
<b>Biografien</b>	115



# Programm

Donnerstag, 5. Oktober 2017, Rathaus Wappensaal

9:15 Uhr **BEGRÜSSUNG UND ERÖFFNUNG**

9:30 Uhr **Prof. Dr. Kay BIESEL**  
Vom Fehlerverdruss zum Dialoggenuss in der Kinder- und Jugendhilfe:  
ein Plädoyer für eine Organisationskultur der Fehleroffenheit.

*anschließend Diskussion*

10:30 Uhr **PAUSE**

11:00 Uhr **Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Judith DANIELS**  
Prävention von sekundärer Traumatisierung

*anschließend Diskussion*

12:00 Uhr **COCKTAILEMPFANG**

13:30 Uhr **Dr.<sup>in</sup> Gertrude BOGYI**  
Die Wahrheit ist Kindern zumutbar: Begleitung bei Abschied, Verlust und Tod

*anschließend Diskussion*

14:30 Uhr **PAUSE**

15:00 Uhr **Univ.-Prof. Dr. Peter KAISER**  
Wenn die Wahrheit ans Licht kommt: Familiengeheimnisse als  
generationsübergreifendes Problem für Kinder

*anschließend Diskussion*

16:00 Uhr **Vernetzungstreffen der österreichischen JugendamtpsychologInnen**

**Freitag, 6. Oktober 2017**

08:30 Uhr      **Assoc.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Claudia KLIER**  
Kindestötungen in Österreich – wirkt Prävention?

*anschließend Diskussion*

09:30 Uhr      **PAUSE**

10:00–13:00 Uhr      **WORKSHOPS**

Workshop 1:      **Dr.<sup>in</sup> Gertrude BOGYI**  
Die Wahrheit ist Kindern zumutbar: Begleitung bei Abschied, Verlust und Tod

Workshop 2:      **Univ.-Prof. Dr. Peter KAISER**  
Wenn die Wahrheit ans Licht kommt: Familiengeheimnisse als  
generationsübergreifendes Problem für Kinder

Workshop 3:      **Assoc.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Claudia KLIER, Jennifer KERNREITER, BA MA**  
Prävention von Neugeborenentötungen und  
Entwicklung von Kindern aus anonymen Geburten

13:00 Uhr      **PLENUM**

- Berichte aus den Workshops
- Diskussion
- Ausblick auf die 65. Tagung der österreichischen  
Jugendamtpsychologinnen am 11. und 12. Oktober 2018

# Vorwort

Psychologinnen und Psychologen kennen das: Sie führen ein Klientengespräch, sind darauf vorbereitet und dennoch entwickelt sich die Beratung ganz anders als erwartet. Über Erfolg oder Misserfolg eines Gespräches entscheidet oft nicht das, was an der Oberfläche ansprechbar und somit veränderbar ist. Es sind die unausgesprochenen Gefühle und etwaige Geheimnisse, die unser Denken und Handeln maßgeblich steuern.

Mit einem Tabu zu leben heißt stilles Leiden. Kinder sind davon besonders oft als Hüter von Familiengeheimnissen betroffen. Tabuisierte Probleme sind eine Sackgasse, aus der es keinen anderen Ausweg gibt, als das Schweigen gegenüber hilfreichen Personen zu brechen – mit oft weitreichenden Konsequenzen.

Aber auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Kinder- und Jugendhilfe sind in Gefahr, über Belastungen in ihrer Arbeit nicht offen sprechen zu können. Der Schutzauftrag der Kinder- und Jugendhilfe verlangt von ihnen stark, stabil und klar zu sein. Doch die Konfrontation mit den schweren Schicksalen der Kinder, mit Gewalt und der Erkenntnis ein Kind manchmal nicht ausreichend schützen zu können, führt zu emotionalen Erschütterungen und Unsicherheiten. „Hätte ich mehr tun sollen? Habe ich etwas übersehen?“ Diese Fragen sind ständige Begleiter der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Kinder- und Jugendhilfe. Das Gefühl des Scheiterns, von Schuld und ein Arbeitsklima, in dem kaum Platz für Selbstzweifel ist, führen zu einem tabuisierten Umgang mit wichtigen aber alltäglichen Fragen in der Arbeit.

Durch das Ansprechen des Unsagbaren können wir Menschen entlasten: „Haben Sie schon einmal daran gedacht, Sie könnten ihr Kind schwer verletzen? Hast du einen Plan, wie du dich umbringen würdest? Machen Sie sich Vorwürfe, die Lage des Kindes falsch eingeschätzt zu haben?“ Diese Fragen erfordern Mut, den ich uns allen wünsche.

Mag. Hannes Kolar  
Leiter des Psychologischen Dienstes



# Schnappschüsse von der 64. Tagung



Stadtrat für Bildung, Integration, Jugend und Personal  
Mag. Jürgen Czernohorszky



Mag. Johannes Köhler



Mag. Hannes Kolar



**Prof. Dr. Kay BIESEL**



**Prof. in Dr. in Judith DANIELS**



**Dr. in Gertrude BOGYI**



**Univ.-Prof. Dr. Peter KAISER**



**Assoc.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Claudia KLIER**



**Mag. Reinhard Gstättner**



# Vorträge



## **VOM FEHLERVERDRUSS ZUM DIALOGGENUSS IN DER KINDER- UND JUGENDHILFE: EIN PLÄDOYER FÜR EINE ORGANISATIONSKULTUR DER FEHLEROFFENHEIT**

**Prof. Dr. Kay BIESEL**

Fachhochschule Nordwestschweiz  
Hochschule für Soziale Arbeit  
Institut für Kinder- und Jugendhilfe  
Thiersteinallee 57  
4053 BASEL  
SCHWEIZ

☎: +41 (0) 61 337 27 51

E-Mail: [kay.biesel@fhnw.ch](mailto:kay.biesel@fhnw.ch)

Website: <https://www.fhnw.ch/de/personen/kay-biesel>



## Vom Fehlerverdruss zum Dialoggenuss in der Kinder- und Jugendhilfe: ein Plädoyer für eine Organisationskultur der Fehleroffenheit

64. Tagung der österreichischen JugendamtpsychologInnen  
«Schweigen ist Silber, reden ist Gold! Über die psychologische Arbeit mit Tabus im Kinder- und Jugendhilfekontext», 5. + 6. Oktober Wiener Rathaus

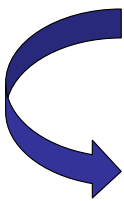
Prof. Dr. Kay Biesel  
(Institut Kinder- und Jugendhilfe)

### Vorbemerkungen

1. Niemand macht gerne Fehler. Fehler sind unangenehm, peinlich und schmerzhaft.
2. Es heißt zwar, dass man aus Fehlern klug wird. Viele Menschen machen im Laufe ihres Lebens aber die Erfahrung, dass sie für Fehler an den Pranger gestellt werden. Sie versuchen deshalb, Fehler zu vermeiden oder zu vertuschen.
3. Über Fehler zu reden und aus diesen zu lernen, ist eine Herausforderung – sowohl für den Einzelnen als auch für Organisationen.
4. Fehleroffenheit in Organisationen kann nicht angeordnet werden. Sie ist organisationskulturbedingt mehr oder weniger stark oder schwach ausgeprägt und erfordert «dialogische Orte der Verständigung».

## «Fehler»?!

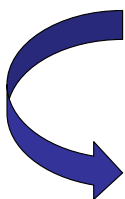
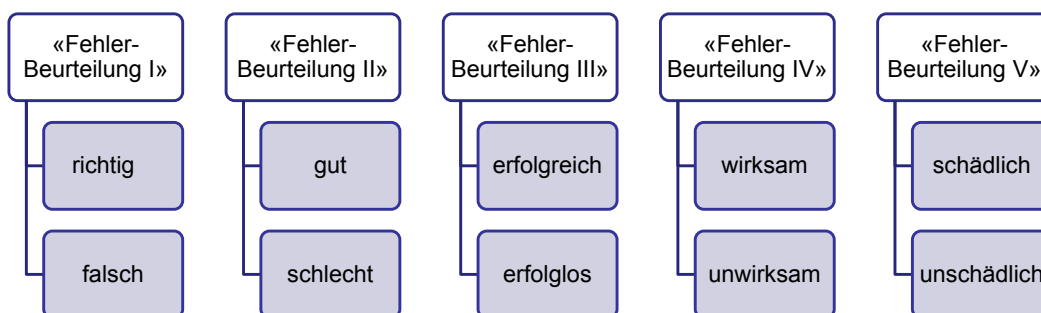
- Der Begriff des «Fehlers» verweist darauf, dass Menschen dazu in der Lage sind, Dinge falsch oder richtig zu machen.
- Er signalisiert, dass es kein Zufall ist, wenn etwas misslingt.
- Er macht darauf aufmerksam, dass Fehler von Menschen verursacht sind und von diesen vermieden, erkannt und korrigiert werden können.
- Deshalb wird in der Fachliteratur auch oft von menschlichen Fehlern («human Errors») oder professionellen Fehlern gesprochen.



**Achtung:** Der Begriff des «Fehlers» ist lediglich ein Containerbegriff, mit dem versucht wird, Phänomene zu beschreiben, die außerhalb des gesellschaftlichen Erwartungshorizonts und allgemein akzeptierter Normvorstellungen liegen.

- Er wird genutzt, um Praxen zu beschreiben, die für verwerflich gehalten werden oder von denen angenommen wird, dass sie besser gemacht hätten werden können.
- Er beinhaltet eine Beurteilung, welche im Nachhinein leichter vorgenommen werden kann (Das Resultat/die Auswirkung ist sichtbar).

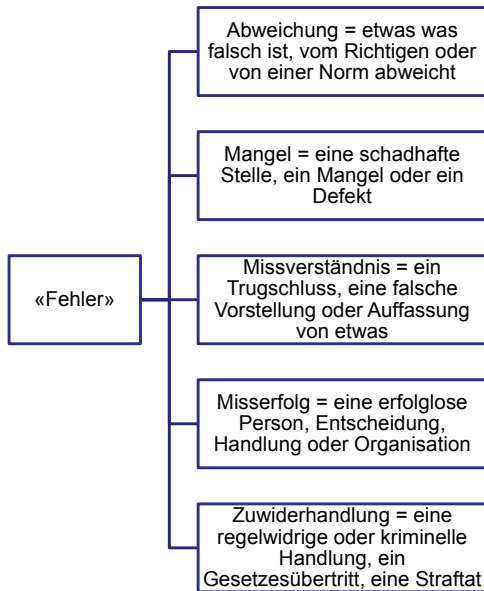
## «Fehler»?!



«Fehler» sind soziale Konstruktionen. Sie werden abgeleitet von:

- gesellschaftlichen, politischen, wissenschaftlichen und professionellen Erwartungen;
- professionellen wie organisationalen Werten und Normen;
- individuellen Wahrnehmungs- und Denkmustern;
- gesetzlichen und dienstrechtlichen Vorschriften,
- Qualitäts- und Praxisstandards.

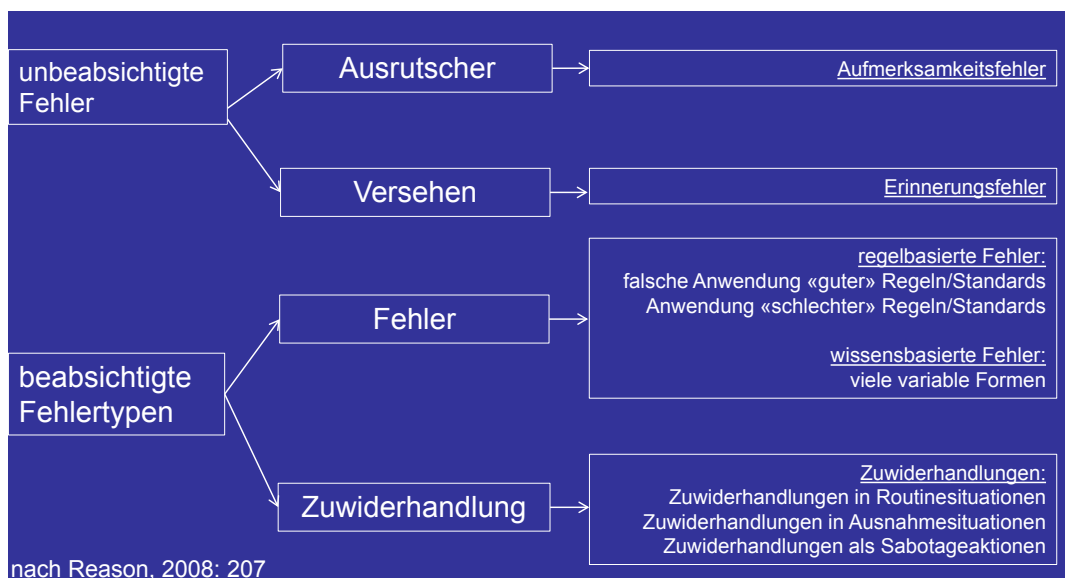
«Fehler»?!



! Eine Fokussierung auf Fehler in der Kinder- und Jugendhilfe geht mit der Gefahr einher, zu verkennen wie komplex und schwierig es ist, Kindeswohlgefährdungen abzuwenden und Hilfe zu leisten.

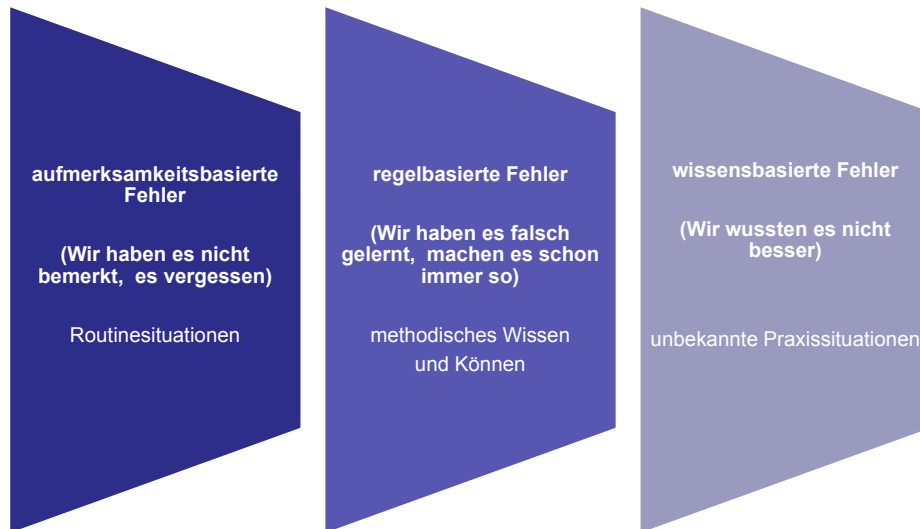
! Es sollte deshalb auch von Interesse sein, herauszufinden wie es Fachkräften gelingt, ihre Arbeit unter kontingenten und ambivalenten Bedingungen erfolgreich zu bewältigen.

«Fehler»?!



nach Reason, 2008: 207

«Fehler»?!

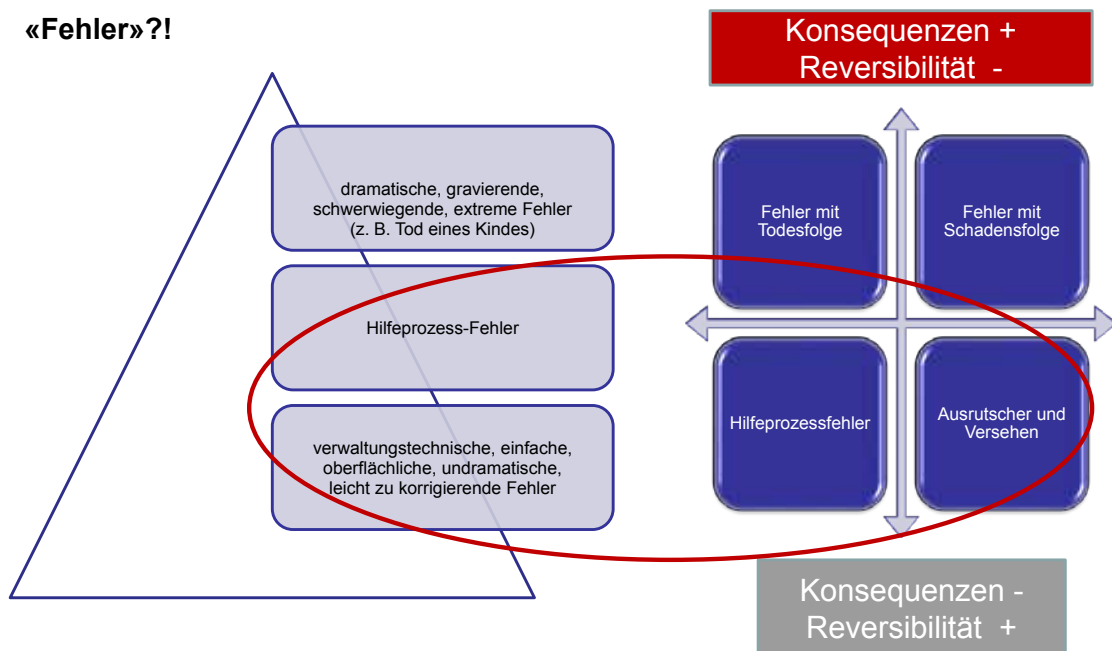


nach Reason, 2008: 13

64. Tagung der österreichischen JugendamtpsychologInnen, 5. Oktober 2017, Wien

7

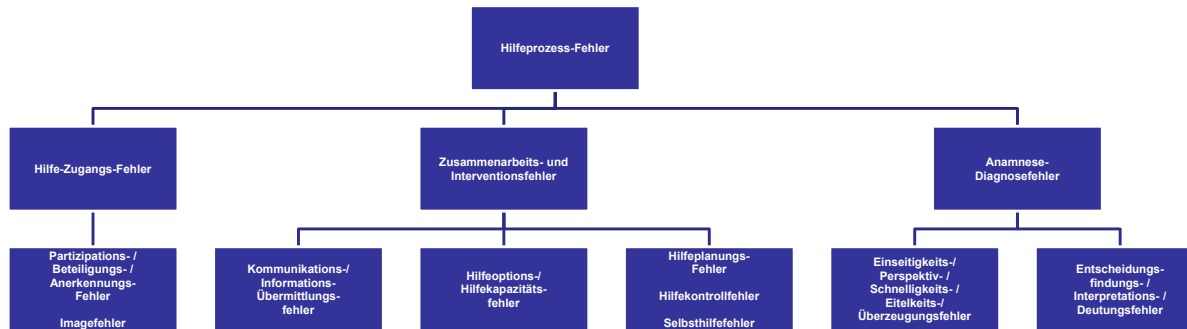
«Fehler»?!



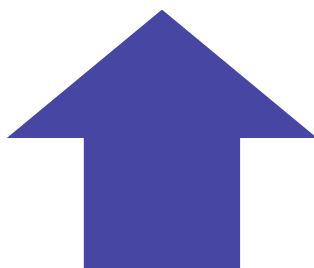
64. Tagung der österreichischen JugendamtpsychologInnen, 5. Oktober 2017, Wien

8

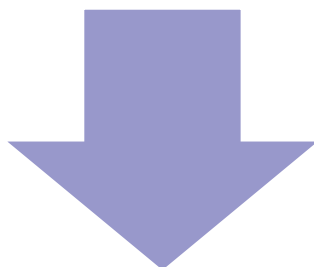
## «Fehler»?!



## Fehlerursachen



**personeller Ansatz:** Fehler werden durch Unaufmerksamkeiten und mangelhafte Sorgfalt von Mitarbeitenden verursacht. Massnahmen zur Fehlervermeidung zielen auf Verhaltensveränderung der Mitarbeitenden; Fehler werden als singuläre Ereignisse betrachtet



**systemischer Ansatz:** Fehler werden als Folgen eines komplexen und miteinander verbundenen und voneinander abhängigen interkommunikativen Systems angesehen. Ihre Ursachen sind zumeist innerhalb einer Organisation oder Behörde, ihrer Kultur zu suchen.

## Fehlerursachen

«alte Ansicht»: personeller Ansatz	«neue Ansicht»: systemischer Ansatz
«Fehler» sind der Grund für Störungen und Schwierigkeiten in einer Organisation	«Fehler» sind ein Symptom für grundlegende Störungen und Schwierigkeiten in einer Organisation.
«Fehler» sind dem menschlichen Verhalten geschuldet.	«Fehler» sind Zuschreibungen; Urteile, die gefällt werden, nachdem etwas passiert ist.
«Fehler» sind gefürchtet und müssen bekämpft werden.	Menschliches Verhalten wird systematisch beeinflusst durch Kulturen in Organisationen und umgekehrt.
Menschliches Verhalten muss kontrolliert werden.	«Fehler» sind Hinweise darüber, wie Menschen gelernt haben mit komplexen und widersprüchlichen Arbeitsbedingungen umzugehen.
«Fehler» sind simpel abzustellen, irgendwann werden alle Systeme so aufgestellt sein, dass sie sich nicht mehr ereignen	«Fehler» können nicht einfach abgestellt werden, sie sind organisationskulturell bedingt
Mit stringenteren Prozeduren, einem erhöhten Maß an Pflichtbewusstsein, technologischer Innovationen und Supervision können Fehler reduziert werden	Mit einem besseren Verständnis für die tägliche Arbeit von Menschen, ist es besser möglich Wege zu finden, Rahmenbedingungen zu verbessern und Organisationskulturen zu beeinflussen

Vgl. Dekker, 2014: xvi

64. Tagung der österreichischen JugendamtpsychologInnen, 5. Oktober 2017, Wien

11

## Fehlerkulturen

Pathologische Kultur	Bürokratische Kultur	Generative Kultur
Niemand will etwas über «Fehler» wissen.	«Fehler» müssen nicht gefunden werden.	«Fehler» werden aktiv gesucht.
Übermittler von «Fehler» (whistle-blowers) werden an den Pranger gestellt.	Übermittler von «Fehler» werden angehört, man ist aber froh, wenn sie die Organisation verlassen bzw. nicht mehr über die von ihnen entdeckten Fehler in Zukunft sprechen.	MitarbeiterInnen werden darin geschult, «Fehler» zu erkennen und zu benennen.
Die Verantwortung für «Fehler» wird ignoriert.	Die Verantwortung für «Fehler» wird aufgespalten u. i.d.R. einzelnen Fachkräften zugeschoben.	Die Verantwortung für «Fehler» wird gemeinsam übernommen.
«Fehler» werden geahndet oder verheimlicht.	Fehler werden lokal beseitigt.	Aufgedeckte «Fehler» führen zu organisationalen Veränderungen.
Neue Ideen zur Verbesserung der Organisation und der Praxis werden abgelehnt.	Neue Ideen werden oft gleichgesetzt mit dem damit verbundenen Aufkommen von neuen Problemen.	Neue Ideen sind willkommen.

nach Reason, 2008: 38

64. Tagung der österreichischen JugendamtpsychologInnen, 5. Oktober 2017, Wien

12

## Fehlerkulturen

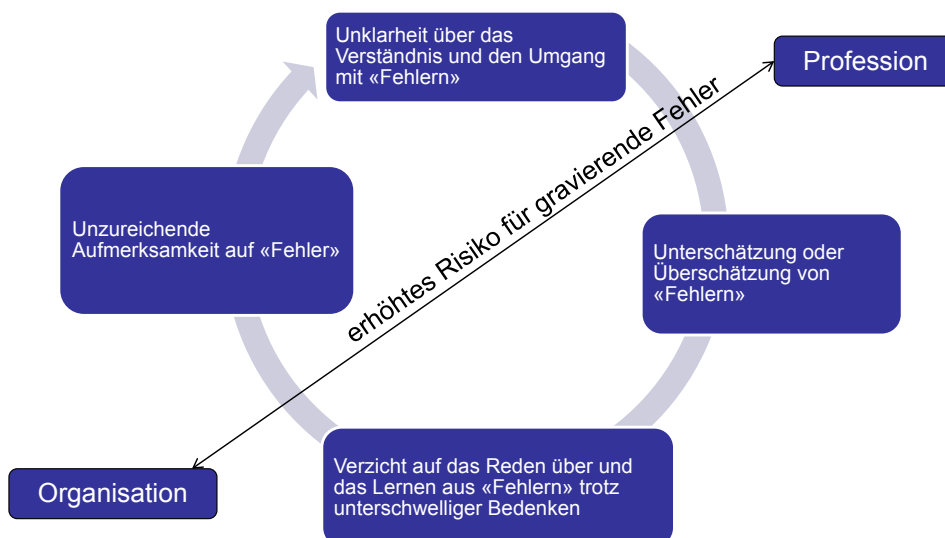
Die Fehlerkultur einer Organisation besteht aus drei Säulen (vgl. Schüttelkopf 2007):

1. den Normen und Werten,
2. den individuellen und kollektiven Kompetenzen der Mitarbeitenden im Umgang mit «Fehlern»,
3. den Methoden und Instrumenten, die die Organisation für den Umgang mit «Fehlern» zur Verfügung hat.

Der Begriff Fehlerkultur bezeichnet nach Schüttelkopf die Art und Weise wie eine Organisation mit Fehlern umgeht.

- *destruktive Fehlerkultur*: Angst vor «Fehlern», geringere Produktivität, Beeinträchtigung der Gesundheit der Mitarbeitenden, Zunahme von Fehlerrisiken und von hohen Fehlerkosten, Verfestigung von Lernblockaden, fehlende Innovationskraft
- *produktive Fehlerkultur*: Vertrauen in die Fähigkeiten der Mitarbeitenden, «Fehler» als Anlässe zum Lernen, hohe Kooperationsbereitschaft, geringe Angst vor Autoritäts- und Gesichtsverlusten, Interesse an Qualität und innovativer Weiterentwicklung

## Fehlerkulturen



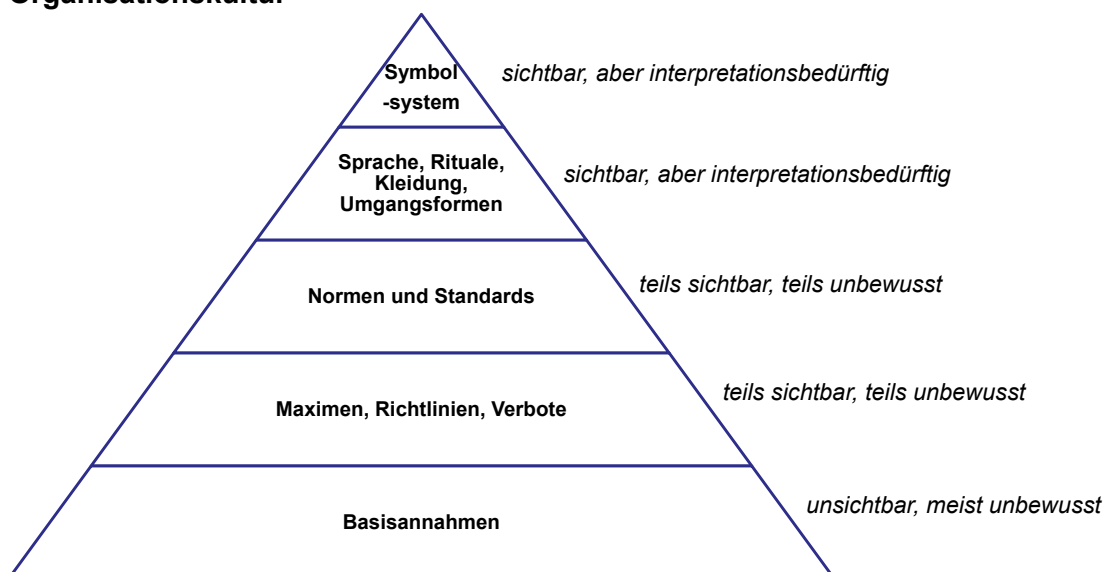
## Organisationskultur

Grundannahme: Eine Organisation hat keine Kultur. Sie ist eine Kultur.

*„Kultur ist die Summe aller gemeinsamen, selbstverständlichen Annahmen, die eine Gruppe in ihrer Geschichte erlernt hat. Sie ist der Niederschlag ihres Erfolgs“ (Schein, 2003: 44).*

*„Kultur ist also das Produkt sozialen Lernens (...) Man kann also eine neue Kultur nicht schaffen. Man kann eine neue Denk- und Arbeitsweise fordern oder anregen, man kann sie überwachen (...), aber sie wird von den Mitarbeitern (...) erst dann internalisiert und zum Teil der neuen Kultur, wenn sie über einen längeren Zeitraum tatsächlich besser funktioniert“ (Schein, 2003: 174).*

## Organisationskultur

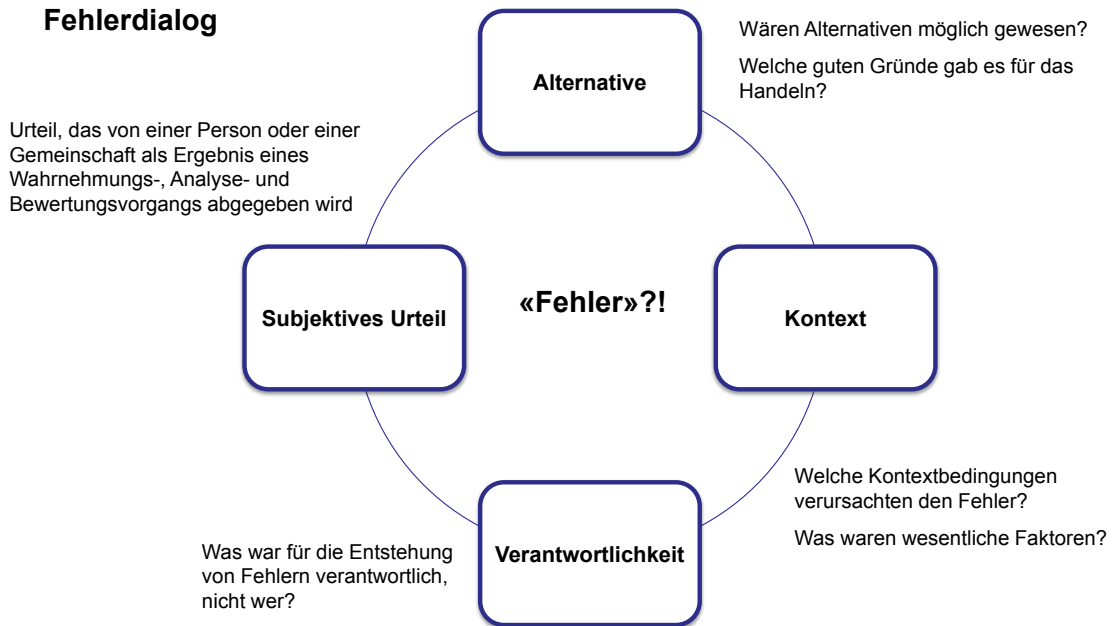


## Organisationskultur

Positive Effekte starker Kulturen	Negative Effekte starker Kulturen
Handlungsorientierung durch Komplexitätsreduzierung	Tendenz zur Abschottung
Effizientes Kommunikationsnetz	Abwehr neuer Orientierungsmuster
Rasche Informationsverarbeitung und Entscheidungsfindung	Implementationsbarrieren
Beschleunigte Implementation von Plänen und Projekten	Fixierung auf Erfolgsmuster der Vergangenheit
Geringer Kontrollaufwand	Vermeidung von Selbstkritik
Hohe Motivation und Loyalität	Präferenz für Konformität (Kulturdenken)
Stabilität und Zuverlässigkeit	Geringe Anpassungsfähigkeit

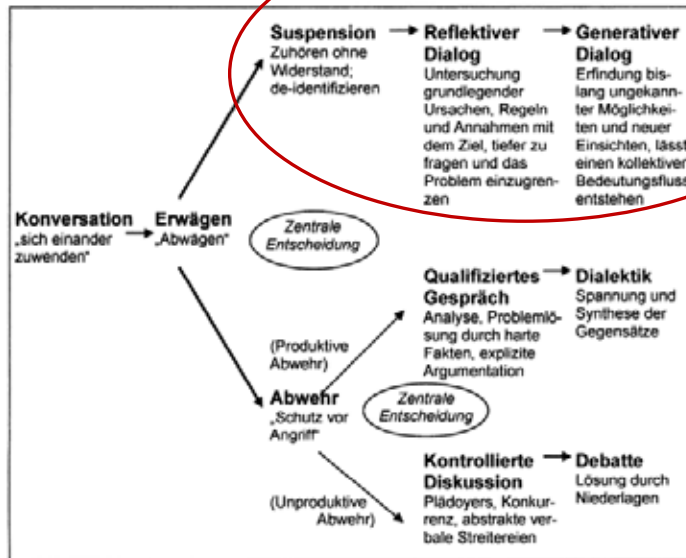
vgl. Schreyögg, 2012: 185f.

## Fehlerdialog



nach Martin Weingardt (2004): 233

## Fehlerdialog



Isaacs, 2002, S. 48

64. Tagung der österreichischen JugendamtpsychologInnen, 5. Oktober 2017, Wien

19

## Fehlerdialog

### 1. Phase: Höflichkeitsphase

In dieser Phase stehen höfliche, oberflächliche Gespräche im Vordergrund. Die Regeln der Höflichkeit werden eingehalten und es wird nicht das kommuniziert was man wirklich denkt.

### 2. Phase: Debatte

Nun werden die Höflichkeitsregeln überwunden. Die eigenen Gedanken und Meinungen werden geäußert. Daraus können Konflikte entstehen. Es werden neue Regeln ausgehandelt.

### 3. Phase: Reflektierender Dialog

Hier wird einander zu gehört, man interessiert sich füreinander, ohne das Gegenüber von der eigenen Meinung überzeugen zu wollen. Die eigenen Meinungen werden reflektiert und die Ideen anderer angenommen.

### 4. Phase: Generativer Dialog

Auf Basis des bisherigen Austausches werden hier gemeinsam neue Ideen erzeugt.

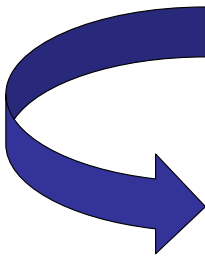
Isaacs, 2002: S. 213-236

64. Tagung der österreichischen JugendamtpsychologInnen, 5. Oktober 2017, Wien

20

## Fazit

»In komplex-dynamischen Strukturen lässt sich der Kardinalfehler, ein nachhaltig verfolgtes Interesse nicht zu erreichen, am ehesten vermeiden, wenn Fehleroffenheit hergestellt wird: Fehlervermeidung in der Zieldimension wird nur durch Fehleroffenheit auf dem Weg zum Ziel möglich« (Weingardt, 2004: 262)



Fehleroffenheit =

- auf «Fehler» achten
- «Fehler» erkennen
- «Fehler» akzeptieren
- über «Fehler» sprechen
- aus «Fehlern» lernen
- «Fehler» für organisationale Veränderungen nutzen

## Literatur



## Literatur

- Biesel, K. (2008): Soziale Arbeit und ihr Fehlerkomplex. Oder: warum Organisationen aus ihren Fehlern lernen sollten. In: Sozialmagazin, Nr. 10. 10-13
- Biesel, K. (2011). Wenn Jugendämter scheitern. Zum Umgang mit Fehlern im Kinderschutz. Gesellschaft der Unterschiede. Bd. 4. Bielefeld.
- Biesel, K. (2015). Vom Fehlerverdruss zum Dialoggenuss in der Sozialen Arbeit. Ein Plädoyer für eine Organisationskultur der Fehleroffenheit. In: Krause, Hans-Ullrich/Rätz-Heinisch, Regina (Hrsg.). Soziale Arbeit im Dialog gestalten. Theoretische Grundlagen und methodische Zugänge einer dialogischen Sozialen Arbeit. 2., überarb. Aufl. Opladen. Berlin. Toronto, 217-229.
- Biesel, K. & Wolff, R. (2014). Aus Kinderschutzfehlern lernen. Eine dialogisch-systemische Rekonstruktion des Falles Lea-Sophie. Reihe Gesellschaft der Unterschiede. Bd. 16. Bielefeld.
- Dekker, S. (2014). The Field Guide to Understanding 'Human Error'. 3. Aufl. Boca Raton.
- Isaacs, W. (2002). Dialog als Kunst gemeinsam zu denken. Die neue Kommunikationskultur in Organisationen. Bergisch Gladbach.
- Reason, J. (1990). Human error. New York.
- Schein, E. H. (2003). Organisationskultur. "The Ed Schein Corporate Culture Survivae Guide". Bergisch Gladbach.
- Schreyögg, G. (2012). Grundlagen der Organisation. Basiswissen für Studium und Praxis. Wiesbaden.
- Schüttelkopf, E. M. (2007): Erfolgsstrategie Fehlerkultur! Wie Organisationen durch einen professionellen Umgang mit Fehlern ihre Performance optimieren. In: Ebner, Gabriele / Heimerl, Peter / Schüttelkopf, Elke M.: „Fehler-Lernen-Unternehmen. Wie Sie die Fehlerkultur und Lernreife Ihrer Organisation wahr-nehmen und gestalten 151-314 Wien.
- Weingardt, M. (2004): Fehler zeichnen uns aus. Transdisziplinäre Grundlagen zur Theorie und Produktivität des Fehlers in Schule und Arbeitswelt. Bad Heilbrunn / OBB.
- Wolff, R. / Flick, U. / Ackermann, T. / Biesel, K./ Brandhorst, F. / Heinitz, S. / Patschke, M. / Röhnsch, G. (2013). Aus Fehlern lernen - Qualitätsmanagement im Kinderschutz. Konzepte, Bedingungen und Ergebnisse. Herausgegeben vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen. Opladen. Berlin. Toronto.



**Herzlichen Dank!**

## **Vom Fehlerverdruss zum Dialoggenuss in der Sozialen Arbeit – ein Plädoyer für eine Organisationskultur der Fehleroffenheit – Kay Biesel**

Fachartikel zum Vortrag, veröffentlicht im Herausgeberwerk Krause, H.-U. & Rätz, R.(Hrsg.) (2015) Soziale Arbeit im Dialog gestalten. Theoretische Grundlagen und methodische Zugänge einer dialogischen Sozialen Arbeit (2. Aufl.) Opladen: Barbara Budrich

*„Insgeheim wurde Organisation mit Technik gleichgesetzt (. . .)*

*Statt dessen ist die Organisation, auf einen angemessenen paradoxen Nenner gebracht, das Feld, in dem Handlungsblockaden zur Handlungsgenerierung genutzt werden können. Was hier nicht entschieden werden kann, wird nirgendwo entschieden.*

*Und was hier nicht ausprobiert werden kann, hat dann nur noch die Möglichkeit, im folgenlosen Gespräch unter den Leuten als bloße Möglichkeit beschworen zu werden". (Dirk Baecker 1999: 9)*

Die in den letzten Jahren von den Massenmedien skandalisierten Fälle im Kinderschutz haben verdeutlicht, dass Fehler der Sozialen Arbeit fatale Folgen haben können. Um den neueren und gesellschaftlich erwarteten Anforderungen an eine gelingendere Praxis Sozialer Arbeit gerecht zu werden, müssen die Organisationen lernen, mit ihren Fehlern anders als bisher umzugehen. Sie müssen gegenüber Fehlern offen und zugleich vermeidend sein. Hierfür kann der kritische Dialog über Fehler hilfreich sein, wenn es den Beteiligten dadurch gelingt, die un-hinterfragten Organisationskulturen Sozialer Arbeit auf den Prüfstand zu stellen. Denn nur so können Routinen aufgedeckt und latente Fehler zum Gegenstand von organisationalen Lernprozessen gemacht werden. Dabei stellt sich jedoch eine Herausforderung als zentral heraus: Fehler müssen zunächst als normaler Sachverhalt der Versuchs-Irrtums-Praxis Sozialer Arbeit akzeptiert werden, um aus ihnen lernen zu können. Kurzum: Erst wenn der Verdruss über Fehler gemeinsam, das heißt gesellschaftlich gesehen, überwunden und ausgehalten werden kann, könnte es gelingen, katastrophale und sich dynamisierende Fehlerhäufungen rechtzeitig zu verhindern.

### **Eine historische Eröffnung**

Soziale Arbeit als Profession ist von ihrer Aufgabenstellung her auf die Abschwächung und Kompensation von sozialen Problemen ausgerichtet, die vor allem im Zuge der Industrialisierung freigesetzt wurden und nicht mehr hinlänglich von den familiären und privaten Netzwerken kompensiert werden konnten. Freilich geschah dies nicht ohne den Ausbau der Sozialpolitik, die mit der Bismarckschen Sozialgesetzgebung ihren Ausgangspunkt nahm und der Sozialen Arbeit eine staatlich legitimierte Verberuflichung ermöglichte (vgl. Wendt, 1995).

Die Profession kann insofern als „Modernisierungsgewinnerin“ einer durchkapitalisierten und sich entwickelnden, aber bisweilen brüchigen Gesellschaft gesehen werden. Oder eben nicht, weil „auch jene Widersprüche wieder neu aufbrechen, die ihre Geschichte von Anfang an begleitet haben: der Widerspruch zwischen sozialpädagogischer Ausrichtung und sozialpolitischer Inpflichtnahme, das Spannungsverhältnis zwischen öffentlich-staatlichen Aufgaben und privat-partikularen Praxisorganisationen, der Konflikt zwischen fachlichen Erfordernissen und finanzpolitischen Rahmenbedingungen. Aber auch die Diskussion zwischen den Fachvertreterinnen und Fachvertretern und jenen, die die weiche Strategie von Erziehung und Therapie für verfehlt halten und mehr Kontrolle, mehr Polizei und härtere Strafen fordern,(...) brechen neu auf" (Hering & Münchmeier, 2000: 235).

## **Die Dominanz der Ökonomie**

Ausgehend von dieser sicherlich zu cursorisch vorgenommenen historischen Vorbemerkung, sollte Soziale Arbeit im 21. Jahrhundert nicht losgelöst vom Aus- und Umbau des Wohlfahrtsstaates betrachtet werden. Soziale Arbeit ist notwendigerweise verstrickt in jene Reformbemühungen, die darauf abzielen, sie in ihrer weiteren reflexiven Professionalisierung und ethischen Ausrichtung zu behindern, weil ihre Wirksamkeit und Qualität zunehmend zur Disposition steht oder schlichtweg: Die finanziellen Mittel nicht mehr für Programme, Maßnahmen und Hilfen eingesetzt werden sollen, die strukturell ohnehin mit einem Technologiedefizit konfrontiert sind (vgl. Luhmann & Schorr, 1982) – mit nicht zu steuernden und zu planenden Phänomenen der doppelten Kontingenz (vgl. Kleve, 1999: 94ff). Das Vorhandensein doppelter Kontingenz der Möglichkeit, dass sozialarbeiterische bzw. Interventionen so, aber auch ganz anders ausfallen können, verweist darauf, dass soziale Fachkräfte sich nie sicher sein können, ob sie mit ihren Bemühungen und Hilfen tatsächlich Erfolg haben. Von daher muss mit der Komplexität und Ungewissheit der Praxis Sozialer Arbeit, die nicht mechanisiert nach dem Fließband-Prinzip rationalisiert werden kann, grundsätzlich gerechnet werden. Weshalb es nicht darauf ankommt, was aus ökonomischer Sicht wirkt, sondern: ob und wie die jeweiligen Interventionen Sozialer Arbeit unter den vorhandenen Kontextbedingungen ihre geplanten Effekte entfalten (vgl. Otto, 2007: 17).

Um zu pointieren: Soziale Arbeit als Profession ist zunehmend damit konfrontiert, beweisen zu müssen, welche Wirkungen sie mit welchem ökonomischen Aufwand erzielt. Sie muss sich legitimieren und nachweisen, dass sie sparsam wirtschaften und zugleich wirksam helfen kann. Auf diese Erwartung kann sie nur schwer reagieren, weil der Qualitäts- und Wirkungsdiskurs Sozialer Arbeit nicht offensiv von innen heraus betrieben worden ist, sondern aus betriebswirtschaftlicher und managerialer Perspektive. Wenngleich die Bemühungen um eine evidenzbasierte Praxis zeigen (vgl. Otto, 2007), dass Soziale Arbeit zukünftig ohne kritische Praxisforschungen nicht mehr auskommen wird, wenn sie wirklich wissen will, was sie tut (Klatetzki, 1993). Denn „es reicht nicht mehr, die Evaluation professioneller Leistung anhand des kanonisierten Wissens nur im geschlossenen Kreislauf der 'kollegialen Selbstkontrolle' [Herv. i. Org.; K. B.] vorzunehmen. Der gesamte Qualitätsdiskurs in den Professionen kreist um die Frage nach einer Form der Darstellung der Leistung, die den ökonomischen Kriterien entgegengestellt und in eine neue Balance mit diesen gebracht werden kann“ (Nadai & Sommerfeld, 2005: 202f). Gerade weil die Praxis Sozialer Arbeit nicht nur unter ökonomischen und standardisierten Gesichtspunkten beurteilt werden kann.

## **Die Unvermeidlichkeit von Fehlern in der Sozialen Arbeit**

Aus diesem Grunde sollte sich die Profession Sozialer Arbeit aktiv mit ihren Fehlern auseinandersetzen und im Dialog mit den an den Hilfen beteiligten Kooperationspartnern Qualitätsmanagementstrategien für einen besseren Umgang mit Fehlern entwickeln. Schließlich können Fehler in der Sozialen Arbeit nicht vermieden werden. Sie passieren einfach und sind gewissermaßen das Strukturmerkmal einer „Versuchs-Irrtums-Praxis“.

Das Problem ist jedoch, dass oft erst die gravierenden und zumeist nicht mehr zu korrigierenden Fehler Sozialer Arbeit in den Vordergrund rücken und nicht die scheinbar unbedeutenden, die sich dann unbemerkt potenzieren und im Kinderschutz beispielsweise zu schwerwiegenden Fallverläufen führen können. Die in den letzten Jahren bekannt gewordenen Fälle von Kindesmisshandlung, -verwahrlosung und -tötung haben jedenfalls verdeutlicht, dass die darin involvierten sozialen Fachkräfte samt ihrer Organisationen ihre Entscheidungsrisiken (vgl. Luhmann, 2006) unterschätzt haben. Sie waren nicht ausreichend genug organisationell

darauf eingestellt und darauf gefasst, dass sie aufgrund der Ungewissheit der Praxis Sozialer Arbeit dazu neigen, Fehler im Denken, Handeln, Entscheiden und Kommunizieren zu begehen (vgl. Eppler, 2007). Und dies, obwohl soziale Fachkräfte immer wieder dazu tendieren, in komplexen Situationen auf Routinen zurückzugreifen: Auf Lösungen, die schon einmal funktioniert haben, anstatt kreativ, experimentierfreudig und offen für ungewöhnliche und bisher noch nicht erprobte Alternativen zu sein. Routinen können aber auch riskant sein, wenn sie die sozialen Fachkräfte am Nachdenken hindern und sie zum unreflektierten und unhinterfragten Agieren verführen.

Insbesondere in der sozialpädagogischen bzw. sozialarbeiterischen Fallarbeit, die so einzigartig und kontingent ist, müssen die sozialen Fachkräfte letztlich immer wieder Lösungen für neue Probleme suchen. Im Übrigen trifft dies für die gesamte Praxis Sozialer Arbeit zu, in der oft nichts nach Plan verläuft, aber aus Selbstschutzgründen durchwegs so getan werden muss, als ob alles stets so verläuft, wie man es zuvor geplant hatte (vgl. Kleve, 2007: 86ft). Dies ist verständlich, würden die sozialen Fachkräfte sich sonst stets mit ihren eigenen Unzulänglichkeiten und Paradoxien konfrontieren (vgl. Schütze, 1992) und vor lauter Verunsicherung nicht mehr helfen können.

### **Eine kleine Fehlertypologie**

Ungeachtet dessen, werden natürlich Fehler gemacht – auf individueller wie organisatorischer Ebene – die verstärkt in den Fokus rücken müssen, will man zur Qualitätssteigerung Sozialer Arbeit auch unter verschärften ökonomischen Rahmenbedingungen beitragen. Ich nenne nur einige wenige (vgl. Eppler, 2007; Groopman, 2008):

- Soziale Fachkräfte orientieren sich bei ihren Entscheidungen oft an Informationen die ihnen in der jeweiligen Situation leicht zugänglich sind und die sie schnell aus ihrem Gedächtnis abrufen können. Dadurch entstehen *Verfügbarkeitsfehler*.
- Soziale Fachkräfte sind bei ihrer Informationssuche, insbesondere bei der Falleinschätzung, häufig an Informationen orientiert, welche ihre Hypothesen bestätigen und blenden nur allzu gern gegenteilige Informationen aus. Sie sind oftmals zu schnell mit ihren Erklärungen zufrieden und machen aufgrund dieser Tendenz viele *Zufriedenheits- oder Sättigungsfehler*.
- Soziale Fachkräfte übersehen bisweilen den komplexen Hilfekontext und fragmentieren diesen unnötigerweise. Dadurch provozieren sie *Einseitigkeits- oder Perspektivfehler*.
- Soziale Fachkräfte haben, und dies sollte kritisch im Hinblick auf die kollegialen (Fall-) Beratungen beachtet werden, die Neigung sich der Gruppenmeinung anzupassen, auch wenn sie ganz andere Ideen und Meinungen zu bestimmten Fällen haben. Auch deshalb, weil in Gruppen immer bestimmte Rollenhierarchien herausgebildet werden. Dies nenne ich *Mitläufer- oder Überzahlfehler*.

Über diese professionellen Fehler hinaus, kommt es außerdem zu *Managements-, Kooperations- und Zusammenarbeitsfehlern*, die wiederum nicht nur in der Verantwortung einzelner sozialer Fachkräfte liegen. Über Fehler wird aber in Organisationen Sozialer Arbeit nicht gesprochen. Sie werden nicht thematisiert, beobachtet und reflektiert. Fehler scheint es nicht zu geben und wenn, dann werden sie zumeist von der Öffentlichkeit oder von den direkt Betroffenen hervorgeholt und skandalisiert (vgl. Schoneville, Galuske & Karner, 2007). Über Fehler zu reden, scheint für die sozialen Fachkräfte alles andere als leicht zu sein, eher beschwerlich, weil solch kritische Dialoge tendenziell gern abgewehrt werden, auch mit dem Hinweis darauf, dass nicht genau zu bestimmen sei, was denn überhaupt ein Fehler in der Sozialen Arbeit sei.

Genauer gesagt: Soziale Fachkräfte meiden lieber den Fehlerdialog, reden oft übereinander, kaum miteinander und sind zu selten darauf aus, den oder die Anderen verstehen zu wollen. Erst recht, wenn es darum geht, über Fehler mit Kooperationspartnern zu reden. Vielmehr neigen soziale Fachkräfte dazu, Bewertungen abzugeben, die oft einseitig und ohne tiefgreifende Überprüfung ihrer Annahmen erfolgen, weshalb sie sich vor Kritik scheuen und sich nicht öffentlich vor ihren Kolleginnen und Kollegen sowie Kooperationspartnern infrage stellen und sich zum Nachdenken bringen lassen wollen. Auch versuchen sie nur selten, auf die Stimme der Praxis zu hören – ihrer Intuition nachzuspüren – weil sie zu schnell von etwas überzeugt sind und sich auf Tatsachen stützen, die sich nach einer kritischen Überprüfung möglicherweise als zu kurzschlüssig gedacht herausstellen würde. Dadurch versperren sie sich jedoch die Möglichkeit, von anderen sozialen Fachkräften wertvolle Hinweise auf Fehler zu erhalten und Fehler zu vermeiden, die paradoxerweise unvermeidlich sind (vgl. Weingardt, 2004: 254).

### **Ein anderer Zugang: Soziale Arbeit als professionelle Kultur**

Deshalb mein Plädoyer für eine Organisationskultur der Fehleroffenheit, die ich nun weiter beschreiben und ausführen will.

Soziale Fachkräfte tendieren dazu, sich auf ihre Relevanzsysteme und Routinen zu verlassen, anstatt diese permanent kritisch in den Blick zu nehmen und zu fragen: Warum denke ich so, wie ich denke? Warum entscheide ich so, wie ich entscheide? Warum kommuniziere ich so, wie ich kommuniziere? Warum gestalte ich meine Praxis so und nicht anders? Aus welcher Organisationskultur komme ich? Welche organisationale Kultur beeinflusst mich?

Folgt man Edgar H. Scheins (2003) Ausführungen zur Organisationskultur wird deutlich, dass soziale Fachkräfte und vor allem Führungskräfte aus dem mittleren und oberen Management sich darum bemühen sollten, ihre Praxis anders als bisher zu verstehen: Als professionelle Kultur (vgl. Klatetzki, 1993, 1998; Widersprüche, 2005), die sie selbst ermöglichen oder verunmöglichen, indem sie Fehler erkennen oder eben nicht zur Sprache bringen. Insofern müssen sie einen Zugang zu den tieferen Kulturebenen ihrer Organisation finden; den unbewussten und für selbstverständlich gehaltenen Überzeugungen und Annahmen, welche die Organisation in der Vergangenheit aufgrund gemeinsamer Lernprozesse erfolgreich werden lassen hat (vgl. Schein, 2003: 44).

Das Problematische bei allen Bemühungen um eine gelingendere Praxis Sozialer Arbeit ist allerdings, dass erst bei offensichtlichen und nicht mehr zu leugnenden Misserfolgen die tief sitzenden organisationalen Gewissheiten und Eindeutigkeiten in Unsicherheiten umschlagen. Kein Wunder, dass es so mühsam und kompliziert ist, nachhaltige Qualitätssicherungs- und -entwicklungsverfahren zu implementieren; gibt es eben zunächst einmal keine richtige oder falsche Organisationskultur, sondern: Die organisationale Kultur ist immer schon da, von ihr muss ausgegangen werden. Sie ist mächtig und einflussreich, ohne dass die sozialen Fachkräfte sie wirklich bemerken. Sie ist im Hintergrund und liegt im Verborgenen. Sie nicht zu beachten, wäre fatal. Man kann sie nicht außer Acht lassen, „weil Entscheidungen, die in Unkenntnis der kulturellen Mechanismen getroffen werden, unerwartete und unwillkommene Folgen haben können“ (Schein, 2003: 19). Jene sich aufbauenden Fehlerschleifen, die am ehesten die Klienten Sozialer Arbeit betreffen und, dies sind dann die katastrophalen Schattenseiten der Sozialen Arbeit, auch zum Tode von zu schützenden Kindern führen können.

Der Kulturbegriff<sup>1</sup> verweist darauf, dass eine Organisation keine Kultur hat, sondern dass sie eine Kultur ist (vgl. Baecker, 1999: 110; Klatetzki, 1993: 24). In der Sozialen Arbeit wird diese

<sup>1</sup> Der Kulturbegriff bezieht sich lediglich auf den Bereich der Organisationen Sozialer Arbeit, die hier explizit angesprochen werden und nicht auf die Gesellschaft und den Menschen und die damit verbundenen geistigen Erungenschaften im Allgemeinen.

Perspektive allerdings nicht ausreichend genug ernst genommen und beachtet. Zwar wurde in der Vergangenheit vermehrt von den Anforderungen an eine reflexive Organisationskultur (vgl. Merchel, 2008) bzw. von einem achtsamen Jugendamt (vgl. Böwer, 2008) oder von der risikogefährdeten Kinderschutzorganisation (vgl. Wolff, 2007: 135) berichtet. Gleichwohl muss man immer noch davon ausgehen, „dass neben dem pädagogischen Technologiedefizit auch ein Organisationsdefizit in der Jugendhilfe besteht“ (Klatetzki, 1998: 73).

### **Der typische organisationale Umgang mit schwerwiegenden Fehlern im Kinderschutz**

Dies zeigt sich auch im Umgang mit schwerwiegenden Fehlern im Kinderschutz, die, wenn sie aufgetreten und nicht mehr verleugnet werden können, organisational oft wie folgt bearbeitet werden (vgl. hierzu Gössler, 2007: 8):

#### *1. Phase: Ablehnung – Verneinung – Wegsehen*

Nehmen wir an, ein Jugendamt ist ins Zwielicht geraten, weil es einen problematisch verlaufenen Kinderschutzfall zu verantworten hat. Es ist zwar noch nicht geklärt, welche Verantwortung einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder Kooperationspartner haben. Aber die Medien sind schon fleißig bei der Arbeit und suchen nach einem Schuldigen für den Skandal. Schließlich muss irgendjemand dafür öffentlich die Verantwortung übernehmen.

Dies wird natürlich erst einmal, von dem davon betroffenen kommunalen Träger, in dem das Jugendamt organisational eingebunden ist, abgewehrt, weil diesem selbst noch nicht einmal klar ist, was geschehen ist. Die Vorwürfe könnten sich eventuell auch als gegenstandslos erweisen. Der öffentliche und politische Druck ist dennoch präsent.

#### *2. Phase: Fremdattribution: irgendjemand muss doch Schuld sein*

Der kommunale Träger des Jugendamtes ist mittlerweile gefasster, konnte sich auf die kritische und massenmedial begleitete Situation einstellen und akzeptiert die PR-Katastrophe. Fehler kommen zwar nicht auf den Prüfstand. Man will aber das „Problem der Schuld“ schnell und unkompliziert los werden und sucht sich dafür einen personalisierten „Sündenbock“. Damit soll selbstverständlich Ruhe einkehren, um wieder zum routinierten Tagesgeschäft übergehen zu können.

Eine wissenschaftliche Untersuchung des Falles wird oftmals nicht vorgenommen. Es sei denn: Die Medien bleiben am Thema interessiert und hinterfragen diese Art von einseitiger und personenbezogener Fehlerbearbeitung. Oder die professionelle Organisationskultur des Jugendamtes wurde durch den Fall hinreichend zum Nachdenken und Verlernen angeregt und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wurden der Freiraum, die Sicherheit und die Ressourcen gewährt, eine umfassende mehrseitig angelegte Fehleranalyse beginnen zu dürfen.

#### *3. Phase Schamangst: oder wie Fehler tabuisiert werden*

In dieser Phase dominiert die Angst vor Fehlern, hat man doch erlebt, wie der kommunale Träger des Jugendamtes mit dem Scheitern umgeht: mit individueller Ausgrenzung und Schuldzuweisung. Fehler werden nun erst recht nicht öffentlich eingestanden sondern eher verheimlicht. Dadurch entsteht eine Absicherungskultur, die vor allem im Kinderschutz die sozialen Fachkräfte dazu verführt, ängstlich und risikoavers vorzugehen.

Was bleibt ist, dass die Bereitschaft sich öffentlich mit seinen und den Fehlern anderer auseinanderzusetzen, dadurch reduziert wird, auch weil Beschämungen und Sanktionen befürchtet

werden (vgl. Oser & Spychiger, 2005). Fehler sind im Jugendamt offiziell nicht erlaubt und ziehen weitreichende Konsequenzen nach sich (Stellenumbesetzungen, Suspendierungen, Kündigungen, Vorverurteilungen, Gesichtsverlust etc.).

#### *4. Phase: Enttäuschung, Wut und Trauer*

Aus der Erfahrung heraus, dass problematisch verlaufene Kinderschutzfälle im Jugendamt möglich sind, wächst bei den sozialen Fachkräften nun die Erkenntnis, dass sie womöglich doch Fehler gemacht haben. Sie werden sich darüber bewusst, dass nicht alles reibungslos verlief und sind darüber enttäuscht und besorgt. Die Organisationskultur des Jugendamtes wird dadurch ins Wanken gebracht. Man tritt in eine Phase des gemeinsamen, jedoch nicht systematischen, Nachdenkens ein. Auch weil der kommunale Träger des Jugendamtes selbst (die Politik, die Gesamtverwaltung an sich etc.) sich nicht seiner Verantwortung bewusst wird.

#### *5. Phase: Aus dem Tal heraus und auf zu neuen Ufern: Neuorientierung*

Das Tal ist durchschritten. Die Wunden sind annähernd geheilt. Man ist wieder in der Lage seinen Aufgaben fach- und sachgerecht nachzukommen und ist auf der Suche nach Neuorientierung, um an alten Erfolgen anknüpfen zu können. Das Geschehene schwebt als Damoklesschwert in der Ferne. Jetzt sind Massnahmen zur Sicherung und Entwicklung von Qualität unter Umständen erwünscht, eventuell auch nicht, weil nicht definitiv zu beantworten ist, was man aus dem Fall lernen soll, oder lieber auch nicht lernen sollte (vgl. Baecker, 2003: 28).

### **Was jedoch benötigt wird: Vertrauen und Anerkennung**

Will man sich der organisationalen Herausforderung des Umgangs mit Fehlern im Jugendamt<sup>2</sup>, aber auch darüber hinaus in der Gesamtverwaltung des kommunalen Trägers oder generell in den Organisationen Sozialer Arbeit, widmen, müssen immer wieder alte Denkweisen über Bord geworfen werden. Die Organisationskultur muss insgesamt mit sich selbst in Konfrontation gebracht werden. Hierzu kann ein problematisch verlaufener Kinderschutzfall Anlass bieten, muss es aber nicht (Schein, 2003). Er verweist nicht ohne Grund darauf, dass es ohne Überlebensangst nicht geht; eine Organisation muss sinngemäß mit dem Rücken an der Wand stehen, um eine Motivation zur Veränderung und zum Lernen herauszubilden. Diese Motivation kann zwar bereits durch kleine Anlässe hervorgerufen werden, aber: Neues Wissen erlernen und dabei altes Wissen ablegen zu müssen, erzeugt Lernangst. Weil soziale Fachkräfte dadurch vorübergehend Inkompetent werden, ihre Handlungsrouninen verlieren, nicht mehr mit den sich neu etablierenden Gruppennormen zu Recht kommen und nicht schnell genug mit den Neuerungen Schritt halten könnten (vgl. Schein, 2003: 146f). Generell stellen sie sich deshalb lieber auf Abwehr ein, zumal diejenigen Reformversuche, die sie bereits in Top-Down-Prozessen „erleiden“ mussten, oft nicht die gewünschten Ergebnisse erzielt haben oder im Sande verlaufen sind. Warum also Bekanntes ablegen, wenn das Unbekannte mit so vielen Gefahren verbunden ist?

Das Paradoxe ist, dass es mit dem Lernen und Verlernen nicht ganz so einfach ist, wie man es sich vielleicht gerne wünschen würde. „Damit neues Lernen möglich wird, muss die Überlebensangst größer sein als die Lernangst. Aber die Steigerung der Überlebensangst durch Drohungen steigert nur die Abwehr oder führt bestenfalls zu bloß oberflächlichem Gehorsam“

---

<sup>2</sup> Aus organisationstheoretischer Sicht ist anzuzweifeln, ob ein Jugendamt überhaupt als selbständige Organisation beschrieben werden kann.

(Schein, 2003: 147) und nicht zum gewünschten offenen Umgang mit Fehlern innerhalb der Organisationen Sozialer Arbeit. Was stattdessen benötigt wird, ist Vertrauen und Anerkennung speziell gegenüber Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Jugendämtern, die jeden Tag aufs Neue darum bemüht sind, ihre Arbeit unter Risikokonstellationen nach bestem Wissen und Gewissen auszuführen (vgl. hierzu auch unter Kinderschutzaspekten Biesel 2008). Ohne diese Art von Wertschätzung wird es kaum möglich sein, dass eine soziale Fachkraft von sich aus offen über ihre Fehler redet bzw. den Mut aufbringt, auch bei Kolleginnen und Kollegen beobachtete Fehler kritisch anzusprechen.

Noch einmal: Fehler in der Sozialen Arbeit sind unvermeidlich, weshalb Organisationen Sozialer Arbeit ihren Fehlerkomplex überwinden müssen (vgl. Biesel 2008a). Hierfür muss allerdings in der Politik und in der Gesellschaft der Anspruch auf absolute Fehlerfreiheit aufgegeben werden. Denn wo nichts mehr experimentell ausprobiert werden darf, kann auch nicht mehr aus Fehlern ohne großen Schaden gelernt werden (vgl. Guggenberger 1987)<sup>3</sup>. Sollen die Prozesse Sozialer Arbeit wirklich genauer in den Blick genommen und auf ihre Fehler hin untersucht und reflektiert werden, muss dies bei der Etablierung von Massnahmen für einen lernorientierten Umgang mit Fehlern berücksichtigt werden.

### **Die Chance: Der kritische Dialog**

Was liegt da näher, als sich auf das Wagnis eines echten Gespräches einzulassen – einer Begegnung, bei der das Ich zum Du werden kann, bei der sich die sozialen Fachkräfte, aber auch andere relevante Organisationsmitglieder und Kooperationspartner (z. B. Klienten und Führungskräfte) wahrhaftig dem anderen zuwenden, um sich selbst anders verstehen zu lernen (vgl. Buber, 1992). Wagnis deshalb, weil sich die Menschen hierfür fern ab von ihren Status- und Machtpositionen innerhalb und außerhalb der Organisationen Sozialer Arbeit einbringen und offen für andere Sichtweisen sein müssen, ohne in Verteidigungspositionen und Gegenreden zu flüchten. Es geht nämlich nicht darum, zu bewerten, warum und weshalb jemand wie gehandelt und entschieden hat, sondern darum: Welche Bedeutung sich dahinter verbirgt, welche Hypothese also handlungsleitend war und welche nicht. Wenn man mit solch einem Fokus in Gruppen- oder Teamzusammenhängen zuhört, wirklich zuhört, kann man sich vor der Falle der gegenseitigen Schuldzuweisungen bewahren und von anderen wirklich lernen. Hierfür muss man einerseits dafür bereit sein, seine Ansichten und Positionen öffentlich zu machen und andererseits diese zu überdenken. Im Dialog über Fehler müssen demnach die unausgesprochenen, impliziten Annahmen offen gemacht werden, die Schmerz und Krisen innerhalb von Teams verursachen können; gegenseitige Verletzungen sind dabei durchaus möglich, die in letzter Konsequenz jedoch von den Beteiligten nicht beabsichtigt waren.

Ja, man kann sagen: Erst wenn es richtig heiß hergeht, wenn die Atmosphäre spannungsgeladen und kaum auszuhalten ist, befindet man sich auf dem Weg der kollektiven Bewusstwerdung der tiefliegenden organisationskulturellen Annahmen (vgl. hierzu einleitend Isaac, 2004: 412-420). So weit soll es natürlich nicht kommen. Aber auf dem Weg zum kritischen Dialog über Fehler kann dies durchaus passieren.

Denn der Dialog kann nicht methodisch vordisponiert und angeordnet werden. Der Dialog hat etwas Künstlerisch-Kreatives an sich, muss gelebt und gewollt sein. Insofern müssen die sozialen Fachkräfte und andere für den Hilfeprozess bedeutsame Kooperationspartner mit ihrem Herzen sprechen und sich mit ihren Gefühlen auf einen Prozess des vorurteilsfreien Fremdverstehens einlassen, um offen fragen zu können (vgl. Eppler, 2007a):

---

<sup>3</sup> Dabei soll nicht verneint werden, dass Fehler im Extremfall keiner rechtlichen Sanktionierung bedürfen. Aber was zunächst ermöglicht werden muss, ist ein permanenter Dialog über die fachlichen Erwartungen und wie sie erfüllt oder eben nicht erfüllt wurden.

- Was ist uns gelungen?
- Was ist uns misslungen?
- Wie können wir das Gelernte in unserer Praxis anwenden und zukünftig Fehler besser erkennen?

Nur so kann das Dialogisieren über Fehler in der Sozialen Arbeit vielleicht zum Genuss, anstatt zum Verdruss werden. Es kommt eben auf Großzügigkeit und Mitmenschlichkeit an, um die Kontingenz der Praxis Sozialer Arbeit und das Unerwartete erfolgreich zu managen (vgl. Weick & Sutcliffe, 2003). Hierfür brauchen die sozialen Fachkräfte insbesondere in den Jugendämtern jedoch ausreichend Zeit, um mit ihren Kooperationspartnern Fehler dialogisch reflektieren zu können. Und Zeit scheint in einer ökonomisch durchdrungenen und von Wirkungen und Ergebnissen überformten Praxis immer mehr zu fehlen. Dies ist einer der schwerwiegendsten Fehler, den man momentan beobachten kann.

## Literatur

- Baecker, D. (1999): Organisation als System. Aufsätze. Frankfurt am Main. Baecker, D. (2003): Plädoyer für eine Fehlerkultur. In: Organisationsentwicklung. Nr. 2. 24-29.
- Biesel, K. (2008): Das Rettende in der Gefahr? Vom Case Management zum Risiko Management in der fallbezogenen Kinderschutzarbeit. In: Sozialmagazin. Nr. 10. 14-23.
- Biesel, K. (2008a): Soziale Arbeit und ihr Fehlerkomplex oder: warum Organisationen aus ihren Fehlern lernen sollten. In: Sozialmagazin. Nr. 10. 10-13.
- Böwer, M. (2008): Das achtsame Jugendamt. Ansatzpunkte und Rezeption des Achtsamkeitskonzepts im Kindeswohlschutzdiskurs. In: Neue Praxis. Nr. 4. 349-370.
- Buber, M. (1992): Das Dialogische Prinzip. 6., durchges. Aufl. Gerlingen.
- Eppler, M. J. (2007): Irren ist menschlich. Ein kleines Fehler-Glossar. In: Organisationsentwicklung. Zeitschrift für Unternehmensentwicklung und Changemanagement. Nr. 1. 36-38.
- Eppler, M. J. (2007a): Werkzeugkiste. 10. Debriefing – Lernen aus Erfolgen und Fehlern. In: Organisationsentwicklung. Zeitschrift für Unternehmensentwicklung und Changemanagement. Nr. 1. 73-77.
- Gössler, M. (2007): Die Kunst des Scheiterns. In: Organisationsentwicklung. Zeitschrift für Unternehmensentwicklung und Changemanagement. Nr. 4-11.
- Groopman, J. (2008): How Doctors Think. Boston. New York.
- Guggenberger, B. (1987): Das Menschenrecht auf Irrtum. Anleitung zur Unvollkommenheit. München. Wien.
- Hering, S. / Münchmeier, R. (2000): Geschichte der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Weinheim und München.
- Isaac, W. (2004): Der Dialog. In: Senge, P. M. et al.: Das Fieldbook zur Fünften Disziplin. 5. Aufl. Stuttgart. 412-420.
- Klatetzki, T. (1993): Wissen, was man tut. Professionalität als organisationskulturelles System. Eine Ethnographische Interpretation. Bielefeld.
- Klatetzki, T. (1998): Qualitäten der Organisation. In: Merchel, Joachim (1998): Qualität in der Jugendhilfe. Kriterien und Bewertungsmöglichkeiten. Münster. 61-75.
- Klatetzki, T. (2005): Professionelle Arbeit und kollegiale Organisation. In: Klatetzki, Thomas / Tacke, Veronika [Hrsg.]: Organisation und Profession. Wiesbaden. 253-283.
- Kleve, H. (1999): Postmoderne Sozialarbeit. Ein systemtheoretisch-konstruktivistischer Beitrag zur Sozialarbeitswissenschaft. Aachen.
- Kleve, H. (2007): Ambivalenz, System und Erfolg. Provokationen postmoderner Sozialarbeit. Heidelberg.

- Luhmann, N. (2006): Organisation und Entscheidung. 2. Aufl. Wiesbaden. Luhmann, Niklas / Scharr, Karl Eberhard (1982): Das Technologiedefizit der Erziehung und Pädagogik. In: Luhmann, Niklas / Scharr, Karl Eberhard [Hrsg.]: Zwischen Technologie und Selbstreferenz. Frankfurt. 11-40.
- Merchel, J. (2008): Kinderschutz: Anforderungen an die Organisationsgestaltung im Jugendamt. In: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. [Hrsg.]: Vernachlässigte Kinder besser schützen. Sozialpädagogisches Handeln bei Kindeswohlgefährdung. München. Basel. 89-128.
- Nadai, E. / Sommerfeld P. (2005): Professionelles Handeln in Organisationen - Inszenierungen der Sozialen Arbeit. In: Pfadenhauer, M. [Hrsg.]: Professionelles Handeln. Wiesbaden. 181-205.
- Oser, F. / Spsychiger, M. (2005): Lernen ist schmerzhaft. Zur Theorie des Negativen Wissens und zur Praxis der Fehlerkultur. Weinheim und Basel.
- Otto, H.-U. (2007): Zum aktuellen Diskurs um Ergebnisse und Wirkungen im Felder Sozialpädagogik und Sozialarbeit – Literaturvergleich nationaler und internationaler Diskussionen. Expertise im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ. Berlin.
- Schein, E. (2003): Organisationskultur. The Ed Schein Corporate Culture Survival Guide. Bergisch Gladbach.
- Schoneville, H. / Galuske, M. / Karner, B. (2007): Menschen machen Fehler. Es kommt darauf an, was man daraus lernt. In: Sozial Extra. Nr. 9/ 10. 33
- Schütze, F. (1992): Sozialarbeit als „bescheidene“ Profession. In: Dewe, Bernd / Ferchhoff, Wilfried / Radtke, Frank-Olaf [Hrsg.]: Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Opladen. 132-170.
- Weick, K. E./ Sutcliffe, K. M. (2003): Das Unerwartete erfolgreich managen. Wie Unternehmen aus Extremsituationen lernen. Stuttgart.
- Weingardt, M. (2004): Fehler zeichnen uns aus. Transdisziplinäre Grundlagen zur Theorie und Produktivität des Fehlers in Schule und Arbeitswelt. Bad Heilbrunn/Obb.
- Wendt, W. R. (1995): Geschichte der Sozialen Arbeit. 4. überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart.
- Widersprüche (2005): Jenseits von Status und Expertise: Soziale Arbeit als professionelle Kultur. Nr. 96.
- Wolff, R. (2007): Demokratische Kinderschutzarbeit - zwischen Risiko und Gefahr. In: Forum Erziehungshilfen. Nr. 3. 132-139.



## PRÄVENTION VON SEKUNDÄRER TRAUMATISIERUNG

**Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Judith DANIELS**

Fakultät für Verhaltens- und Sozialwissenschaften,  
Experimentelle Psychopathologie –  
Abteilung Klinische Psych. & Exp. Psychopathologie  
Grote Kruisstraat 2/1  
9712 TS GRONINGEN  
NIEDERLANDE

☎: +31 (0) 50 636 64 79

E-Mail: [j.k.daniels@rug.nl](mailto:j.k.daniels@rug.nl)

Website: <http://www.sekundaertraumatisierung.de/>



In den letzten Jahren lässt sich ein wachsendes Interesse an den negativen Auswirkungen der therapeutischen Arbeit auf die Therapeutinnen und Therapeuten beobachten. Die Belastung der Klienten, in Kombination mit begrenzten Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten, kann eine große Herausforderung darstellen und in der Folge zu berufsbedingten Belastungen führen. Ausschlaggebend dafür ist der direkte Kontakt mit traumatisierten Menschen oder dem von ihnen berichteten Traumamaterial, welcher einen empathischen Bezug zu dem emotionalen Zustand und Leid anderer Personen bedingt. Neben dem Burnout ist dabei zunehmend auch die Sekundäre Traumatisierung als Spezifikum traumatherapeutischer Arbeit in den Blick geraten. Unter Sekundärer Traumatisierung versteht man die „Ansteckung“ mit typischen posttraumatischen Symptomen im Verlaufe der Arbeit mit traumatisierten Klienten. Es handelt sich dabei also um eine „übertragene“ Traumatisierung, die zu Stande kommt, obwohl die Therapeutin bzw. der Therapeut nicht selbst mit dem traumatisierenden Ereignis konfrontiert ist.

Neben den Belastungen kann die Arbeit mit traumatisierten Menschen jedoch auch zu großer Befriedigung, Sinnerleben und persönlichem Wachstum beitragen. Wie bei Primärtraumatisierungen ist davon auszugehen, dass die Mehrzahl der exponierten Menschen resilient ist, also auch nach dauerhafter Beschäftigung mit den traumatischen Inhalten keine überdauernde Belastung erlebt.

Sekundäre Traumatisierung ist definiert als eine Traumatisierung, die **ohne direkte sensorische Eindrücke** des Ausgangstraumas sowie **mit zeitlicher Distanz** zum Ausgangstrauma entsteht (Daniels, 2003). Obwohl diese Personen also selbst keine sensorischen Reize des traumatisierenden Ereignisses (wie Gerüche, Geräusche, Bilder) wahrnehmen, kommt es in Folge einer traumatischen Verarbeitung von Informationen zur Symptombildung.

Solche berufsbedingten Traumatisierungen sind mit der neuesten Ausgabe des Diagnose-Handbuchs DSM-5 nun als Posttraumatische Belastungsstörung diagnostizierbar. Dort werden explizit jene Belastungen als Posttraumatische Belastungsstörung verstanden, die durch die **wiederholte, indirekte** Exposition zu Details von schweren Traumatisierungen im Rahmen der beruflichen Tätigkeit auftreten.

Insofern könnte man den Begriff der Sekundären Traumatisierung eigentlich mittlerweile ausmustern. Andererseits hat er sich in der Zwischenzeit eingebürgert und illustriert auch sehr klar eine wesentliche Besonderheit – das eigentliche traumatische Ereignis kann schon lange vorbei sein, aber dennoch zu einer akuten Belastung führen. Schauen wir uns also an, wie sich eine Sekundäre Traumatisierung aus Sicht der Betroffenen darstellt. Wir haben dazu qualitative Interviews mit Traumatherapeuten geführt, die angaben, eine solche Phase berufsbedingter Belastung erlebt zu haben (Daniels, 2008). Diese Interviews belegen nochmals anschaulich, dass sich tatsächlich ohne direkten Kontakt zum Ausgangstrauma eine solche „übertragene“ Traumatisierung herausbilden kann. Diese äußert sich in ähnlichen Symptomen, wie sie von traumatisierten Menschen berichtet werden: Alpträume, intrusive Gedanken und Bilder, Depression und Gereiztheit können einhergehen mit sozialem Rückzug, Konzentrationsschwierigkeiten und erhöhtem Konsum von Alkohol und Medikamenten. Generell lassen sich diese Symptome in verschiedene Cluster einteilen: ungewollte Erinnerungen an traumatische Details, Vermeidungsverhalten und erhöhte Angsterregung. Sie entsprechen also den Symptomen, die klassischerweise eine Posttraumatische Belastungsstörung ausmachen.

Erfasst man nur das Vorliegen PTBS-ähnlicher Symptome in der letzten Woche (ohne zu beachten, wie lange diese anhielten!) so erfüllten z. B. 8 Prozent der Psychologen, 15 Prozent

der Sozialarbeiter und 34 Prozent der Mitarbeiter im staatlichen Kinderschutz die Diagnosekriterien (s. Zusammenschau von Elwood und KollegInnen (Elwood, Mott, Lohr, & Galovski, 2011). Sicherlich ist es aber sinnvoll, leichte und kurzanhaltende Belastungen als Bestandteil der psychosozialen Arbeit aufzufassen und nicht zu pathologisieren. Sollte die resultierende Belastung jedoch die Arbeitsfähigkeit stark beeinträchtigen und eine Dauer von vier Wochen überschreiten, ist aufgrund des Risikos einer Chronifizierung ein aktiver Umgang mit der Belastung sicherlich angeraten. Claudia Dölitzsch und Kollegen untersuchten die Häufigkeit solcher länger anhaltenden Belastungsreaktionen bei 319 pädagogischen Fachkräften aus Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen. Sie kamen zu dem Schluss, dass ca. 7 Prozent der Stichprobe unter einer Sekundären Traumatisierung litten.

Es stellt sich die Frage, welche Faktoren dazu beitragen, dass eine Sekundäre Traumatisierung entstehen kann. In den ersten Untersuchungen ging man vor allem davon aus, dass Faktoren der Arbeitsgestaltung hier besonders ausschlaggebend seien. Man untersuchte also inwieweit die Berufserfahrung, das Level an Ausbildung oder das Vorhandensein von Supervision und die Gesamtarbeitszeit pro Woche die Entstehung der Sekundären Traumatisierung beeinflussen. Leider konnten diese Faktoren das Auftreten der Sekundären Traumatisierung nicht hinreichend erklären. Es handelt sich dabei sicherlich um wichtige Randbedingungen, aber diese scheinen nicht zentral genug zu sein, um vorhersagen zu können, wie hoch das individuelle Risiko einer Belastung ist.

So begann man, sich personen-spezifische Faktoren anzusehen. Aus Studien zu Unfallopfern wusste man bereits, dass nicht das traumatische Erlebnis per se, sondern die individuelle Reaktion darauf am besten vorhersagt, wer eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickeln würde. Gleiches scheint auch auf die Sekundäre Traumatisierung zuzutreffen: Der relevanteste Risikofaktor ist in beiden Fällen die sog. ‚peritraumatische Dissoziation‘ (Briere, Scott, & Weathers, 2005; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003). Dissoziative Verarbeitung zeigt sich z. B. in emotionaler Taubheit oder einer veränderten Zeitwahrnehmung während man mit Traumamaterial konfrontiert ist. Das eigene Handeln wird als automatisiert, wie auf Autopilot, erlebt, während die äußere Welt unreal oder traumähnlich erscheint. Es wird vermutet, dass es während der Dissoziation zu einer veränderten Abspeicherung von Informationen kommt, bei der zwar sensorische Eindrücke, nicht aber Kontextfaktoren abgespeichert werden (Brewin et al., 2010). Dabei wird das Traumamaterial ohne Informationen über Ort und Zeitpunkt des Geschehens und mit einer geringeren Differenzierung zwischen der eigenen und anderen Personen abgespeichert.

Mit neuropsychologischen Modellen lässt sich erklären, warum es in der therapeutischen – also meist äußerlich sehr sicheren – Situation zu einer solchen traumatischen Verarbeitung kommen kann. Dazu tragen drei Prozesse bei, die im menschlichen Organismus angelegt sind: Empathie, Sensitivierung und Dissoziation (Daniels, 2007).

- Empathiefähigkeit stellt sowohl eine notwendige Bedingung für die therapeutische Arbeit als auch einen Risikofaktor für die Entwicklung einer Sekundären Traumatisierung dar. Sie ermöglicht die Übernahme von Emotionen, was wiederum zu
- einer Sensitivierung emotionsverarbeitender Gehirnregionen, führen kann. Dieses bedingt vermutlich die
- dissoziative Verarbeitung von Traumamaterial seitens der Therapeutin bzw. des Therapeuten.

Die These, dass ein dissoziativer Zustand seitens der Therapeutin bzw. des Therapeuten die Sekundäre Traumatisierung bedingt, wurde in einer weiteren Untersuchung untersucht (Daniels, 2006): Dazu wurde in einer epidemiologischen Fragebogenstudie retrospektiv die Phase der stärksten Belastung erhoben. Die untersuchte Stichprobe umfasste 1.124 Personen, in der Mehrheit ärztliche und psychologische Psychotherapeuten. Von diesen wurden 29,1 Prozent mit dem „Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung (FST)“ (Daniels, 2006) post hoc als sekundärtraumatisiert diagnostiziert. Die Analyse der Dauer der Belastungsphase zeigte, dass die Symptomatik bei der Mehrheit der sekundärtraumatisierten Personen länger als vier Wochen andauerte. Innerhalb der ersten drei Monate nahm die Symptombelastung aber bei 67,0 Prozent ab. Besorgniserregend war jedoch die Feststellung, dass immerhin 13,8 Prozent von dauerhaften Veränderungen (mind. > 6 Monate) berichteten.

Dissoziative Verarbeitung wurde in dieser Studie in Form eines Fragebogens mittels sechs Fragen erhoben. Die Therapeuten wurden gebeten ihre habituelle Neigung einzuschätzen, in therapeutischen Situationen zu dissoziieren, in denen Traumamaterial berichtet wird. Diese Ergebnisse korrelierten signifikant mit der Schwere sekundärtraumatischer Symptome. Dieser Zusammenhang wurde seitdem in drei weiteren Studien repliziert. Zusammengefasst deuten diese Ergebnisse darauf hin, dass die emotionale Verfassung während der Konfrontation mit Traumamaterial ein wichtiger Auslösefaktor der Sekundären Traumatisierung ist.

### **Prävention ist möglich**

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Sekundäre Traumatisierung also nicht ein Zeichen mangelnder Professionalität, sondern ein Resultat traumatogener Informationsverarbeitung auf der Basis ausgeprägter Empathiefähigkeit ist. Sekundäre Traumatisierung ist eine normale Reaktion auf unnormale Informationen – und sollte als solche nicht weiter einer professionsweiten Tabuisierung unterliegen. Sekundärtraumatisierung ist sehr beeinträchtigend und birgt ein hohes Chronifizierungsrisiko. Deswegen empfiehlt es sich der Prävention ausreichend Beachtung zu schenken, wenn man mit traumatisierten Klienten oder potenziell traumatisierenden Materialien wie Gerichtsakten und Gutachten arbeitet.

Dabei sollte sich die Prävention auf drei Bereiche stützen:

- Regelmäßiges Screening auf Traumasymptome
- Ein individuelles Stress-Bewältigungsprogramm, z. B. bestehend aus Sport, Imaginationsübungen oder Yoga, welches die Stressregulation unterstützt.
- Prozessierung belastenden Traumamaterials, z. B. in Form von Debriefing, Supervision, Berichten, oder Symbolisierungen

Um das Risiko einer Sekundären Traumatisierung zu verringern, scheint es jedoch geboten, auch die eigenen dissoziativen Verarbeitungsmechanismen identifizieren und steuern zu lernen. Eine regelmäßige Überprüfung der Belastung mit sekundärtraumatischen Symptomen kann einer Chronifizierung vorbeugen und sollte deshalb in die Supervision aufgenommen werden. Mittlerweile wurde ein Fragebogen entwickelt (Weitkamp, Daniels, & Klasen, 2014), der alle oben beschriebenen Symptome umfasst und als Screeninginstrument geeignet ist (Kostenloser Download unter [www.sekundärtraumatisierung.de](http://www.sekundärtraumatisierung.de), abgerufen am 27.10.2017).

## Literatur

- Briere, J., Scott, C. & Weathers, F. (2005). Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2295-2301.
- Daniels, J. (2003). Sekundäre Traumatisierung – kritische Prüfung eines Konstruktes anhand einer explorativen Studie. (Diplomarbeit), Universität Bielefeld, Bielefeld.
- Daniels, J. (2006). Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung. Retrieved from [www.sekundaertraumatisierung.de](http://www.sekundaertraumatisierung.de), abgerufen am 27.10.2017.
- Daniels, J. (2007). Eine neuropsychologische Theorie der Sekundären Traumatisierung. *Zeitschrift für Psychotraumatologie Psychotherapiewissenschaften Psychologische Medizin*, 5(3), 49-61.
- Daniels, J. (2008). Sekundäre Traumatisierung – eine Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von Therapeuten. *Psychotherapeut*, 53(2), 100-107.
- Elwood, L. S., Mott, J., Lohr, J. M. & Galovski, T. E. (2011). Secondary trauma symptoms in clinicians: a critical review of the construct, specificity, and implications for trauma-focused treatment. *Clin Psychol Rev*, 31(1), 25-36. doi: S0272-7358(10)00148-0 [pii]10.1016/j.cpr.2010.09.004
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2003). Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73.
- Weitkamp, K., Daniels, J. & Klasen, F. (2014). Psychometric properties of the Questionnaire for Secondary Traumatization. *Eur J Psychotraumatol*, 5. doi: 10.3402/ejpt.v5.2187521875 [pii]

## **DIE WAHRHEIT IST KINDERN ZUMUTBAR: BEGLEITUNG BEI ABSCHIED, VERLUST UND TOD**

**Dr.<sup>in</sup> Gertrude BOGYI**

Die Boje

Ambulatorium für

Kinder und Jugendliche

bis 18 Jahre in Krisensituationen

Hernalser Hauptstraße 15 (im Hof links)

1170 Wien

☎: +43 (0) 1 406 66 02

E-Mail: [ambulatorium@die-boje.at](mailto:ambulatorium@die-boje.at)



Ich freue mich sehr, dass für das Leitthema dieser Tagung das Sprichwort „Reden ist Silber, Schweigen ist Gold“ verändert wurde in „Schweigen ist Silber, Reden ist Gold“ und Tabuthemen im Bereich der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aufgegriffen werden.

Auch ich habe das Zitat von Ingeborg Bachmann „Die Wahrheit ist dem Menschen zumutbar“ in „die Wahrheit ist Kindern zumutbar“ verändert. Ich meine damit sicherlich nicht, dass Kinder keine Menschen sind, sondern möchte die Tatsache, dass die Wahrheit eben auch für Kinder lebensnotwendig und zumutbar ist, betonen. Denn dieses Faktum ist leider nicht selbstverständlich.

Was bedeutet „Wahrheit?“ Wikipedia lehrt uns, dass damit das Übereinstimmen einer Aussage oder Behauptung mit der Wirklichkeit, eine wahre Aussage oder eine als allgemein richtig anerkannte Erkenntnis gemeint ist. Es geht um Echtheit, Richtigkeit, Authentizität. Die Abgrenzungen sind Falschheit, Lüge oder Irrtum.

Der Begriff „Wahrheit“ ist abgeleitet vom Adjektiv wahr, das sich aus dem indogermanischen Wurzelnomen „wer“ entwickelt hat und Vertrauen, Treue, Zustimmung bedeutet.

Dies aufzuzeigen, finde ich angesichts der Tatsache sehr wichtig, dass viele Erwachsene Angst haben, die Wahrheit zu sagen, damit das Kind das Vertrauen nicht verliert.

Der Mathematiker Arnold Neumair unterscheidet eine sachliche und eine persönliche Wahrheit. „Die persönliche Wahrheit entscheidet, wie wir in einer konkreten Situation mit der sachlichen Wahrheit umgehen. Es ist die im persönlichen Handeln zum Wirken gebrachte Wahrheit. Den Ausschlag, wie wir entscheiden, gibt die persönliche Wahrheit.“

Dies ist meines Erachtens nach sehr wesentlich in unserer Arbeit, es bedeutet unsere eigene Reflexion und, dass wir oft mit den Erwachsenen, die ihren Kindern jedes Leid ersparen wollen, arbeiten müssen, denn sie handeln ja meist aus persönlicher Überzeugung.

Friedrich Schiller sagt: „Was hat der Mensch dem Menschen Größeres zu geben als Wahrheit!“

Abschiede, Verlusterlebnisse und die Begegnung mit dem Tod begleiten uns unser ganzes Leben lang. Sie gehören elementar zum Leben und prägen unsere Persönlichkeit.

Tod und Sterben sind aber Themen, die gerne von Kindern ferngehalten werden, obwohl wir ihnen tagtäglich, sei es im eigenen Umfeld, sei es in den Medien, in vielfältiger Weise begegnen. Wenn jemand aus der Familie schwer erkrankt oder stirbt, sind die Erwachsenen oft sehr verunsichert, wie sie Kindern gegenüber reagieren sollen. Immer wieder wird versucht, Tatsachen zu verschleiern bzw. zu beschönigen, um den Kindern die bittere Wahrheit zu ersparen.

Was nicht zur Sprache gebracht wird, ist trotzdem da, gärt weiter, bringt oft unklare Beschwerden und führt manchmal zu massiven, scheinbar unangebrachten Reaktionen an anderer Stelle. In Wirklichkeit wissen beziehungsweise ahnen die Kinder, was los ist, aber sie respektieren das Tabu, nicht darüber zu sprechen und sie sind dann allein mit ihren Gedanken, Ängsten und Ungewissheiten. Der Ausweg, sich den Befürchtungen zu stellen, ist nicht möglich, wo ein stillschweigendes Gebot gilt, sich einander nicht mitzuteilen.

Im Hinblick auf Sexualität ist sicherlich im Laufe der Zeit Entspannung eingetreten, im Hinblick auf Sterben und Tod haben sich Verdrängung und Unsicherheit meines Erachtens eher noch verstärkt.

Die Erwachsenen wollen die Kinder vor unangenehmen Gefühlen beschützen, wollen sie vor Leidvollem bewahren, fürchten, mit den Gefühlen der Kinder nicht umgehen zu können. Aber die fehlenden Bewältigungsstrategien, die geringe Frustrationstoleranz vieler Kinder sind oft Folgen der Versuche, ihnen jedwede Belastung lieber ersparen zu wollen. Die große Scheu davor, Kindern in schwierigen Situationen die Wahrheit zu sagen, kommt auch daher, dass Erwachsene fürchten, Kinder könnten den Glauben an das Gute in der Welt verlieren. Oft wird ihnen versichert, dass alles wieder gut wird, dass bald die Sonne wieder scheinen wird, dass die Mama bald wieder gesund wird – obwohl sie sterbenskrank ist... In der heilen Kinderwelt ist kein Platz für Schmerz und Trauer.

Denken wir an die Bilder vom Sterben und Tod in den Medien, mit denen Kinder ständig konfrontiert werden, sie sind indirekte Begegnungen mit dem Tod, werden aber nicht zum Anlass genommen, mit Kindern darüber zu reden. Viele Kinder im Volksschulalter sind der Meinung, dass alle Menschen durch Unfall, Mord oder Krieg sterben.

Aber nicht nur Sterben und Tod sind Tabuthemen. Denken wir an viele Scheidungskinder, die in tiefem Loyalitätskonflikt hin- und hergerissen sind, die nichts erzählen dürfen, was sie mit dem anderen Elternteil erlebt haben, die sich viele Gedanken machen, die sich oft schuldig fühlen, mit denen aber nicht gesprochen wird, warum sich die Eltern trennten.

Denken wir an Kinder von psychisch kranken Eltern, die sehr oft nicht wissen, was los ist, aber wissen, sie dürfen niemandem davon erzählen. Denken wir an Kinder, die nicht wissen, wer ihr Vater ist, die dann zu uns sagen: „Weißt Du, jeder, dem ich auf der Straße begegne, könnte mein Vater sein“ ... Denken wir an Kinder, die genau merken, dass der Vater, der mit ihnen lebt, nicht ihr Vater ist, aber genau wissen, dass sie nie fragen dürfen. Denken wir an Kinder, wo ein Elternteil inhaftiert ist, denen gesagt wird, der Vater oder die Mutter seien weggezogen, arbeiten im Ausland, oder seien im Krankenhaus. Denken wir an Adoptivkinder, die oftmals nichts von ihren leiblichen Eltern erfahren dürfen und viele Fantasien über ihre Herkunftsgeschichte entwickeln. Denken wir an die Kinder, die fremd untergebracht werden, denen leider oftmals sehr wenig über die Hintergründe mitgeteilt wird. Somit wird es den Kindern oft nicht möglich, die Vergangenheit in ihre Persönlichkeit zu integrieren. Immer wieder scheuen sich Pädagoginnen und Pädagogen den Kindern mitzuteilen, dass ein anderer Platz gesucht wird, oder aber, ihnen mitzuteilen, dass die Betreuerin bzw. der Betreuer die Einrichtung verlässt – um Eskalationen zu vermeiden. So wird den Kindern, die solche Veränderungen meist ohnehin schon atmosphärisch spüren, der Abschiedsprozess erschwert oder verunmöglicht.

Oft werden auch verstorbene Geschwister verheimlicht, ebenso Fehlgeburten, Krankheiten und vor allem Suizide in der Familie. Dies gilt auch für viele andere Familiengeheimnisse, die hier noch angeführt werden könnten.

Annemarie Dührssen, eine deutsche Psychiaterin und analytische Kinderpsychotherapeutin, prägte den Satz: „In Kindertherapien geht es meist um das Aufdecken von Verschwiegenheiten.“

Die Familientherapeutin Irmela Wiemann, die sich unter anderem sehr viel mit Pflege- und Adoptivkindern sowie mit Biografie-Arbeit beschäftigt, meint, es gibt zwei Hauptstrategien der Bewältigung von Geheimem bzw. von nur Geahntem: „Der eine Weg heißt grübeln, hartnäckig und mit detektivischem Geschick die Spuren verfolgen. Die Fantasien über das Vorenthaltene binden Energien und Kräfte, die für andere Lebensbereiche nicht mehr verfügbar sind. Der andere Weg heißt, Konflikte und Belastendes verdrängen, Gefühle ausblenden, wegdenken und weghören.“ Abwehrmechanismen dienen als Schutz, haben aber oft auch ihre Nebenwirkungen.

Kinder spüren die Anstrengung, die ein Erwachsener vollbringt, um sie von der Wirklichkeit fern zu halten. Kinder verschließen sich dann oft, ziehen sich zurück und können vielschichtige Symptome entwickeln, vor allem Angst, schlechte Träume, aber auch Impulsdurchbrüche. Sie sind verwirrt, beginnen manchmal zu lügen, es gelingt ihnen dann manchmal nicht, zwischen Wahrheit und Lüge zu unterscheiden. Zur Illustration ein Beispiel eines neun Jahre alten Bubens, der zu mir sagte: „Ich habe gehört, er wird fast sterben, mein Vater wird bald sterben und ich weiß das nicht. Es wäre aber auch für die Eltern besser, wenn ich es weiß, dann müssen sie nicht ständig lügen.“

Wahrheit tut oft weh, aber Ungewissheit ist viel schlimmer! Man kann lügen, aber die Wahrheit nicht ändern. „Es ist, was es ist“, wie Erich Fried sagt.

Freilich ist auch zu bedenken, dass nicht jede Wahrheit an jedem Ort zu jeder Zeit auf jede Weise gleichermaßen gut auszusprechen ist.

Kinder unterscheiden oft „leichte, schwere und schlimme Abschiede“ und bewerten für sich oft Verlust- und Trennungserlebnisse ganz anders als Erwachsene.

Verlust bedeutet etwas verloren zu haben, es ist etwas abhandengekommen. Üblicherweise erfolgt die Reaktion des Suchens nach dem Verlorenen.

Es geht darum, zu lernen, mit dem Verlust zu leben, dies braucht Zeit und viel Kraft. Ein stabiles soziales Umfeld ist entscheidend für die Fähigkeit, das Erlebte zu verarbeiten. Kinder, die bereits vor einem belastenden Ereignis wenig Stabilität, Sicherheit und Geborgenheit erfahren haben, zeigen oft deutliche Schwierigkeiten im Umgang mit Verlusterlebnissen.

Judith Viorst, eine amerikanische Psychoanalytikerin, schreibt in ihrem Buch „Mut zur Trennung“ treffend:

*„Wir leben, in dem wir verlieren, verlassen und uns loslösen. Und früher oder später und unter mehr oder weniger starken Schmerzen müssen wir alle erfahren, dass Verlust tatsächlich ein lebenslanger Zustand des Menschen ist. Trauer ist der Prozess der Anpassung an die Verluste unseres Lebens.“*

Von Trauer in einem weiteren Sinn soll hier nicht nur beim endgültigen Verlust eines geliebten Menschen durch Tod gesprochen werden, sondern auch von der Trauer, die bei der Verarbeitung alltäglicher kleiner Verluste oder Enttäuschungen einerseits, andererseits bei der Verarbeitung, die mit schwerem Lebensstress, etwa der Trennung nach einer Scheidung, dem Verlust der Gesundheit, der Arbeitssituation, Wohnung etc. einhergeht. Auch der Verlust von Idealen und Lebenszielen zieht Trauerarbeit nach sich. Es geht darum, den üblicherweise sehr eng gefassten Begriff der Trauerarbeit auf viele Situationen unseres Lebens auszuweiten, um so menschliche Problemsituationen einerseits und dazugehörige Bewältigungsstrategien andererseits aufzuzeigen. So wird Trauer zu einem umfassenden Phänomen, das letztlich überall dort anzutreffen ist, wo grundlegende Bedürfnisse nicht befriedigt werden und Enttäuschungen verarbeitet werden müssen. Trauerarbeit wird somit zu einer lebenslangen Aufgabe der inneren Loslösung von Liebgewordenem, das in der äußeren Realität nicht mehr existiert. Es geht darum, Trauer ein „existenzielles Phänomen“ werden zu lassen, das wesentlich zum menschlichen Zusammenleben gehört und nicht mehr ausgegrenzt werden muss.

Die folgenden Ausführungen beschäftigen sich mit dem endgültigen Verlust durch Tod. Anhand von Beispielen sollen nun Reaktionen und Interventionen aufgezeigt werden.

Im Rahmen meiner Tätigkeit als Psychologin und Psychotherapeutin an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Wien beschäftigte ich mich von Anfang an, d. h. über 40 Jahre, mit der Thematik „Kind, Sterben und Tod“. Dies hat auch zur Gründung der Boje, des Ambulatoriums für Kinder und Jugendliche geführt, denn es war für mich sehr wichtig, dieses Thema in einer niederschweligen Institution behandeln zu können, da der Weg zur Kinderpsychiatrie ja oft ein weiteres Tabu darstellt.

Der Umgang mit Tod und Sterben macht Erwachsene im Zusammenhang mit Kindern überaus hilflos, wodurch auch die Kinder hilflos gemacht werden. Das „Totschweigen des Todes“ ist mit Sicherheit ein Problem der Erwachsenen und nicht der Kinder. Kinder möchten am Geschehen teilhaben, möchten die Wahrheit wissen.

Kinder haben feine Sensoren für das Unausgesprochene und bemerken, auch wenn sie noch sehr jung sind, die Stimmungen der Erwachsenen. Sie sind Meister im Wahrnehmen kleinster Signale. Selbst wenn das Kind nicht gemerkt hat, dass es angeschwindelt wurde, registriert es unbewusst, dass die Erwachsenen ihm etwas vormachen. Ich meine, wir alle haben Erinnerungen an früher, wo wir bemerkt haben, dass Erwachsene nicht sorgfältig mit Wahrheit und Wirklichkeit umgegangen sind. Die Erwachsenen sind Modelle für die Kinder im Umgang mit der Wahrheit. So lernen sie, dass es legitim ist, andere anzuschwindeln, sind aber gleichzeitig schwer enttäuscht und verlieren oft das Vertrauen. Immer wieder hörte ich den Satz von Kindern, die zu Elternteilen oder anderen Erwachsenen sagten: „Ich glaube Dir nie mehr was“. Nicht selten suchen sie bei sich die Schuld, dass sie sich täuschen ließen.

An dieser Stelle möchte ich auf die Ausstellung „erzähl mir was vom Tod“ hinweisen, die als bekannteste Kinderausstellung im deutschsprachigen Raum gilt. Es gibt sie seit 2003, war 2009 im Zoom Kindermuseum in Wien und ist derzeit wieder in Berlin zu besuchen. Sie stellt sich den Tabuthemen, will den Tod zurück ins Leben rufen und bewusst machen, dass Leben und Tod untrennbar zusammengehören. Ziel ist es, dieses Thema in seiner Vielschichtigkeit zu bearbeiten.

Es war für mich sehr beeindruckend – ich besuchte die Ausstellung einige Male – die Reaktionen der Kinder und die der Erwachsenen zu sehen. Es begegnete mir dasselbe Phänomen, das ich auch erlebte, wenn ich in Schulen gerufen wurde, nämlich, wie hoch das Interesse der Kinder ist. Kinder wollen etwas vom Tod wissen. Es ist eine interaktive Ausstellung, wo die Kinder mit Freude und Interesse mitmachten, die Erwachsenen immer wieder eher scheu und zurückhaltend, fast verlegen und zögerlich, die verschiedenen Räume betraten.

Kinder wissen, es gibt traurige Abschiede, sind nicht schockiert vom Tod. Kinder haben einen großen Bedarf an diesem Thema, die Erwachsenen haben da viel größere Ängste. So sagte ein etwa 8-jähriger Bub bei der Reflexionsrunde: „Ich fand es cool, dass man in einem Raum ausprobieren kann, wie es ist, wenn man in einem Sarg liegt. Eigentlich ist es sehr bequem!“ Oder, ein etwa 6-jähriges Mädchen: „Wie passt ein Mensch in eine Urne?“

In einem anderen Raum sind an Paradiesbäumen Vorstellungen und Wünsche für das Leben nach dem Tod auf Zetteln von den Besuchern geschrieben. Ich konnte die Begeisterung sehen, mit der Kinder, z. B. „ich werde meinen Hund wieder sehen“ ... oder „dann kann ich wieder mit Mama spielen“ ..., aufgeschrieben haben.

Ich selbst habe oft mit Kindern darüber gesprochen, was sie sich nach dem Tod vorstellen – und erhielt ganz unterschiedliche Antworten, etwa „dort fährt der Papa dann mit einem roten Ferrari, denn das hat er sich so lange gewünscht.“ Oder: „Die Mama ist nun in einem Baum,

immer wenn der Wind geht, winkt sie mir mit den Blättern“.... Ich könnte noch viele Beispiele anführen. Aber über den Tod und das Danach wird kaum in unserer Gesellschaft mit Kindern gesprochen. Kinder gehen mit großer Unbefangenheit und offener Neugier an die Themen Tod und das was danach kommt heran.

Immer wieder wird argumentiert, dass Kinder, wenn sie etwas wissen wollen, Fragen stellen. Dies ist angesichts des Todes anders. Kinder merken sehr genau, dass Erwachsene dem Thema ausweichen wollen, oft keine klaren Antworten geben und so die Unsicherheit noch größer wird. Nicht selten schonen sie die Erwachsenen, wollen sie nicht traurig machen.

Dieser Beitrag soll all diejenigen, die mit Kindern zu tun haben, ermutigen, diesem Thema mehr Raum zu geben. „Die Wahrheit ist den Kindern zumutbar“ soll einerseits Aufforderung sein, bei einem Todesereignis mit Kindern darüber zu reden, andererseits soll dieser Appell auch daran erinnern, das Thema im Sinne einer präventiven Maßnahme aufzugreifen, wenn sich eine Gelegenheit dazu bietet. Denn, hören wir nur genau hin, Kinder fragen immer wieder nach dem Tod und bekommen nicht selten Antworten wie: „Das verstehst Du noch nicht“, „dafür bist Du noch zu klein“, „man stirbt, wenn man alt ist“. Wenn dann eine alte Tante zu Besuch kommt, fragt das Kind: „Du bist schon alt, wann stirbst Du denn?“ – und wird zum Stillsein ermahnt. Häufig wird gesagt: „Ich will Dir das ersparen“, oder „der Opa ist eingeschlafen“. Mir begegneten viele Kinder, die an Schlafstörungen litten, denen der Tod mit Schlaf erklärt wurde. Kinder begegnen dem Tod in alltäglichen Lebenssituationen, auch wenn Erwachsene sie davor beschützen wollen. Sie finden etwa einen toten Vogel, erleben, wie bereits erwähnt, viele „Fernsehtote“, oder hören, dass jemand gestorben ist. Kinder wollen dann oft etwas darüber wissen, die Reaktionen der Erwachsenen deuten aber darauf hin, dass Sterben etwas Schreckliches ist, bedrohlich ist, über das am besten nicht gesprochen wird. So lernen Kinder, dass man über den Tod nicht spricht und stellen deshalb oft keine Fragen mehr.

Kinder brauchen aber Erwachsene um zu wachsen, zu reifen und das Leben in seiner Ganzheit zu begreifen. Kinder sind also auf die Hilfe von Erwachsenen angewiesen, wenn es um das existenzielle Thema Tod geht, wenn jemand schwer krank ist, oder, wenn jemand stirbt.

Beispiele aus meinem Klinikalltag sollen die Tragweite des Problems skizzieren:

*Eine Kindergärtnerin berichtet darüber, dass sie mit ihrer Gruppe anlässlich des Todes einer Mutter von einem Kind, über Tod und Sterben gesprochen hat. Dies führte dazu, dass zwei Kinder von ihren Eltern aus dem Kindergarten genommen wurden und andere eine Beschwerde bei der Kindergartenleiterin einbrachten: man hätte sie doch vorher fragen müssen, ob sie einverstanden seien, dass mit so jungen Kindern über den Tod gesprochen werde.*

*Ein 8-jähriges Kind stirbt am Wochenende bei einem Verkehrsunfall. Montag früh ordnet die Lehrerin eine neue Sitzordnung an, wobei sie mit keinem Wort den Tod des Mitschülers erwähnt. Den leer bleibenden Sessel stellt sie zur Seite. Auf die Frage eines Kindes, wo nun Peter sitzen werde, antwortet sie nur, dass der nicht mehr komme. Als ein Kind eine Tageszeitung herzeigt, in der von dem Unfall des Mitschülers berichtet wird, nimmt die Lehrerin dem Kind die Zeitung weg und sagt: „Lass das jetzt!“*

*Ein sehr verschlossener 11-jähriger Bub verändert den Titel der Deutschschularbeit („Ein schönes Erlebnis“) und beschreibt ein „hässliches Erlebnis“, nämlich den Tod seines Vaters, der plötzlich während eines Schiausflugs in Gegenwart des Kindes an einem Herzinfarkt verstarb.*

*Die Lehrerin streicht die Arbeit durch und versieht sie mit dem Vermerk „Thema verfehlt“, ohne mit dem Kind zu sprechen, das sich übrigens zu diesem Zeitpunkt zum ersten Mal über dieses tragische Erlebnis geöffnet hat. Es führte aber dazu, dass die Mutter die Klinikambulanz aufsuchte, weil der Bub so erschüttert war. Sie selbst konnte übrigens auch nicht mit ihm über den Vater sprechen.*

*Ein 17-jähriges Mädchen, dessen Mutter in der Nacht zuvor verstorben ist, geht, einem inneren Automatismus folgend, dennoch zur Schule. Sie kam zu spät und, als sie sich mit den Worten entschuldigt, dass ihre Mutter gestorben sei, fordert die Lehrerin sie auf, ihr dies auf französisch mitzuteilen, da es ja die Französischstunde sei.*

*Ein 10-jähriger Bub wird in der Ambulanz wegen Schulschwierigkeiten vorgestellt. Im Laufe des Anamnesegesprächs mit Mutter und Kind antwortet die Mutter bei der Frage nach dem Vater hektisch und aufgeregt, dass er verstorben sei. Auch die Frage an den Buben, woran er verstorben sei, wird von der Mutter schnell mit „Herzinfarkt“ beantwortet. Es war klar, dass es hier ein Problem gab. Im Gespräch mit dem Buben alleine antwortete dieser auf die Frage nach dem Vater: „Ich weiß, dass er sich vor den Zug geworfen hat, aber die Mutter weiß nicht, dass ich es weiß, und – sie wäre auch unglücklich wenn sie wüsste, dass ich es weiß!“ Somit nahm das Kind auch Rücksicht auf seine Mutter, die ihm den Suizid verheimlichte. Im sofort anschließenden gemeinsamen Gespräch konnten die beiden endlich miteinander über die Wahrheit sprechen. Freilich stand auch der bittere Vorwurf im Raum: „Warum hast Du mir nicht die Wahrheit gesagt?“*

Noch viele Beispiele könnten das Anliegen dieses Artikels bestärken. Es liegt mir fern, Erwachsene zu diffamieren, sie alle meinen es dem Kind gut oder sind selbst so schockiert, dass sie solcherart unpassende Äußerungen machen. Alle, mit denen ich nachher gesprochen habe, waren bestürzt über ihre eigenen Aussagen. Es zeigt die Angst und völlige Hilflosigkeit der Erwachsenen angesichts dieses Themas.

Immer wieder wurde ich von Krankenstationen angerufen und gebeten, Kindern mitzuteilen, dass ihre Eltern bei einem Autounfall ums Leben gekommen seien. Oftmals lagen die Kinder, selbst verletzt, tagelang im Krankenhaus und alle scheuten sich, ihnen die Wahrheit zu sagen. Oft wurde dies damit begründet, dass es den Heilungsprozess des Kindes negativ beeinflussen könnte. Die Angst, etwas „Falsches“ zu sagen, ist die rationale Begründung dafür. Immer wieder machte ich die Erfahrung, dass die Kinder letztlich erleichtert waren, dass ich mit ihnen sprach, denn sie hatten es schon geahnt, oder gewusst, obwohl es ihnen niemand gesagt hat. So bleiben sie oft mit ihren Bildern alleine.

Nicht die Konfrontation mit dem Tod eines geliebten Menschen sondern vielmehr die danach vorgefundenen Reaktionen der Umwelt entscheiden oft darüber, ob die weitere Entwicklung eines Kindes oder Jugendlichen einen gesunden oder pathologischen Verlauf nimmt.

Kinder sind abhängig von den Reaktionen der Erwachsenen!

Nun soll anhand eines ausführlichen Fallbeispiels die Unsicherheit der Erwachsenen und die Bedeutung der Beratung der Bezugspersonen dargestellt werden:

*Ein Arzt der Notfallstation rief an und ersuchte mich, so bald wie möglich einen Termin für einen 5-jährigen Buben zu geben, dessen Mutter im Endstadium eines Magenkarzinoms akut eingeliefert wurde. Die begleitende Tante mache sich große Sorgen um das Kind, da ja die Mutter bald sterben würde. Am nächsten Tag erscheinen zum vereinbarten Termin zwei Schwestern der Mutter und der Stiefvater des Kindes, das Kind selbst, den 5-jährigen Dominik, nahmen sie*

leider nicht mit. Leider deshalb, da ich meist empfehle, dass sich auch kleine Kinder vom toten Elternteil verabschieden können. Sie teilten mir mit, dass tags zuvor die Mutter des Kindes plötzlich verstorben sei. Nun wüssten sie nicht, wie sie dem Kind gegenüber reagieren sollten, da es ja noch so klein sei. Sie hätten sich überlegt, dem Kind zu sagen, dass die Mutter nun auf einer langen Reise sei. Die Erwachsenen meinten, sie wollten mit der Mitteilung warten, bis sie sich selbst besser fühlten und beruhigt hätten. Behutsam aber bestimmt sagte ich, dass dem Kind gesagt werden müsse, dass die Mutter verstorben ist und dies sogleich. Ich bemerkte, welch' große Angst ich damit auslöste. Es wurde mir mit Nachdruck versichert, dass Dominik sicherlich nicht in der Lage sei, mit seinen fünf Jahren zu begreifen, was Tot sein bedeute. Als ich fragte, ob das Kind schon Verlusterlebnisse erlitten habe, stellte sich heraus, dass sowohl ein Großvater als auch eine Großmutter bereits verstorben seien. Damals war Dominik zweieinhalb bzw. vier Jahre alt. Sie hätten ihm damals gesagt, die beiden seien im Himmel. Im weiteren Gespräch stellte sich heraus, dass Dominik immer noch warte, dass sie zurückkämen. Dies führte mich dazu zu erklären, dass der Himmel nicht irgendein vorübergehender Aufenthaltsort sei wie etwa ein Supermarkt oder ein Restaurant, sondern, dass dem Kind klargemacht werden müsse, dass wir die Toten hier auf dieser Welt nie wieder sehen werden. Der Himmel sei für uns etwas sehr Tröstliches, gleichzeitig stellt er aber für das Kind auch eine große Verunsicherung dar, wenn nicht klar gemacht wird, dass man von dort nicht wieder auf die Erde zurückkomme. Eine Tante meinte, sie möchte dem Kind sagen, die Mutter sei nun ein Engel und schaue ihm ständig zu bzw. beschütze ihn. Ich versuchte zu erklären, dass es für kein Kind angenehm sein könne, wenn es immerzu jemand beobachtet. Ich erzählte, dass mir immer wieder Kinder sagten: „Können die da oben nicht irgendwann wegschauen!“ Dies konnten die Erwachsenen lächelnd annehmen. Nach und nach fiel ihnen auch ein, dass Dominik immer wieder Fragen nach Tod, Sterben, Himmel und Friedhof stellte, die sie nur sehr ausweichend beantworteten.

Das Begräbnis wollten sie ihm auch ersparen, denn dies müsse doch ein Schock sein. Außerdem wüssten sie nicht, was sie ihm erklären sollten, da sie doch sagen werden, die Mutter sei im Himmel. Nun erklärte ich, dass es auch sehr wichtig sei, den Kindern zu sagen, dass der tote Körper in einen Sarg gelegt werde, und das, was wir Seele oder Gefühle nennen, wie aus einem alten, verfallenen Haus ausgezogen sei. Hierauf bemerkte der Stiefvater, dass Dominik immer fragte, warum sie eigentlich auf den Friedhof gingen. Einer Tante fiel auch ein, dass Dominik vor kurzem lange und interessiert einen toten Vogel betrachtete, sie ihn jedoch abzulenken versuchte und meinte, der Vogel schlafe. Nach und nach gelang es mir, den Betroffenen nahe zu bringen, wie wichtig es sei, Kindern die Wahrheit zu sagen und sie am Geschehen teilhaben zu lassen. Ich erzählte, dass mir immer wieder Kinder betrübt erklären, dass sie den Erwachsenen niemals mehr glauben würden, weil diese sie damals, angesichts des Todes angelogen hätten. Große Verunsicherung bestand auch, ob Dominik nochmals in die gemeinsame Wohnung zurückkehren sollte. Ich empfahl dringend, dass er bei der Übersiedlung mithelfen dürfe.

Eine Tante meinte auch, es wäre doch besser, den Kindergarten zu wechseln, damit Dominik nicht nach seiner Mutter gefragt werde. Hier empfahl ich, den Kindergarten nach Möglichkeit nicht zu wechseln, da es für ein Kind auch sehr wichtig sei, dass Vertrautes erhalten bliebe. Außerdem solle Dominik dabei sein, wenn die Kindergärtnerin vom Tod der Mutter erfährt. Wir sprachen noch über mögliche Reaktionen, mögliche Fragen und Antworten. Zunehmend löste sich die große Angst und Spannung. Ich bot an, bei weiteren Fragen gerne, auch telefonisch, zur Verfügung zu stehen und ermutigte nochmals, dem Kind noch am selben Tag die Wahrheit zu sagen, dabei die Krankheit auch zu benennen und zu versichern, dass sie nicht ansteckend sei, sowie dass die Ärzte den Tod der Mutter zwar nicht verhindern konnten, aber es schafften, dass sie keine Schmerzen hatte, denn dies seien wichtige Anliegen der Kinder.

*Am nächsten Tag bereits rief mich der Stiefvater an und erzählte mir, wie berührend das Gespräch mit Dominik gewesen war, ja man könnte es sogar als „schön“ bezeichnen, wenn es nicht so traurig wäre. Er meinte auch, er hätte mir nicht ganz geglaubt, dass man wirklich so mit Kindern sprechen könne. Er wolle sich auch noch im Namen der beiden Tanten bedanken. Nach dem Begräbnis, zu dem sie Dominik natürlich mitnehmen, wollten sie sich wieder melden, um mir zu berichten. Einige Wochen später meldeten sie sich wieder, baten um einen Termin, denn sie wollten mir Dominik vorstellen, damit ich feststelle, ob alles in Ordnung sei. Dominik erzählte mir, dass seine Mutter an Krebs gestorben sei, dass er jetzt bei der Tante wohne, dass er im Kindergarten den Kindern vom Begräbnis berichtet habe, dass er jetzt wisse, dass die tote Oma und Mama am Friedhof seien, aber „der Teil der lebt“ beim lieben Gott. Er erzählte mir auch, was er gerne spiele, was er einmal werden möchte etc. Ich gewann den Eindruck, dass Dominik sich im adäquaten Verarbeitungsprozess befindet, und dass er von seiner Umgebung gut dabei unterstützt wird.*

Dieses Fallbeispiel zeigt deutlich, welche große Ängste und Unsicherheiten der Tod bei Erwachsenen auslöst, wenn sie sich mit einem Kind konfrontiert sehen. Es zeigt aber auch deutlich, wie wichtig und weichenstellend klärende Gespräche sein können und, dass, wenn es gelingt, den Erwachsenen das Vertrauen in sich selbst und zu den Kindern zu stärken, wir uns als Therapeuten auch wieder überflüssig machen können. Wichtig ist, dass die Betroffenen miteinander sprechen können und Gefühle voreinander nicht verbergen.

Im Folgenden sollen nun nochmals wesentliche Punkte der begleitenden Arbeit mit Erwachsenen erläutert werden.

Zunächst, wie im Fallbeispiel gezeigt, ist es wichtig, auf die vielen Fragen einzugehen.

Eltern haben Ängste, dass sie selbst nicht stark genug sein könnten, meinen deshalb sei es besser wenig bis gar nichts zu sagen.

Es gibt aber keinen Todesfall oder Krankheitsdiagnosen, von denen Kinder nichts merken. Das Verheimlichen oder Beschönigen erschwert das Erfassen des schmerzvollen Ereignisses für das Kind, weil es mit seinen Ängsten und Fantasien alleine bleibt. So kommt zu dem Verlust oftmals noch die Einsamkeit des Kindes und die Verunsicherung über das Verhalten der Umwelt.

Eltern sind verunsichert, wenn ein Familienmitglied schwer erkrankt ist, die Kinderfragen nach Krankheit und Tod zu beantworten. Immer wieder wird gefragt, ob Kinder ans Krankenbett sollen bzw. jemanden auf der Intensivstation besuchen können. Die Frage bezüglich Teilnahme am Begräbnis, stellt immer noch für viele eine deutliche Verunsicherung dar. Ebenso verunsichert sind Erwachsene, bei Fragen der Kinder bezüglich dem, was nach dem Tod ist.

Bei diesen und ähnlichen Fragen ist selbstverständlich immer zu empfehlen, dem Kind klare und wahre Informationen zu geben. Klarheit heißt auch, dass wir alle nicht wissen, wie es nach dem Tod weitergeht und, dass es diesbezüglich verschiedene Meinungen gibt. Gleichzeitig ist aber auch darauf zu achten, dass Eltern nicht überfordert werden dürfen und zu bedenken, dass auch sie sich in einer schwierigen Situation befinden. Dies erfordert hohes Einfühlungsvermögen und Behutsamkeit. Die Ängste der Erwachsenen beziehen sich durchgehend auf die Angst, die Wahrheit zu sagen sowie eigene Gefühle zu zeigen.

Der Besuch insbesondere von kleineren Kindern auf der Intensivstation stellt nach wie vor einen großen Tabubereich dar, hier kommt der Wunsch der Erwachsenen, Kindern das Leid

zu ersparen, besonders zum Tragen. Es ist jedoch für die Verarbeitung wichtig, Kindern diesen Besuch und diese Konfrontation zu ermöglichen. Selbstverständlich müssen Kinder gut vorbereitet und begleitet werden.

Folgendes Beispiel soll dies näher erläutern:

*Die 4½-jährige Margit war eines Sonntagvormittags mit ihrer Mutter alleine zu Hause, als diese plötzlich im Badezimmer zusammenbrach und mit dem Kopf auf der Badewannenkante aufschlug. Zielsicher lief das Mädchen vier Stockwerke hinunter, läutete beim Hauswart und teilte diesem mit, dass sie dringend für ihre Mutter die Rettung brauche. Die Mutter wurde mit dem Krankenwagen abtransportiert und Margit wurde von ihrer 25-jährigen Schwester abgeholt. Montag früh kam diese mit der Kleinen an unsere Ambulanz, da Margit sehr aufgeregt war, ständig nach der Mutter fragte und diese unbedingt sehen wollte. Die große Schwester erbat Rat und Hilfestellung und äußerte selbst den Wunsch, mit Margit zur bereits klinisch toten Mutter zu gehen. Der Zutritt wurde ihr jedoch vom Stationspersonal verweigert. Fast gleichzeitig erreichte mich der Anruf eines Assistenzarztes dieser Station, der vor acht Jahren eine Vorlesung von mir besuchte, in der ich meine Überzeugung kundtat, wie wichtig der Besuch auf der Intensivstation auch für jüngere Kinder sei. Er bat mich, von dieser Tatsache auch seinen Chef zu überzeugen, um die kleine Margit zu ihrer Mutter zu lassen. In einem 10-minütigen Telefonat mit dem Klinikvorstand konnte ich die Erlaubnis erwirken. Ich bereitete Margit vor, erklärte ihr, dass ihre Mutter bereits klinisch tot sei und dass wir uns nun von ihr verabschieden werden. Ich fragte Margit, was sie der Mutter mitbringen möchte, worauf sie eine Zeichnung anfertigte und ein Stofftier aus meinem Zimmer mitnahm. In der Konfrontation mit dem Geschehen des Vortages, sprach ich auch an, wie großartig sie reagiert habe, fragte sie aber auch gleichzeitig, ob sie selbst Angst habe etwas falsch gemacht zu haben. Sie erwiderte, wieso ich denn das wisse, worauf ich antwortete, dass ich dies von den Kindern gelernt hätte. Sie meinte daraufhin sofort, sie denke, sie hätte zuerst die Platzwunde am Kopf der Mutter verbinden müssen und dann erst die Rettung holen. Dies wissend bat ich den Klinikvorstand, Margit in seiner hohen ärztlichen Autorität den Vorgang eines plötzlichen Hirntodes zu erklären, um sie von ihrer Schuld zu entlasten. Margit streichelte ihre Mutter, gab ihr einen Kuss, legte Zeichnung und Stofftier ans Bett und horchte dann aufmerksam und mit großen Augen dem Professor der Klinik zu, der ihr mit zittriger Stimme erklärte, dass ihre Mutter auch dann gestorben wäre, wenn er als Arzt daneben gestanden wäre. Er zeichnete ihr auch einen Kopf auf und erklärte ihr so anschaulich das Geschehen des plötzlichen Hirntodes. Margit strahlte ihn mit großen Augen an und war sichtlich erleichtert, nichts verabsäumt zu haben. Sie verweilte noch kurz neben ihrer Mutter und meinte, sie wolle mit mir wieder auf mein Zimmer gehen und spielen. Dort spielte sie mit Puppen die Szene nach und sagte abschließend: „Irgendwann suche ich mir eine neue Mama.“*

Diese berührende Abschiedsszene war prägend für die gesamte Station, es wurde mir anschließend vom Klinikvorstand als auch von Schwestern, Pflegern und Ärzten versichert, sie hätten noch nie von einem Patienten so einen würdigen Abschied genommen. Es hatte zur Folge, dass ein Umdenken auf dieser Station entstand. So nachhaltig kann ein kleines Mädchen, dem man den Abschied von der Mutter ermöglicht, Erwachsene beeinflussen!

Bei der Arbeit mit sterbenden Kindern ist wohl die erste Aufgabe ein Abschätzen dessen, was beim jeweiligen Kind und seiner Familie an psychischer Hilfe nötig, wünschenswert und was davon möglich ist. Die Spanne der Interventionen reicht auch hier von Akutinterventionen bei Not-situationen bis zur intensiven psychotherapeutischen Arbeit mit dem individuellen Patienten.

*Der 10-jährige Gerald wurde von einem Autobus überfahren, als er seinem Ball nachlaufen wollte. Er wurde dabei schwer verletzt und mehrmals am offenen Herzen reanimiert. Als ich zu ihm gerufen wurde, meinte er: „Lass wenigstens du mich sterben.“ Es wurde bald klar, dass er mit seiner Familie nicht über den Tod sprechen konnte. Mein Interventionsziel war, die Kommunikation in der Familie wieder herzustellen und der Familie zu helfen, diese belastende Situation auszuhalten. So war es möglich, dass Gerald seiner Mutter sagte, wo er begraben sein möchte und welche Blumen er auf seinem Grab haben will.*

Der Tod von Geschwistern stellt für die verbleibenden Kinder eine Extremlast dar. Sie erleiden praktisch einen Doppelverlust, sie verlieren vorübergehend auch ihre Eltern. Es kommt zur Veränderung aller Beziehungsstrukturen. Hier sind Gefühle von Rivalität und Schuld besonders bedeutsam, ebenso Mechanismen von Identifizierung und Ersatz. Aufgrund der Betroffenheit der Eltern sind Kinder und Jugendliche oft sehr alleine bei der Bewältigung des Geschwisterverlusts. Sie möchten einerseits stark sein für die Eltern, glauben andererseits, dass es den Eltern lieber gewesen wäre, sie selbst wären gestorben.

*Die 5-jährige Ingrid war fest davon überzeugt, dass sie ihren kleinen Bruder, der an plötzlichem Kindstod gestorben ist, mit ihren Gedanken getötet habe. Ingrid wurde im Kindergarten sehr aggressiv, schlug andere Kinder, sagte, sie möchte auch tot sein und wurde deshalb an unserer Ambulanz vorgestellt. Es war augenscheinlich, wie sehr die Eltern durch den Tod des kleinen Buben betroffen und erstarrt waren, wie sehr sie den Kleinen lebendig erhielten und wie wenig Raum sie für Ingrid hatten. Überdies unterstellten sie dem Mädchen, sie sei ohnehin froh, dass ihr Bruder gestorben sei, da sie immer auf ihn eifersüchtig gewesen sei. Ingrid erlebte sich nur mehr als tiefschuldiges, böses Mädchen. In intensiver Elternarbeit gelang es, die Reaktion Ingrids den Eltern verständlich zu machen.*

Wichtig ist, dass Erwachsene sich selbst und die Kinder in der Trauerreaktion verstehen lernen. Wichtig ist, klar zu machen, dass Kinder anders trauern als Erwachsene.

Wie sich ein Kind nach dem Tod einer Bezugsperson weiter entwickeln wird, hängt einerseits von der Gesamtpersönlichkeit des Kindes ab, und ist andererseits von der das Kind umgebende Gesamtsituation bestimmt. Zu berücksichtigen sind Alter, Entwicklungsstufe, Persönlichkeitsstruktur des Kindes, vorhandene Abwehrmechanismen, Entwicklung des Todesbegriffs, und vor allem die Information des Kindes. Ebenso bedeutend sind An- bzw. Abwesenheit beim Tod der Bezugsperson des Kindes, die Rolle der verlorenen Person im Gesamtleben des Kindes, die Art der Beziehung zwischen Verstorbenem und Kind, die Anzahl der schwerwiegenden Verluste, die das Kind bislang bewältigen musste, die Begleitumstände und die Art des Todes sowie das soziale Umfeld des Kindes und, welche Ressourcen insgesamt zur Verfügung stehen. Das Todeskonzept der verschiedenen Altersstufen entwickelt sich als Teil der allgemeinen kognitiven und emotionalen Reife, in der die Phase der Todesbegriffsentwicklung durch die Besonderheiten des kindlichen Denkens und Fühlens mitbestimmt wird, das mit seinem Begreifen der Welt eng verbunden ist.

Kinder unter 3 Jahren sprechen über Tote, als wären diese noch am Leben. Tod bedeutet für sie Abwesenheit für eine kurze Zeit.

Kinder zwischen 3 und 5 Jahren beginnen langsam, Äußerungen über den Tod zu machen, sie wollen den Tod erforschen, und stellen viele Fragen. Tod ist aber etwas, was anderen zustößt, und wird noch als ein vorübergehender Zustand verstanden, der Tote lebt für sie noch.

Für Kinder zwischen 5 und 9 Jahren wird der Tod realistischer, er ist für diese Kinder mit dem Gefühl der Trennung auf immer, und dem Gefühl des Schmerzes verbunden. Häufig wird der Tod personalisiert.

Ab 9 Jahren wird der Tod als ein Vorgang gesehen, der in uns stattfindet, und dessen wahrnehmbares Resultat die Zersetzung des menschlichen Körpers ist. Nun wissen die Kinder, dass der Tod unvermeidbar ist. Tod bedeutet für sie jetzt definitiv Trennung, Liebesverlust und Endgültigkeit.

Freilich wird die Entwicklung des Todesverständnisses durch die elterliche Einstellung, durch Kultur und Religion sowie durch konkrete Todeserfahrung beeinflusst.

Kinder trauern viel punktueller, das heißt, Gefühlsschwankungen scheinen weitaus intensiver zu sein, und in schnellerer Abfolge aufzutreten als bei Erwachsenen. Sind sie in dem einen Moment tieftraurig und weinen, suchen sie im nächsten Moment wieder Ausgleich, möchten spielen und lachen. Dies birgt die Gefahr in sich, dass Erwachsene oft der Meinung sind, das Kind trauere nicht. Manchmal verhalten sich trauernde Kinder auch übertrieben ausgelassen, übermäßig aktiv, oder aber sehr aggressiv, wobei letzteres meist zu großem Unverständnis führt, da Aggressionen selten als Trauerreaktion erkannt werden.

Oft tritt eine erhöhte Angstbereitschaft auf: Dunkelängste, Verlassenheitsängste, Angstträume und Trennungsängste sind zu beobachten. Die Angst vor einem weiteren Verlust steht meist im Vordergrund. Fast immer tritt beim Tod eines Elternteils die Angst auf, auch der zweite Elternteil könne verloren gehen. Diese Angst verschlimmert sich, wenn ein weiterer Todesfall eintritt oder aber wenn ein Elternteil erkrankt. Es tritt auch meist die Angst auf, das Kind selbst müsse auch, etwa an derselben Krankheit, sterben. Wenn das Todeserlebnis mit einem Unfall bzw. einer Katastrophe verknüpft ist, kommt es in Situationen, wo das Kind mit ähnlichen Umständen konfrontiert ist, zu massiven Angstreaktionen. Auch Schuldgefühle sind ein wesentlicher Bestandteil kindlicher Trauer und dürfen nicht unterschätzt werden. Kinder haben Angst, nicht brav genug gewesen zu sein, deshalb sei etwa die Mama an Krebs erkrankt und gestorben. Besonders bedeutend sind Schuldgefühle beim Tod von Geschwistern. Welche Geschwister streiten nicht, welches Geschwister hat nicht schon einmal das andere verwünscht, war eifersüchtig, wollte alle Zuwendung der Eltern für sich alleine. Stirbt nun das Geschwister, treten Schuldgefühle auf, die manchmal so stark sein können, dass sich Kinder mit dem eigenen Tod bestrafen möchten. Kinder, die ein Geschwister durch Tod verloren haben, sind nicht selten der Überzeugung, wie im Beispiel erwähnt, den Eltern wäre es lieber gewesen, wenn das verstorbene Kind noch lebte und es selbst gestorben wäre.

Idealisierungstendenzen des Verstorbenen treten besonders dann verstärkt auf, wenn das Kind in irgendeiner Form Schwierigkeiten hat. Dann sagen Kinder nicht selten, dass, wenn die Mutter noch leben würde, alles anders wäre, oder aber die Mutter hätte dies und jenes erlaubt. Nicht selten unterstreichen Kinder ihre Ähnlichkeit mit dem Verstorbenen, oder sie versuchen ihn nachzumachen. Teilweise zeigen Kinder Schwierigkeiten, sich an Ersatzbezugspersonen zu binden, sei es aus Angst vor einem erneuten Verlust oder aber aufgrund von Schuldgefühlen dem verstorbenen Elternteil gegenüber. Immer wieder wird von den Kindern aber auch Trauer massiv abgewehrt, z. B. indem der Tod verleugnet wird. Kinder versuchen dann, die Realität zu ignorieren und möchten auch, dass alles „normal“ weitergehen soll. Das Kind kann sich manchmal so verhalten, als ob nichts geschehen wäre. Es kann aber auch zu einer Umkehr der Affekte kommen, das heißt, mit gespielter Sorglosigkeit und Unbeschwertheit

wird die Verzweiflung übertönt. Die Umwandlung von Passivität in Aktivität hilft dem Ich über die erste Zeit hinwegzukommen. Freilich finden sich auch viele regressive Momente, das heißt ein Zurückfallen auf frühere Entwicklungsstufen. Es kann aber auch zur kognitiven Blockierung kommen, ebenso zu psychosomatischen Beschwerden, Essstörungen, Schlafstörungen und Ähnlichem mehr.

Die kindliche Verarbeitung ist abhängig vom Verhalten der Erwachsenen. Es sei betont, dass es in solch ´ akuten Krisensituationen nicht selten weitaus zielführender ist, mit den Eltern bzw. verbleibenden Bezugspersonen zu arbeiten, als mit dem Kind alleine. Sehr sinnvoll ist es auch, gemeinsam mit den Erwachsenen und dem Kind im Sinne der Krisenintervention konfrontierende, klärende Gespräche zu führen.

Krisenintervention bei Unfall, Krankheit, Sterben, Tod sollte rasch beginnen, die Bezugspersonen einbeziehen, in kindgerechter Weise die Konfrontation mit der Situation beinhalten, sollte offene Kommunikation innerhalb der Familie fördern, unterschiedliche Reaktionen und Gefühle ansprechen, ebenso wie veränderte Alltagssituationen. Wichtig ist es, Krankheit oder Todesursache zu benennen, Veränderungen bei Krankheiten zu besprechen, den Besuch im Krankenhaus bzw. auf der Intensivstation zu ermöglichen. Es gilt zu bedenken, dass Ängste abnehmen, wenn Information und Wissen zunehmen. Die Alltagsroutine ist möglichst beizubehalten, weil Gewohntes und Vertrautes Sicherheit gibt. Weitere Trennungssituationen sollen nach Möglichkeit vermieden werden, das Kind sollte immer miteinbezogen werden, Möglichkeit zum Verabschieden sollte gegeben werden. Beim Tod eines Elternteils scheint es wichtig, mit dem Kind auch darüber zu sprechen, wer nun für die faktischen Bedürfnisse des Kindes sorgen wird. So machen sich viele Kinder nach dem Tod der Mutter etwa Gedanken, wer nun für sie kochen wird bzw. nach dem Tod des Vaters Gedanken, wer nun Geld verdienen werde. Diese Fragen scheinen Angehörigen oftmals unbedeutend, stellen aber für das Sicherheitsbedürfnis des Kindes einen wesentlichen Faktor dar.

Oft ist es wichtig, die Erwachsenen zu ermutigen, selbst ihre Trauer zu zeigen, ihre Gefühle auch dem Kind mitzuteilen. Wesentlich ist, darauf hinzuweisen, dass der Trauerprozess eine Vielzahl von scheinbar widersprüchlichen Gefühlen beinhaltet, und dass sich Angst, Sehnsucht, Ohnmacht, Verzweiflung, aber auch Wut und Schuld, in verschiedensten Verhaltensweisen oder Gedanken äußern können. Wichtig scheint, den Toten nicht zu idealisieren, sondern in der Erinnerungsarbeit immer wieder auch belastende oder konfliktbesetzte Situationen aufzuzeigen. Es ist zu bedenken, dass manchmal der Tod auch eine Erleichterung darstellen kann. Auch diese Gedanken dürfen geäußert werden.

Krisenbegleitung heißt, durch die Krise durch zu begleiten und nicht daran vorbei! Das Bemühen um die Aufrechterhaltung der Dialogfähigkeit – auch in schwersten Krisen – steht an erster Stelle. Krisenarbeit ist Beziehungsarbeit.

Es ist auch zu bedenken, dass Kinder das Recht auf Wahrheit haben, ehrliche Aufklärung ist dringend angezeigt, auch wenn manchmal die Bezugspersonen erst davon überzeugt werden müssen.

Das Ereignis des Todes alleine stellt niemals die Begründung zur psychotherapeutischen Behandlung dar. Dies sei vor allem deshalb betont, da viele Erwachsene – auch Fachleute – angesichts eines Todesfalles das Kind als therapiebedürftig bezeichnen. Oft ist dies ein Zeichen von eigener Hilflosigkeit und Betroffenheit, nimmt aber nicht selten dem Kind das Vertrauen in sich selbst und lässt vor allem den Tod, der eigentlich ein sehr natürliches Ereignis ist, als

pathologisch per se erscheinen. Sehr wohl jedoch kann das Todeserlebnis Auslöser für eine zugrundeliegende Dynamik sein, dann ist eine psychotherapeutische Behandlung angezeigt, ebenso wenn Symptome und Auffälligkeiten auftreten, die mit der gesunden Trauerreaktion nicht zu vereinbaren sind.

Trauer ist die „gesunde, kreative Reaktion auf Verlust und Trennungserlebnisse“ sagt Jorgos Canacakis, griechischer Psychologe und Psychotherapeut. Kinder erweisen sich oft als besonders kreativ und können sich überaus gut symbolisch ausdrücken und auf diese Weise vieles verarbeiten, wenn man sie nur lässt. So wollte einmal ein 5-jähriges Mädchen, dass ihr der Vater von der sterbenden Mutter eine Haarlocke und von jeder Hand einen Fingernagel abschneide. Sie erklärte, dann könne sie mit der Haarlocke jederzeit mit der Mama schmeicheln und mit den Fingernägeln könne sie sie jederzeit an einer Hand nehmen.

Zusammenfassend sei gesagt:

Kinder brauchen realen Abschied, Orientierung, Stabilität, und Kontinuität. Sie brauchen einen Ort der Besinnung, aber auch trauerfreie Zonen, oftmals die Erlaubnis, auch angesichts des Todes fröhlich sein zu dürfen. Sie brauchen Rituale und Symbole der Erinnerung.

Kinder brauchen einfühlsame, sensible Erwachsene, die ihre eigenen Gefühle nicht verbergen und ehrliche Antworten geben. Sie brauchen Erwachsene, die da sind, ohne sich aufzudrängen, die das richtige Maß von Nähe und Distanz spüren, die aushalten und warten können, die Trauerreaktionen und Abwehrreaktionen verstehen und akzeptieren.

Gespräche über Tod und Sterben sollten aber auch ohne konkreten Anlass stattfinden.

Francoise Dolto, französische Kinderärztin und Psychoanalytikerin drückte es ganz einfach so aus: „Also jedes Mal, wenn wir die Gelegenheit haben, mit den Kindern über die Dinge des Lebens zu sprechen, sollten wir sie einfach so sagen, wie sie sind.“

Mit Kindern über den Tod sprechen, fordert die eigene Auseinandersetzung mit Sterben und Tod, den eigenen Erfahrungen und Gefühlen und stärkt die Vertrauensbasis mit dem Kind.



**WENN DIE WAHRHEIT ANS LICHT KOMMT:  
FAMILIENGEHEIMNISSE ALS GENERATIONSÜBERGREIFENDES  
PROBLEM FÜR KINDER**

**Univ.-Prof. Dr. Peter KAISER**  
Universität Vechta  
Arbeitsbereich Psychologie  
und Pädagogik, Dept. I – Soziale Arbeit  
Driverstraße 22  
49377 VECHTA  
DEUTSCHLAND

☎: +49 (0) 4441 15 294  
E-Mail: [Peter.kaiser@uni-vechta.de](mailto:Peter.kaiser@uni-vechta.de)  
Website: [www.profdrpeterkaiser.de](http://www.profdrpeterkaiser.de)



## Einführung

Je nach Intonation und Situation kann der Satz „wenn die Wahrheit ans Licht kommt“ bedrohlich, ängstlich oder verheißungsvoll klingen. Damit wird schon deutlich, welchen Stellenwert die Wahrheit und deren Verschleierung in unterschiedlichen Zusammenhängen haben kann. Der Wortstamm „*Heim*“ im Begriff Geheimnis ist derselbe wie in „*Heim*“ und „*Heimat*“, die beide Zuflucht und Geborgenheit bedeuten (vgl. Hutter, 2014). Geheimhaltung scheint manchmal die einzige Rettung. Die verfolgten Christen im römischen Kaiserreich z.B. hielten die zu ihrem Trost verfasste *Offenbarung* des Propheten Johannes im Buch mit den sieben Siegeln geheim. In dieser vor den Ungläubigen geheimgehaltenen Schrift wird Bestrafung der Ungerechten und Rettung der Gerechten versprochen (Apokalypse; griechisch ἀποκάλυψις = Enthüllung; Offb 8, 1 – 9; siehe Abbildung 1).



Abbildung 1: Johann Heinrich Rohr (um 1775). Jesus als apokalyptisches Lamm auf dem Buch mit den sieben Siegeln. Dommuseum Köln

Familiengeheimnisse entstehen indem die Angehörigen zur gegenseitigen Freude oder zur Vermeidung von Nachteilen und Beeinträchtigungen Realitäten verschweigen. Die Gründe für Geheimhaltung werden oft verständlicher, wenn man den *transgenerationalen Systemkontext* würdigt, in den das Geschehen eingebettet ist. Je nach familialer Konstellation fallen Inhalte, Form und Umgang mit der Geheimhaltung, und damit auch die Folgen für die Kinder, anders aus. Brisante Situationen können entstehen, wenn Geheimnisse gelüftet werden und die betroffenen Kinder unerwartet mit für sie völlig neuen Situationen konfrontiert werden, die schwere Belastungen und Verluste mit sich bringen.

Zunächst möchte ich die wesentlichen Aspekte, Funktionen und Konstellationen familialer Geheimhaltung klären, und dann weiter ausführen, wie es zur Entschleierung kommt und welche Auswirkungen sich für Kinder daraus ergeben können. Schließlich möchte ich einige Schlussfolgerungen zum praktisch-therapeutischen Umgang mit Familiengeheimnissen und den Beeinträchtigungen der Kinder und deren Angehörigen ziehen.

## Definitionen

*Geheimhaltung* ist als Coping-Strategie zu verstehen, die durch Vorenthalten von Informationen zur Steuerung von Angehörigen und *Gestaltung* eines Lebensbereichs, einer Situation oder zur *Bewältigung* eines Problems dienen soll. Als *Familiengeheimnis* lässt sich eine Information verstehen, die aus bestimmten Gründen unter bestimmten Zeitperspektiven *Tabu* ist

d. h. zurückgehalten/verschwiegen bzw. aktiv mittels *Mythen* oder *Lügen* verschleiert wird. (z. B. Imber-Black, 1995; Kaiser, 1989, 1998, 2008; Georgsson et al., 2011; Wyverkens, 2014).

### Typen von Familiengeheimnissen

Familiengeheimnisse sind danach zu unterscheiden, ob Informationen

- 1) der Familie und dem Kind *unbekannt* sind (z. B. unbekannte Erbkrankheiten, Verwechslung von Babys nach der Entbindung)
- 2) *vor dem Kind* geheimgehalten werden und die das Kind nicht wissen darf (z. B. die Spielsucht der Mutter)
- 3) dem Kind als *Mitwisser* bekannt sind und es zur Verschwiegenheit verpflichtet wurde, weil das Kind
  - a) in die Geheimhaltung aktiv einbezogen wurde (z. B. als Opfer von Misshandlung),
  - b) durch Beobachtung oder Mithören unbeabsichtigt zum Mitwisser wurde (z. B. beim Missbrauch von Geschwistern durch die Eltern).

### Inhalte

Inhaltlich ist zwischen *prosozialer* und *destruktiver* Geheimhaltung zu differenzieren: Prosozial ist ein Geheimnis, wenn es der freudigen Überraschung des Kindes dient (z. B. Geschenke). Dabei ist in Abhängigkeit vom *Entwicklungsstand* des Kindes zu entscheiden, welche Informationen zu welchem Zeitpunkt für ein Kind verstehbar und zuträglich sind. Destruktiv ist Geheimhaltung dann, wenn sich für das Kind kurz-, mittel- und langfristig nachteilige Folgen ergeben. Dies ist der Fall, wenn dem Kind oder weiteren Personen, z. B. Informationen zur biologischen Elternschaft verschwiegen werden und niemand wissen soll, dass es mit Hilfe von *Spenden* von Samen oder Eizellen entstanden ist, durch eine *Leihmutter* ausgetragen und geboren wurde (z. B. Wyverkens, 2014), oder wenn das Kind im Rahmen einer Vor- oder Nebenbeziehung gezeugt wurde (z. B. Aust, 2016; Martin, 2017; siehe Tabelle 1). Solche Informationen sind für die Eltern häufig nicht nur schmerz- und schambesetzt sondern auch konflikträftig, weil z. B. Unterhaltsansprüche oder Trennung drohen (siehe z. B. Abbildung 2).

*In Familie B (siehe Abbildung 2) gibt es mehrere Geheimnisse: Der Urgroßvater war psychotisch, der Vater als traumatisierter Kriegsveteran alkoholabhängig und sehr gewalttätig. Die Mutter hatte nach dem frühen Tod ihres ersten Kindes eine geheimgehaltene Abtreibung. Die Tochter war unerwünscht, was ebenfalls geheim gehalten wurde. Sie hatte große Probleme in der Schule und mit Paarbeziehungen; sie leidet stark unter Neurodermitis. Sie ist sehr attraktiv. Ihr erstes unerwünschtes Kind starb als Baby an einer Vergiftung, was streng geheimgehalten wird und nur ihr Bruder mitbekam. Aus einer weiteren Partnerschaft hat sie eine Tochter, die sie nach der geheimgehaltenen Geburt sofort zur Adoption freigegeben hat. Dieses Kind kennt seine Eltern nicht. Ihr jetziger Mann und ihre beiden Kinder wissen darüber nichts. Ihr jüngerer Bruder leidet darunter, fühlt sich aber nicht berechtigt, die Geheimnisse aufzudecken. Im Rahmen seiner Therapie lernt er, sich von seiner Herkunftsfamilie abzugrenzen und sich auf sein eigenes Leben und seine Lebensqualität zu konzentrieren.*

Geheimnisse	Inhalt
<b>vor dem Kind</b>	<p><b>Biologische Elternschaft</b> (<i>Spenden von Samen oder Eizellen, beendete Beziehung, Nebenbeziehung, Vergewaltigung</i>)</p> <p><b>Pränatale oder frühkindliche Vorfälle</b> (<i>Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen, Traumata, Missbrauch etc.</i>)</p> <p><b>Fremdplatzierung, Adoption</b> (<i>damit einhergehende traumatische Ereignisse; Konfrontation mit der eigenen Unfruchtbarkeit</i>)</p> <p><b>Informationen über die Familie oder Angehörige</b> (<i>Prostitution, tabuisierte Neigungen</i>)</p> <p><b>Nebenbeziehungen, Halbgeschwister</b> (<i>Wahrung des „Familienfriedens“, der Fassade etc.</i>)</p> <p><b>Krankheit, Behinderung</b> (<i>z. B. psychische Störungen., HIV; Vermeidung von Beunruhigung oder Diskriminierung</i>)</p> <p><b>Todesfälle und Todesursachen</b> (<i>z. B. Suizid, Unfall, Tötung</i>)</p> <p><b>Gefahren</b> (<i>z. B. durch Angehörige oder Mitbewohner, Nahrung, Umwelt</i>)</p> <p><b>Straftaten der Eltern</b> (<i>z. B. NS-, Stasi-, Tötungs- oder Sexualdelikte</i>)</p> <p><b>Konflikte</b> (<i>z. B. Trennung, Ressourcen;</i>)</p> <p><b>Verfehlungen von Angehörigen</b> (<i>z. B. NS- oder Stasi-Vergangenheit</i>)</p> <p><b>Intima</b> (<i>z. B. Sexualpraktiken, Paraphilien</i>)</p> <p><b>Erbschaftsregelungen</b> (<i>z. B. Enterbung, Bevorzugung anderer Erben</i>)</p> <p><b>Finanzen und Vermögen</b> (<i>z. B. Steuerdelikte, Schulden, Verluste</i>)</p> <p>+ <b>Geschenke</b></p>
<b>Mit Schweige- verpflichtung des Kindes als Mitwisser</b>	<p><b>Straftaten, Verfehlungen</b> (<i>v. a. Missbrauch, Misshandlung</i>)</p> <p><b>Konflikte</b></p> <p><b>Informationen über Familie oder Angehörige</b></p> <p><b>Nebenbeziehungen</b></p> <p><b>Nebenfamilien mit Halbgeschwistern</b></p> <p><b>Krankheiten</b></p> <p><b>Gefahren</b></p> <p><b>Erbschaftsregelungen</b></p> <p><b>Finanzen und Vermögen</b></p> <p>+ <b>Geschenke für andere</b></p>

Tabelle 1: Typen und Inhalte von Geheimnissen

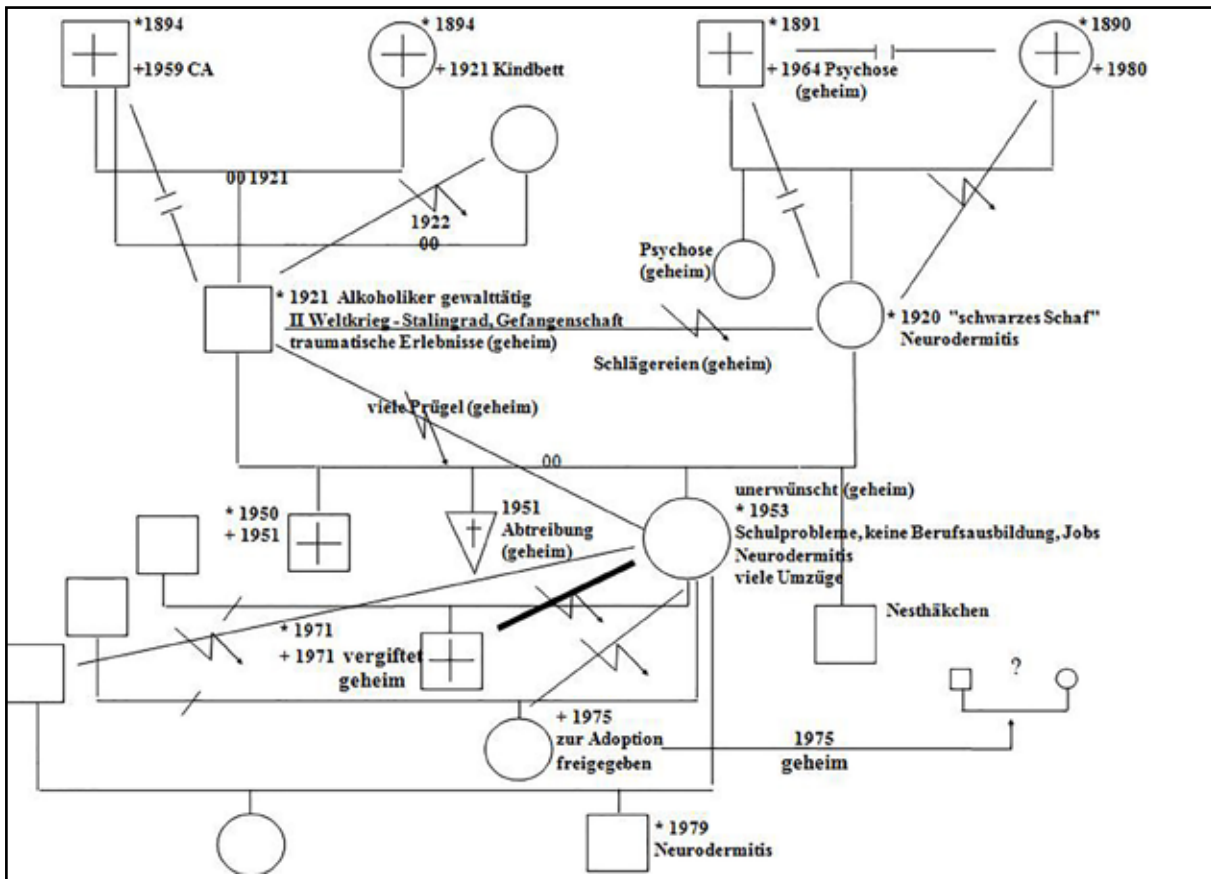


Abbildung 2: Ausschnitt aus dem Genogramm von Familie B.

Bei Geheimnissen, in die das Kind *als Mitwisser eingeweiht* ist, wird die Verschwiegenheit nicht selten eingefordert oder gar erzwungen, weil die Wahrheit riskant wäre. Dies ist vor allem bei Verfehlungen wie Gewalt oder Missbrauch häufig (siehe Abbildungen 2 und 3)

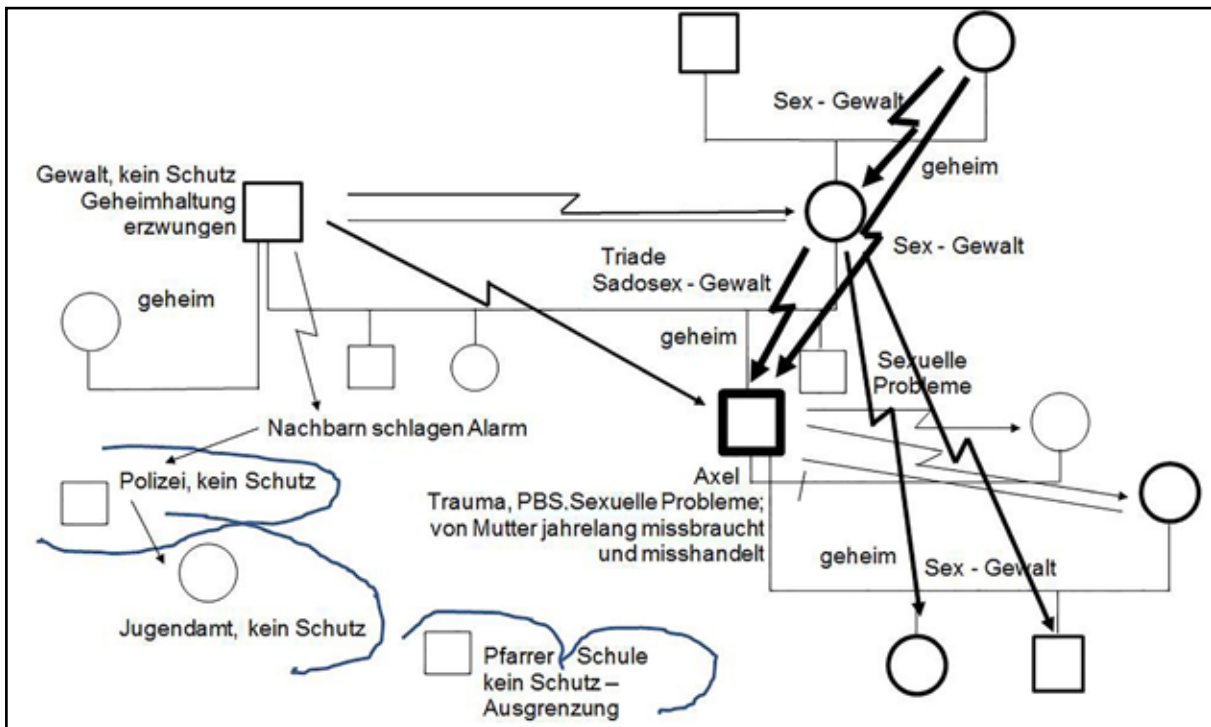


Abbildung 3: Ausschnitt aus dem Genogramm von Axel (Erläuterungen im Text)

*Axel wurde seit seiner frühen Kindheit über viele Jahre von seiner Mutter zum Geschlechtsverkehr gezwungen und körperlich misshandelt (siehe Abbildung 3). Die Ehe der Eltern war belastet, der Vater unterhielt jahrelang eine Nebenbeziehung. Als Axel sich dem Vater offenbarte, wurde dieser so gewalttätig, dass Nachbarn Polizei und Jugendamt alarmierten. Der Vater verpflichtete ihn unter schweren Drohungen zur Geheimhaltung. Später wurde Axel auch von seiner Großmutter missbraucht. Dabei wurde offenbar, dass die Mutter selbst als Kind von der Oma in ähnlicher Weise missbraucht worden war. Um das Geheimnis zu wahren, behauptete die Familie gegenüber der Polizei, Axel habe lediglich im Bett der Mutter „gespielt“. Im Dorf und in der Schule wurde erzählt, er habe seine Mutter „verführt“, weshalb er schweren Diskriminierungen ausgesetzt war. Axel war im Kindergarten und in der Schule verhaltensauffällig und isoliert. Er musste nach eigenen Aussagen seine Erfahrungen verdrängen, um in seiner Familie überleben zu können. Als Erwachsener konnte er keine körperliche Nähe, schon gar keine sexuellen Beziehungen ertragen, weshalb seine erste längere Paarbeziehung nach jahrelanger Enthaltensamkeit scheiterte. Erst danach konnte er sich auf eine Ehe einlassen und bekam zwei eigene Kinder, an denen sich Axels Mutter später auch verging. Erst danach konnte er sich an seine eigene Missbrauchsgeschichte im Rahmen einer Therapie langsam wieder erinnern und daraufhin seine Mutter zur Rede stellen. Einige Jahre später offenbarte er seine Geschichte sogar auf Internetforen und in einem Fernsehinterview.*

### **Formen der Geheimhaltung**

Wie sich an Axels Familie zeigt, kann Geheimhaltung in sehr unterschiedlicher Form geschehen (vgl. Goffman, 1969, 1974; Ferreira, 1980; Stierlin, 1973; Simon & Stierlin, 1984; Kaiser, 1989, 1998, 2008; Vangelisti, 1994; Imber-Black, 1995; Georgsson et al., 2011; Ekman, 2005, 2011; McVarish, 2016; siehe Abbildung 2 und 3). Dabei werden Selektivität und Perspektivität menschlicher Wahrnehmung genutzt. Geheimhalten lassen sich Informationen u. a. durch

- » Verdrängen
- » Unterdrücken, Ver- oder Behindern von Informationen, Verschweigen
- » Verzögern
- » Verleugnen, Lügen
- » Ablenken
- » Tarnen bzw. Verschleiern
- » Vortäuschen oder Betonieren anderer Realitäten (Mythen, Mimikry, Interpunktion, non-verbaler Ausdruck)
- » Selektive Information (Salomitaktik)
- » Verzerrern: Beschönigen, Verharmlosen
- » Beschwichtigen
- » Einschüchtern

So können z. B. Pädophile ihre sexuelle Orientierung leichter verschleiern, wenn sie als Geistliche oder Erzieher tätig sind. Damit kommen wir zu den vielfältigen Gründen, Realitäten zu verschweigen.

### **Gründe für Geheimhaltung**

Familiengeheimnisse sind Ergebnisse systemischer Interaktionen, die familiäre Kommunikation und Beziehungen nachhaltig prägen können (vgl. Goffman, 1969, 1974; Karpel, 1980; Reiss, 1981; Kaiser, 1989, 1998, 2008; Georgsson, 2011; McVarish, 2016).

Da Realitäten für einzelne Angehörige von sehr unterschiedlicher Bedeutung sein können, kann deren Geheimhaltung ebenso wie die Offenbarung einen interindividuell verschiedenen Stellenwert haben. Hierfür sind relevant:

- » Werte, Regeln, Modellvorstellungen (z. B. positiv: Überraschung oder Vermeidung von Überforderung, negativ: Tabus, Verbote)
- » innerer Widerstand bzw. Abwehr, Scham, Angst vor Versündigung
- » Schweigepflicht aus Loyalität, Diskretion
  - a) um Strukturen, Interessen oder Vorteile zu sichern (z. B. Geschäftsgeheimnisse, Erbe)
  - b) um Nachteile bzw. Belastungen zu vermeiden (z. B. Bloßstellung, Vermeidung von Überforderung)
- » erzwungene Schweigeverpflichtung (Tabus, Nötigung)
  - a) um Strukturen, Interessen oder Vorteile zu sichern (z. B. Einkommen oder Status)
  - b) um Nachteile oder Belastungen zu vermeiden (z. B. Strafverfolgung oder Demütigung)
- » Recht auf Geheimhaltung (Privatheit, Intimität)
  - a) um Strukturen, Interessen oder Vorteile zu sichern (z. B. Familienzusammenhalt)
  - b) um Nachteile bzw. Belastungen zu vermeiden (z. B. Bankgeheimnis)
- » Geheimhaltung trotz Offenbarungspflicht (Verschweigen)
  - a) um sich Verpflichtungen zu entziehen (z. B. Elternschaft, Unterhalt, medizinische Behandlung)
  - b) um sich unberechtigt Vorteile zu verschaffen (z. B. Kuckuckskinder, Verzocken des Familieneinkommens)
  - c) um Nachteile bzw. Belastungen zu vermeiden (z. B. Strafverfolgung, Familienkrisen)
- » Angst vor Ablehnung oder äußerem Widerstand (z. B. Seitensprünge)

Hier wird deutlich, dass Geheimhaltung auch zur Wahrung der systemischen Funktionsfähigkeit in Familien eingesetzt wird. Kommen wir deshalb zum Systemkontext, in dem Geheimhaltung eingesetzt wird.

### **Systemkontext der Geheimhaltung**

Die Familie ist für die meisten Menschen als wichtigste Primärgruppe von höchster Bedeutung (z. B. Wulf et al., 2014; Zerle-Elsässer & Li, 2017; AID:A II 2017). Besondere Bedeutung hat in diesem Zusammenhang die Zuständigkeit der Familie für die Befriedigung der physischen und psychischen Grundbedürfnisse ihrer Mitglieder. Dem kann eine Familie aber nur genügen, wenn sie als System hinreichend funktionsfähig ist und ihre Subsysteme und Mitglieder in allen für sie relevanten Bereichen die dort anliegenden Vorhaben und Situationen befriedigend zu bewältigen in der Lage sind (vgl. Kaiser, 1989, 2008; L'Abate, 1994; Wallerstein & Blakeslee, 2002; Schneewind, 2011; Stratton et al., 2012; Gottman & Silver, 2014; Wiegand-Grefe et al., 2016).

Wesentliche Komponenten familialer Funktionsfähigkeit sind:

- » *Familienwerte, -normen und -regeln*: Dabei sind die real praktizierten, nicht die verbal propagierten Werte von Interesse. Jene sind oft nur aus alltäglichem Verhalten zu rekonstruieren, weil sich die Angehörigen der von ihnen praktizierten Werte nur selten (voll) bewusst sind. Zumeist handelt es sich hier um symbolisch-begriffliche Steuerungselemente bzw. Schemata, deren Basiskonzepte soweit automatisiert sind, dass sie häufig nicht (mehr) bewusstseinsfähig sind (vgl. ausführlich Miller, 1978; Kaiser, 1982, 1989, 2008; Visser, 2016).

- » *Familienwissen* bezieht sich auf alle wesentlichen Fakten und Zusammenhänge, auf sachlicher wie auf psychosozialer Ebene. Familienmitglieder wissen über das jeweilige Befinden, die Bedürfnisse und Erlebnisse ihrer Angehörigen oder bestimmte Vorkommnisse etc. nicht immer gleich viel (Kaiser, 1998; Riess, 2007; Spiegel, 2012 u. a.). Aber auch auf der Ebene von metakommunikativem oder thematischem Wissen ist von hoher Unterschiedlichkeit der Familienmitglieder auszugehen. Das Wissen etwa über Wirkungen und Dynamiken von Kommunikation oder über relevante Inhalte wie Gesundheit, Kindererziehung, Ernährung, Partnerschaft etc. divergiert zwischen Familienmitgliedern oft sehr stark. Je nach Rolle und Position wirkt sich dies unterschiedlich aus. Dabei ist auch entwicklungsangemessen zu entscheiden, welche Informationen zu welchem Zeitpunkt für Kinder zuträglich sind.
- » *Modellvorstellungen und Lebenskonzepte* lassen sich verstehen als innere Arbeitsmodelle, operative Abbildsysteme oder mentale Repräsentationen über das (Zusammen-) Leben in den einzelnen Lebensbereichen (Miller et al., 1973; Kaiser, 1989, 2008; Hacker, 1998; Bretherton, 2011; Gloger-Tippelt, 2012). Diese geben wie Skripte oder Drehbücher an, wie das Leben in Partnerschaft und Familie in einzelnen Lebensbereichen und Lebensphasen nach Auffassung der Familienmitglieder auszusehen hat und welche Kriterien zu dessen Bewertung relevant sind. Familiäre Lebenskonzepte kommen u. a. in Familientraditionen, Ritualen, Vermächtnissen, Delegationen sowie in Geheimnissen zum Ausdruck und werden meist narrativ und/oder durch Schemabildung im Rahmen der Lebenspraxis von einer Generation an die nächste weitergegeben, bisweilen von Familien aber auch „neu erfunden“ (Grawe, 2004; Ong et al., 2006; Rafaeli et al., 2013; Kaiser, 1989, 2008; Banse, 2013; Thiel et al., 2014; Roelofs et al., 2015; Visser, 2016).
- » *Kommunikations-, Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen*: Das alltägliche Erleben und Handeln der Familienmitglieder wird auch durch repetitive und sich verfestigende Kommunikations-, Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen und die damit verbundenen Schemata bestimmt. Diese familialen Muster sind oft nur anhand von bestimmten Symbolen und Signalen, Mimiken oder Körperausdruck (z. B. ein bestimmtes Räuspern, eine bestimmte Stimmlage, eine wiederkehrende Metapher) erkenntlich (Ekman, 2011; Khaleque, 2013; Wulf et al., 2014; Gottman & Silver, 2014; Visser, 2016).
- » *Rollen-, Ressort- und Aufgabenverteilung*: Betrachtet man, wie die anfallenden Aufgaben in einer Familie definiert und verteilt sind, welchen Rollen und Ressorts sie zugeordnet und in welcher Weise sie von den Rolleninhabern in konkreten Kontexten ausgefüllt werden, ist etwa zu prüfen, ob z. B. Kinder Partner- oder Elternaufgaben übernehmen, Partner oder Schwiegertöchter als Kinder- oder Geschwisterersatz fungieren. Entsprechendes Geschehen wird in der Familienpsychologie als Loyalitätskonflikt, Rollenkonfusion und Rollenerwartung thematisiert und gewinnt im Rahmen des individuellen Enttäuschungsmanagements in Familien mitunter eine enorme Bedeutung. Hierbei sind die Rollenerwartungen von Angehörigen und die Rollenauffassung des Rollenträgers nicht immer deckungsgleich (vgl. Stierlin et al., 1977; Kaiser, 2008, 2013).
- » *Grenzen*: Zur Funktionsfähigkeit eines Systems sind Grenzen nach außen und zwischen den Subsystemen nach innen bedeutsam, die in Familien unterschiedlich flexibel, klar und transparent gehandhabt werden. Manche Familien neigen stärker dazu, ihre Privatsphäre abzugrenzen, mehr Zeit miteinander zu verbringen und Wert darauf zu legen, dabei ungestört zu sein. Elternsysteme unterscheiden sich darin, wie sehr sie ihre Unabhängigkeit oder Überordnung in Bezug auf die Kinder betonen oder forcieren. Grenzmanagement zählt zu den zentralen Aspekten des Familienlebens, was sich z. B. an der Inzestschranke zeigt (Levi-Strauss, 1981; Minuchin et al., 2006; Kaiser, 1989, 2008; Gergsson et al., 2011; Visser, 2016).

- » *Beziehungen*: Um die Lebenswelt einer Familie zu erkunden, ist zu fragen, wie die Angehörigen ihre Beziehungen und Bindungen erleben und gestalten sowie sich dies auf die Funktionsfähigkeit des Familiensystems auswirkt (z. B. Hinde, 1993; Schmidt-Denter, 2005; Cohen & Belsky, 2008; Gottman & Silver, 2014; Matyjas, 2014). Als wesentliche Beschreibungsdimensionen für Beziehungen werden dabei in der Literatur unter den Begriffen Reziprozität und Komplementarität, Macht, Intimität und Bindung diskutiert. Auch hier bestehen erfahrungsgemäß erhebliche Unterschiede und Diskrepanzen zwischen den Mitgliedern der Familie, die insbesondere am nonverbalen Verhalten und beim Erzählen über Beziehungen zwischen anderen Familienmitgliedern deutlich werden.
- » *Kompetenzen der Subsysteme und Angehörigen*: Im Hinblick auf die systemische Funktionsfähigkeit von Familien ist es sinnvoll zu ermitteln, wie weit die einzelnen Familienmitglieder in der Lage sind, den Anforderungen ihrer familialen Rollen und Aufgaben im Rahmen der jeweiligen Konstellation und Phase im Familienzyklus zu entsprechen (Kaiser, 1982, 1989, 2008; Khaleque, 2013). Dabei ist gegebenenfalls zu unterscheiden, welche Effekte sich für die Familie, einzelne Subsysteme und Angehörige daraus aktuell oder prospektiv ergeben. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, wie das Instrument der Geheimhaltung kompetent einzusetzen ist, wieviel Geheimhaltung nötig und sinnvoll ist und wo die Nachteile für Kinder und Jugendliche überwiegen.

Sind diese Voraussetzungen der familialen Funktionsfähigkeit nicht genügend ausgeprägt, steigt das Risiko für Funktionsstörungen und individuelle Beeinträchtigungen, die dann wiederum Einfluss auf Begründung und Auflösung von Geheimnissen haben können.

### **Einflüsse auf Geheimhaltung und den Umgang mit Geheimnissen**

Ob Familienangehörige Informationen geheimhalten oder offen legen, unterliegt vielfältigen Einflüssen, die im Einzelfall zu prüfen sind:

- » Personenmerkmale der Beteiligten (Alter und Entwicklungsstand, Persönlichkeitseigenschaften, Kompetenzen etc.)
- » Art und Qualität der Beziehungen, Loyalitäten
- » Rollen und Funktionen
- » Art und Zahl der Ausgegrenzten und Eingeweihten
- » zeitliche Perspektiven (z. B. geheimes Testament)
- » soziale Vererbung (z. B. Kommunikations-, Beziehungstraditionen)
- » subjektive Einschätzung des Geheimnisses und der Situation
- » objektive bzw. subjektiv wahrgenommene Schützbarkeit des Geheimnisses
- » Kommunikation der Eingeweihten
- » individuelle und kollektive Abwehrmechanismen
- » (mutmaßliche) Konsequenzen der Geheimhaltung
- » (mutmaßliche) Konsequenzen einer Offenbarung
- » Familienmythen, Mimikry

Hier ist zu klären, welche Kompetenzen Eltern und andere Angehörige benötigen, um so erfolgreich agieren zu können, dass Geheimhaltung überflüssig wird. Wer Informationen verschweigt, muss damit rechnen, dass die Wahrheit ans Licht kommt und dass dies Konsequenzen hat.

## **Aufdeckung von Geheimnissen**

Die Wahrscheinlichkeit, dass Geheimhaltung dauerhaft gelingt, kann sehr unterschiedlich sein (Spiegel, 2012; Powers, 2013). Ans Licht kommen Geheimnisse u. a. durch

- » Zufall
- » unzureichende Absicherung
- » Konflikte oder Versagen der Geheimnisträger
- » Wegfall der Gründe zur Geheimhaltung (z. B. Tod, Ausschaltung des Täters)
- » Änderung der Systemkonstellation (z. B. Scheidung, Abstammungstest)
- » gezielte Recherchen (z. B. nach Konflikten, Familientherapie)
- » Überwachung, Observation (z. B. Post, Handy, Überwachungskamera)
- » Hinweise von Zeugen oder Mitwissern

Kommen wir nun zu den Auswirkungen, die Geheimhaltung von Informationen und deren Offenlegung für die Kinder haben kann.

## **Auswirkungen für die Kinder**

Bei den Auswirkungen ist zunächst zu unterscheiden zwischen den Effekten der geheimgehaltenen Inhalte und der Geheimhaltung einerseits und denen der Aufdeckung des Geheimnisses andererseits (siehe Tabelle 2).

Werden wichtige Informationen zum Nachteil von Kindern geheimgehalten, muss sich dies auf Kommunikation und Beziehung auswirken, da Vorsichtsmaßnahmen erforderlich sind und eine unsichtbare Grenze zwischen Geheimnisträgern und dem Kind gezogen wird, was Distanz herstellt (z. B. Kaiser, 2008; Rosenthal & Müller, 1999; Spenderkinder.de, 2014) die Kommunikation kann dann nicht kongruent und authentisch sein, was leicht zu Vertrauens- und Bindungsproblemen führt.

Kinder, die als Mitwisser in die Geheimhaltung einbezogen sind, leiden oft sowohl unter dem Gegenstand der Geheimhaltung wie unter der Geheimhaltung selbst. Letztere wird nicht selten unter Drohungen erzwungen. Schafft die Geheimhaltung bislang die Möglichkeit ab, Hilfe von außen zu erhalten, so eröffnen sich unter Umständen neue Perspektiven für den Abbau von Missständen oder neue Möglichkeiten des Umgangs damit. Traumatische Belastungen werden möglicherweise in ihrer Tragweite erst spät offenbar, wenn traumabedingte Amnesie sich unter längerfristiger Therapie auflöst.

Geheimnisse	Inhalte	Folgen u. a.
<b>vor dem Kind</b>	Biologische Elternschaft Pränatale oder frühkindliche Vorfälle Fremdplatzierung, Adoption Informationen über die Familie Nebenbeziehungen, Nebenfamilien mit Halbgeschwistern Krankheiten Gefahren Straftaten, Verfehlungen (z. B. Missbrauch) Konflikte Erbschaftsregelungen, Finanzen, Vermögen	<b>Bei Offenbarung:</b> Verunsicherung, Selbstbildveränderung, Scham Verunsicherung von Selbst- und Familienbild Verunsicherung von Selbst- und Familienbild, Scham Verunsicherung, Veränderung des Familienbildes Verunsicherung, Veränderung des Familienbildes, Scham Verunsicherung, Selbstbildveränderung, Unterhalt Gesundheitsverhalten, Scham, Angst, Depression Verunsicherung, Risikobelastung Verunsicherung, Beziehungsstörung, Scham, Schuldgefühle Vertrauensverlust, Beziehungs-, Selbstbildveränderung Verunsicherung von Selbst- und Familienbild, Schuldgefühle
<b>Mit Schweigeverpflichtung des Kindes</b>	wie oben	wie oben + Bedrohung und Schweigegebot, Ohnmacht, Isolation  <b>Bei Offenbarung:</b> ggf. Entlastung, neue Perspektiven

Tabelle 2: Inhalte und Folgen von Geheimhaltung

Um besser zu verstehen wie sich familiäre Probleme sowie mit Geheimnissen und deren Aufdeckung verbundene Belastungen auf Entwicklung und Befinden von Kinder und Jugendlichen auswirken können, seien nun einige Befunde über hierfür relevante Bedürfnisse und Mechanismen erwähnt.

#### *Bedürfnisse, Erfahrungen und Schemata*

Die im Gehirn in eigenen neuronalen Schaltkreisen verankerten und untereinander vernetzten psychischen Grundbedürfnisse bestimmen maßgeblich wie Erfahrungen verarbeitet werden (Epstein, 2003; Grawe, 2004; Lesch, 2007). Man unterscheidet die Bedürfnisse nach Orientierung und Kontrolle, nach Lust und Unlustvermeidung, nach Bindung und nach Selbstbestätigung (siehe Abbildung 4). Sie aktivieren sich gegenseitig, wenn eines von ihnen bedroht wird. Traumatische Erfahrungen z. B. aktivieren die Bedürfnisse nach Unlustvermeidung und Kontrolle, was die Ausschüttung der Dopaminneuronen hemmt und das Lernen neuer Zusammenhänge erschwert (Grawe, 2004; Lesch, 2007; Koelsch, 2014).

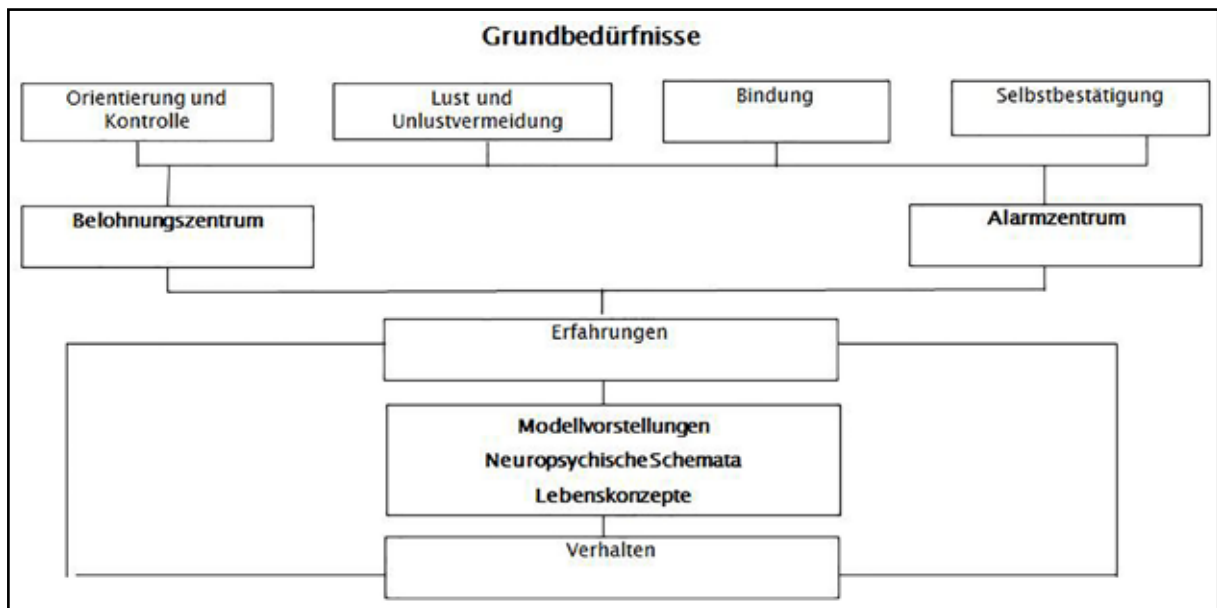


Abbildung 4: Schemabildung und Bedürfnisbefriedigung

Die direkte Verschaltung der Grundbedürfnisse mit dem Alarm- bzw. Belohnungssystem im Stammhirn über den „niederen Weg“ ohne Umweg über das Großhirn dient dem Überleben (siehe Abbildung 4 und 5): So ist bei Bedrohung blitzschnelles Reagieren mit automatisch aktivierbaren Reflexen möglich, die den Organismus flucht- oder kampfbereit machen, indem alle Energie den hierfür erforderlichen Muskelgruppen zugeführt wird. Zugleich werden momentan weniger wichtige Körperzonen wie Teile des Großhirns deaktiviert, was die Merk- und Denkfähigkeit beeinträchtigt. Das Kind verliert unter Stress „den Verstand“ wird unaufmerksam und unkonzentriert. Zugleich wird durch Rückmeldeschleifen die Amygdala weiter aktiviert, so dass sich der Stress weiter aufschaukelt. Die spezifischen neuronalen Verschaltungen werden in impliziten Gedächtnissystemen gespeichert und sind prinzipiell weder wahrnehmbar noch erinnerbar (siehe Abbildung 4 und 5).

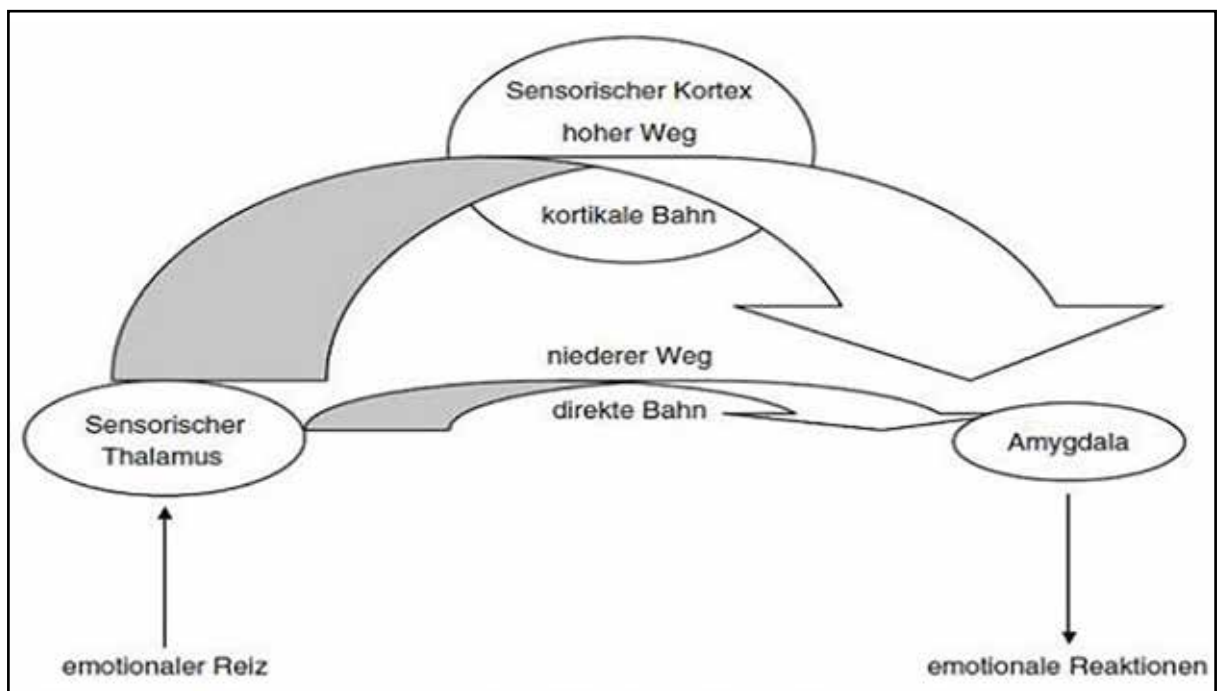


Abbildung 5: Der hohe und der niedere Weg der Informationsverarbeitung (Ledoux, 2003; Pokora, 2012)

Erfahrungen lösen über Sinneseindrücke jeweils spezifische neuronale Reaktionen aus, die sich zu komplexen neuropsychischen Netzwerken verbinden können. Werden diese wiederholt aktiviert, werden die jeweiligen neuronalen Verbindungen zu *Neuropsychischen Schemata* vernetzt (Grawe, 2004; Kaiser, 2008; Reiss & Rohrmann, 2014). Dabei handelt es sich um neuronale Schaltkreise, die als Skripts wirken und zu wiederkehrenden gleichförmigen Reaktionsmustern führen; sie enthalten

- » kognitiv-emotionale Konfigurationen
- » Ziele
- » Wissensbestände über Personen, Systeme, Beziehungen, Lebensbereiche, Situationen etc.
- » Erwartungen
- » Regieanweisungen (Skripts) über bzw. für Systeme, Beziehungen, Lebensbereiche und Situationen
- » Strategien zur Erreichung von Zielen

Je häufiger und intensiver ein Kind oder Jugendlicher kritische Erfahrungen macht bzw. traumatisiert wird, umso stärker werden die entsprechenden neuropsychischen Schemata gebahnt und eine besondere Empfindlichkeit, Erregbarkeit und erschwerte Beruhigbarkeit entwickelt („Stressgehirn“). Durch das Stresshormon Cortisol wird der Hippocampus gehemmt und das Gedächtnissystem gehindert, explizite Erinnerungen zu formulieren, was die Merk- und Denkfähigkeit beeinträchtigen kann. Die stressbedingte Glutamatausschüttung schädigt das empfindliche Hirngewebe, was zu Hippocampusschrumpfungen führen kann (LeDoux, 2003; Seidler et al., 2011; Koelsch, 2015).

Kann ein Kind durch Einbeziehung in belastende Geheimnisse oder Konfrontation mit schockierenden Realitäten, wenn Geheimnisse gelüftet werden, nicht Kontrolle über Unlust, Angst etc. erlangen, entgeht ihm ein *Kohärenzgefühl* von Überschaubarkeit, Sinnhaftigkeit und Kontrolle, und es entwickelt sich *Inkongruenz* mit Gefühlen von Kontrollverlust und Hilflosigkeit (Antonovsky, 1997; Grawe, 2004). Um sich besser zu schützen, lernt das Kind dann, auch bislang neutrale Hinweisreize in sein Frühwarnsystem einzubeziehen und reagiert mittels konditionierter Reflexe nach kurzer Zeit auch auf Reize aus dem Umfeld von Gefahrenherden. In derlei bedrohlichen oder enttäuschenden Zusammenhängen werden Kinder und Jugendliche misstrauisch und verschließen sich neuen Erfahrungen (Georgsson et al., 2011; Rosner & Steil, 2013; Loos 2015; Barboza Solís et al., 2015). So entstandene unbewusst wirksame Vermeidungsschemata formieren sich oft zu einem unsicheren *Bindungsstil* (z. B. Grawe, 2004; Georgsson et al., 2011; Wiegand-Grefe et al., 2016; Brunner, 2017). Die Betroffenen neigen schemagesteuert dazu, Beziehung auch dort zu vermeiden, wo gar keine Beeinträchtigung droht, um die Realität an ihre Modellvorstellungen anzupassen (Übertragung; z. B. Banse, 2004, 2013; Roediger et al., 2013). Sie sind später anfälliger für Selbstwertprobleme, emotionale Irritierbarkeit, Depressivität, körperliche Beschwerden, Aggressivität und Kontaktschwierigkeiten sowie unbewusste Aufträge und Wiedergutmachtungswünsche an Partner oder eigene Kinder. Langdauernde negative Bindungs- und Beziehungserfahrungen erhöhen das Risiko *psychischer Störungen*, wovon – bei Anwendung harter Kriterien – ca. ein Drittel der Gesamtbevölkerung betroffen ist (z. B. Essau et al., 1999; Erhard & Janig, 2003; Grawe, 2004; Jacobi & Harfst, 2007; TK, 2011; Seidler et al., 2011; BKK, 2012; Klütsch & Günter, 2012; McLaughlin et al., 2014; Strebeck-Fischer, 2014; Loos, 2015; Toepfer et al., 2017).

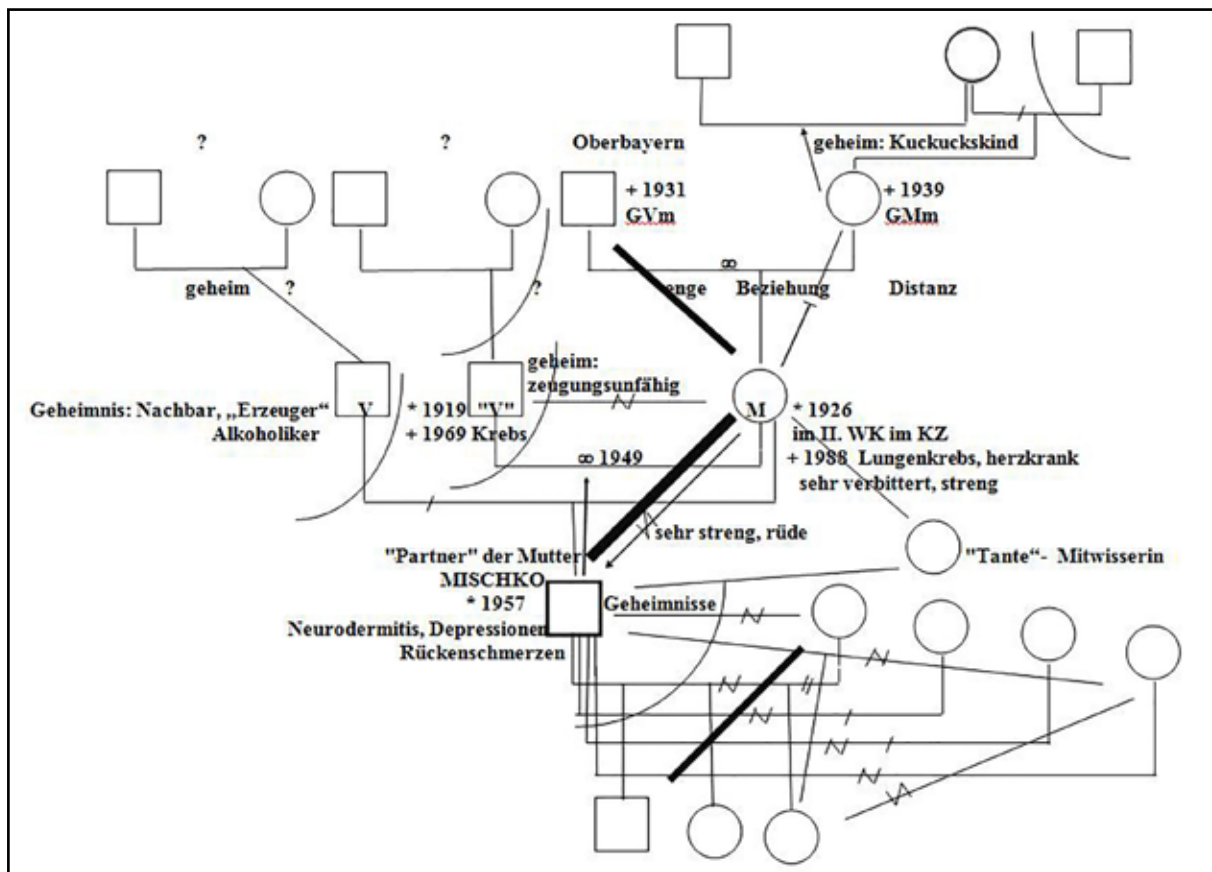


Abbildung 6: Ausschnitt aus Mischkos Genogramm

Mischko erfuhr im Alter von 58 Jahren von einer ehemaligen Nachbarin, die immer wie eine Tante für ihn war, dass sein Vater zeugungsunfähig war und er in Wirklichkeit der Sohn eines Nachbarn ist, den seine Eltern seinerzeit gebeten hatten, sie bei der Verwirklichung ihres Kinderwunsches zu unterstützen (siehe Abbildung 6). Bei seinen Recherchen stellte sich heraus, dass dieser Nachbar Alkoholiker war. Weitere Informationen ließen sich nicht finden. Diese Entdeckung stürzte ihn in eine schwere Krise, er wusste nicht mehr, wer er ist und welchen Einfluss sein unbekannter leiblicher Vater mit seinen Alkoholproblemen auf ihn und sein Leben hat. In der Therapie brauchte er über ein Jahr, um die neue Realität in sein Lebenskonzept und sein Selbstbild zu integrieren. Im Rahmen einer umfassenden Genographischen Mehrebenenanalyse und der Arbeit mit Familienskulpturen konnte er wichtige Schritte hierzu unternehmen. Dabei wurde offenbar, dass es in seiner Familie noch weitere Geheimnisse und damit verbundene Kommunikationsmuster gab: Seine Großmutter mütterlicherseits war ein Kuckuckskind, das dem Vater untergeschoben wurde.

Über die Familie seines Vaters ist wenig bekannt; der Vater starb früh an Krebs. Die Ehe der Eltern war sehr konflikthaft. Die Mutter hatte eine überenge Beziehung zu ihrem Vater und eine distanzierte Beziehung zu ihrer Mutter. Als junge Frau kam sie während des Krieges wegen politischer Aktivitäten ins Konzentrationslager, wovon sie sich nie erholte. Sie war zeitlebens sehr verbittert und kränklich; sie behandelte Mischko sehr streng. Wegen der vielen ehelichen Konflikte und besonders nach dem Tod des Vaters musste Mischko ihr den Partner ersetzen und sich um alles kümmern, weshalb er sich häufig überfordert fühlte. Mischko hatte große Schuldgefühle, als er erstmals eine eigene Partnerschaft einging. Mangels Vorbildern eines funktionalen Partnerschaftsmodells in seiner Herkunftsfamilie wusste er nicht wie Partnerschaft funktioniert. Drei wichtige Paarbeziehungen scheiterten, seine Lebensqualität war unbefriedigend. Erst mit der vierten Partnerin geht es nach Einzel- und Familientherapie besser.

Die traumatischen Schemata führen zu spezifischen Hirnstrukturen, die meist dauerhaft erhalten bleiben, was das Risiko erneuter Schemaaktivierung durch zufällige Hinweisreize dauerhaft erhöht (Vulnerabilität) und die Lebensqualität über den gesamten Lebensverlauf beeinträchtigen kann. Menschen mit ungünstigen Erfahrungen in ihren Herkunftsfamilien gehen später mit erhöhter Wahrscheinlichkeit weniger akzeptierend und empathisch mit sich, ihren Partnern und eigenen Kindern um (Goerke, 2005; Hüther, 2007; Kaiser, 2008; Bierhoff & Rohmann, 2010). So wird kritisches Familienerbe leicht von Generation zu Generation weiter getragen (Kaiser, 2008; Zerres, 2010; Yehuda, 2012; Evertz et al., 2014; Fuchs et al., 2016; Toepfer et al., 2017; Ulrich & Petermann, 2017; siehe Abbildungen 2, 3 und 6).



Abbildung 7: Lebenslange Folgen von Kindheitstraumata (Seidler et al., 2011)

Insgesamt lässt sich feststellen, dass gerade mit Geheimnissen und deren Aufdeckung verbundene belastende Kindheitserfahrungen die Entwicklung nachhaltig beeinträchtigen und zu Misserfolgen in Partnerschaft und Familie, Schule und Beruf führen können. Hierdurch steigen die Risiken für Krankheit, Behinderung und psychosoziale Probleme, was auch die Lebenserwartung senkt (siehe Abbildung 6 und 7; Rauwald, 2013; Seidler et al., 2011; Loos, 2015)

## Fazit

Geheimnisse sind nicht Ursache sondern *Symptome* der Probleme und Folgen der mangelnden familialen Funktionstüchtigkeit und fehlender Kompetenzen der Angehörigen, die sich zum Teil über Generationen zeigen. Fehlendes bzw. verloren gegangenes Vertrauen und damit verbundene Belastungen der Bindungsbeziehungen haben langfristige Auswirkungen auf die familiäre und individuelle Entwicklung bis hin zu Bindungs- und posttraumatischen Belastungsstörungen. Geheimhaltung kann Belastungen erschweren oder zusätzliche Probleme verursachen, wenn sie z. B. gewaltsam erzwungen wird. Aufdeckung kann Belastungen verringern, aber auch verschärfen und zusätzliche Probleme verursachen, wenn Lebenskonzepte und Vertrauensbeziehungen kollabieren. So entwickeln sich im Kontext kritischer Geheimnisse und deren Aufdeckung nicht selten posttraumatische Belastungsstörungen und andere psychische Beeinträchtigungen.

## Therapeutische Schlussfolgerungen

Wenn die verschleierte Wahrheiten schlimm sind und ihre Aufdeckung neue Belastungen mit sich bringt, brauchen die Kinder individuelle therapeutische Hilfe. Die Arbeit zielt darauf ab, die traumatischen auf Stressvermeidung zielenden Schemata in ihrer Wirkung abzuschwächen und alternative Schemata aufbauen zu helfen, die auf Aktivierung des Belohnungssystems ausgerichtet sind. Bei Posttraumatischen Belastungsstörungen haben sich aufgrund der guten Evidenznachweise EMDR und Kognitive Verhaltenstherapie gleichermaßen bewährt. EMDR führte aber signifikant schneller zum Ziel und ist daher noch effizienter (Rothenburg et al., 2009; Hensel, 2009; Farkas et al., 2010; De Roos et al., 2011; Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, 2014; Heedt, 2017). Diese Verfahren sollten daher eingebunden werden in

- » Krisenintervention und weitere Maßnahmen zum Schutz des Kindes, ggf. stationäre Behandlung oder Inobhutnahme (z. B. Greenberg, 2011; Gahleitner & Hahn, 2011; Rupp, 2017)
- » Traumatherapie und langfristig angelegte Gesundheits- und Entwicklungsförderung für das Kind (z. B. Georgsson et al., 2011; Greenberg, 2011; Zander, 2011; Kröger et al. 2012; Rafaeli et al., 2013; Seidler et al., 2015; Schär & Steinebach, 2015; Benkert et al., 2016; Caffaro, 2017; Heedt, 2017).

Weitere Indikationen ergeben sich zur Sanierung des Systemkontextes:

- » Genographische Mehrebenenanalyse zur Klärung transgenerationaler Zusammenhänge und Ermittlung weiterer Indikationen (Cain, 2006; Kaiser, 2008, 2015)
- » Mehrgenerationen-Familientherapie, um transgenerationale Weitergabe familialer Interaktionsmuster zu unterbrechen und Optimierung der familialen Funktionsfähigkeit, um Geheimhaltung als Interaktionsstrategie entbehrlich zu machen (Kaiser, 2008; Kleitz & Schaeffer, 2010; Henggeler et al., 2012; Wiegand-Grefe et al., 2016)
- » Tätertherapie für gewalttätige oder missbrauchende Eltern ggf. im Rahmen des Strafvollzugs oder des Maßregelvollzugs (Methoden zur Aufgabe von Verleugnung und Bagatelisierung; Empathie mit dem Opfer bzw. Opferfolgen; Modifikation von deliktfördernden Einstellungen; Methoden zur Reduktion sexuell-devianter Erregung; Rückfallvermeidung; Medikation; z. B. Rafaeli et al., 2013; Roßmanith, 2016; Schwarze & Hahn, 2016; Roth et al., 2016; Leichauer et al., 2016; Eucker, 2017)
- » Einbeziehung weiterer Systemkontexte (Jugendamt, Kinderarzt, Schule, Gemeinde u. a.; Kaiser, 2008; Henggeler et al., 2012; Weiss et al., 2015)

Jeder therapeutische Umgang mit Familien, in denen Geheimhaltung, Entschleierung und die Aufdeckung von Geheimnissen Probleme machen, benötigt einen geschützten Rahmen für alle Beteiligten, in dem sich langsam (wieder) Vertrauen entwickeln kann.

## Literatur

- AID: A II (2017). Aufwachsen in Deutschland: Alltagswelten <https://www.dji.de/index.php?id=1547>, abgerufen am 25.8.2017.
- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese, Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Ausgabe von Aleca Franke. Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis Bd.36, Verlag: Dgvt-Verlag.
- Aust, K. (2016). Das Kuckuckskind und seine drei Eltern. Dissertation München: Universität München.

- Banase, R. (2004). Adult attachment and marital satisfaction: Evidence for dyadic configuration effects. *Journal of Social and Personal Relationships*. Vol. 21(2): 273-282. DOI: 10.1177/0265407504041388.
- Banase, R. (2013). Implicit cognition and relationship processes: In: Simpson, Jeffrey A.; Campbell, Lorne (Ed.), *The Oxford handbook of close relationships*. Oxford: Oxford University Press, 475-499.
- Barboza Solís, C., Kelly-Irving, M., Fantin, R., Darnaudéry, M., Torrisani, J., Lang, T., Delpierre, C. (2015). Adverse childhood experiences and physiological wear-and-tear in midlife: Findings from the 1958 British birth cohort. *PNAS* 2015 112 (7) E738-E746; published ahead of print February 2, 2015; <http://intl.pnas.org/content/112/7/E738.full.pdf>; doi: 10.1073/pnas.1417325112 *PNAS* February 17, 2015 vol. 112 no. 7 E738-E746 (abgerufen am 11.8.2015).
- Bierhoff, H.-W. & Rohmann, E. (2010). *Psychologie des Vertrauens*. In M. Maring (Hrsg.), *Vertrauen – zwischen sozialem Kitt und der Senkung von Transaktionskosten* (71-90). Karlsruhe: KIT Scientific Publishing.
- BKK (2012). *BKK Gesundheitsreport 2011 – Zukunft der Arbeit*. Berlin: BKK Bundesverband. Band 26, <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/281898/Datei/1174/Gesundheitsreport-2011.pdf>.
- Benkert, O.; Hautzinger, M.; Graf-Morgenstern, M. (2016). *Psychopharmakologischer Leitfaden für Psychologen und Psychotherapeuten. Mit Checklisten und Antworten für Studierende*. Berlin: Springer.
- Bretherton, I. (2011). Die Geschichte der Bindungstheorie. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.). *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (6. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta, 27-49.
- Brunner, J. (2017). *Psychotherapie und Neurobiologie. Neurowissenschaftliche Erkenntnisse für die psychotherapeutische Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Caffaro, J. (2017). Treating adult survivors of sibling sexual abuse: A relational strengths-based approach. *Journal of Family Violence*, 32, 543-552.
- Cain, A. C. (2006). Parent suicide: Pathways of effects into the third generation. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 69, 3, 204-227.
- Cohen, D., Belsky, J. (2008). Individual differences in female mate preferences as a function of attachment and hypothetical ecological conditions. *Journal of Evolutionary Psychology*, 6, 25-42.
- de Roos, C., Greenwald, R., den Hollander-Gijsman, M., Noorthoorn, E., van Buuren, S., de Jongh, A. (2011). A randomised comparison of cognitive behavioural therapy (CBT) and eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) in disaster-exposed children. *Eur J Psychotraumatol*. 2011; 2: 10.3402/ejpt.v2i0.5694. Published online 2011 Apr 6. doi: 10.3402/ejpt.v2i0.5694.
- Ekman, P. (2005): *What the face reveals: Basis and applied studies of spontaneous expression using the facial acting coding system*. Oxford University Press.
- Ekman, P. (2011): *Gefühle lesen. Wie Sie Emotionen erkennen und richtig interpretieren*. Heidelberg: Spektrum.
- Epstein, S. (2003). Cognitive-experiential self-theory of personality. In Millon, T. & Lerner, M. J. (Eds), *Comprehensive Handbook of Psychology, Volume 5: Personality and Social Psychology*. Hoboken, NJ: Wiley & Sons, 159-184.
- Erhard, R. & Janig, H. (2003). *Folgen von Vaterentbehrung*. Wien. <http://www.webeducation.info/at/wp-content/uploads/downloads/Vaterentbehrung.pdf>, abgerufen am 29.7.2017.

- Essau, C. A., Conradt, J., Petermann, F. (1999): Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Jg. 27, 1999, 1, 37-45.
- Eucker, S. (2017). Sexualstraftäter. In: Müller-Isberner, Rüdiger; Born, Petra; Eucker, Sabine; Eusterschulte, Beate (Hrsg.). Praxishandbuch Maßregelvollzug. Grundlagen, Konzepte und Praxis der Kriminaltherapie. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 297-303.
- Evertz, K., Janus, L., Linder, R. (Hrsg.) (2014). Lehrbuch der Pränatalen Psychologie. Heidelberg: Mattes.
- Farkas, T., Cross R. W., Hargitt, E., Lerche, N. W., Morrow, A. L., Sestak, K. (2010). Genetic diversity and histo-blood group antigen interactions of rhesus enteric caliciviruses. *J Virol.* 2010 Sep. 84(17):8617-25. doi: 10.1128/JVI.00630-10. Epub 2010 Jun 16.
- Ferreira, A. (1980). Familienmythen. In: Watzlawick, P. & Weakland, J. H. (Eds.). Interaktion. Bern: Huber, 85-93.
- Fuchs, A., Möhler, E., Resch, F., Kaess, M. (2016). Sex-specific differences in adrenocortical attunement in mothers with a history of childhood abuse and their 5-month-old boys and girls. *Journal of Neural Transmission*, 2016, 123 (9), 1085-1094.
- Gahleitner, S. B., Hahn, G. (Hrsg.) (2011). Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Georgsson, A., Almqvist, K., Broberg, A. G. (2011). Naming the unmentionable: How children exposed to intimate partner violence articulate their experiences. *Journal of Family Violence*, Vol. 26, 117-129. DOI 10.1007/s10896-010-9349-x.
- Gloger-Tippelt, G. (Hrsg.). (2012). Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis. Bern: Huber.
- Goerke, M. (2005). Zum Zusammenhang von Bindung und Konfliktlösung in Paarbeziehungen. Bielefeld: Universität, Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft.
- Goffmann, E. (1969). Strategic Interaction. University of Pennsylvania Press.
- Goffmann, E. (1974). Frame analysis: An essay on the organization of experience. Harvard University Press.
- Gottman, J. & Silver, N. (2014). Die Vermessung der Liebe. Stuttgart: Klett-Cotta (orig. What Makes Love Last; How to Build Trust and Avoid Betrayal).
- Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Göttingen: Hogrefe. Familie Sonntag. In: Gabriele Rosenthal (Hrsg.). Der Holocaust im Leben von drei Generationen.
- Greenberg, L. S. (2011). Emotionsfokussierte Therapie. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Hacker, W. (1998). Allgemeine Arbeitspsychologie: Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten. Bern: Huber.
- Heedt, T. (2017). Psychotraumatologie. Stuttgart: Schattauer.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., Cunningham, P. B. (2012). Multisystemische Therapie bei dissozialem Verhalten von Kindern und Jugendlichen. Berlin; Heidelberg: Springer.
- Hensel, T. (2009). EMDR with children and adolescents after single-incident trauma. An intervention study. *Journal of EMDR Practice and Research*, Volume 3, Number 1, 2009.
- Hinde, R. (1993). Auf dem Wege zu einer Wissenschaft zwischenmenschlicher Beziehungen. In: Auhagen, A. E., Salisch, M. (Hrsg.). Zwischenmenschliche Beziehungen. Göttingen: Hogrefe, 7-36.
- Hüther, G. (2007). Vorgeburtliche Einflüsse auf die Gehirnentwicklung. In: Brisch, Karl-Heinz; Hellbrügge, Theodor (Hrsg.). Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta, 40-50.

- Hutter, C. (2014). Kein Sterbenswörtchen – Vom Schutz und Schatten des Schweigens. Vortrag am Bayerischen Hospiz- und Palliativtag, 17.05.2014, Regensburg.
- Imber-Black, E. (1995). Geheimnisse und Tabus in Familie und Familientherapie. Lambertus Verlag.
- Jacobi, F. & Harfst, T. (2007). Psychische Erkrankungen, Erscheinungsformen, Häufigkeit und politische Bedeutung. *Die Krankenversicherung*, 5, 1-6.
- Kaiser, P. (1982). Kompetenz als erlernbare Fähigkeit zur Analyse und Bewältigung von Lebenssituationen auf mehreren Ebenen. Oldenburg: BIS.
- Kaiser, P. (1989). Familienerinnerungen. Zur Psychologie der Mehrgenerationenfamilie. Heidelberg: Assanger.
- Kaiser, P. (1998). Familiengeheimnisse unter transgenerationaler Perspektive. In: Spitznagel, A. (Hrsg.). *Geheimnis und Geheimhaltung*. Göttingen: Hogrefe, 280-297.
- Kaiser, P. (2008). Mehrgenerationenfamilie und neuropsychische Schemata. *Therapeutische Wirkfaktoren und Wirkdimensionen*. Göttingen: Hogrefe.
- Kaiser, P. (2013). Zur Relevanz (sozial-)staatlicher Regelungen für Schwiegerbeziehungen. In: U. Fachinger (Hrsg.), *Steuerung durch Unterstützung*. Vechta: Universität Vechta.
- Karpel, M. A. (1980). Family secrets. *Family Process*. Volume 19, Issue 3, September 1980, 295-306.
- Khaleque, A. (2013). Perceived parental warmth, and children's psychological adjustment, and personality dispositions: a meta-analysis. *Journal of Child & Family Studies*, 22, 297-306.
- Klütsch, V. & Günter, R. (2012). Die mehrgenerationale Weitergabe von Traumatisierungen – empirische und familiendynamische Perspektiven. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 2012, 61 (8), 564-583.
- Kleitz, S. J., Borduin, C. M., Schaeffer, C. M. (2010). Cost-benefit analysis of multisystemic therapy with serious and violent juvenile offenders. *Journal of Family Psychology*, 24(5):657-66. doi: 10.1037/a0020838.
- Koelsch, S. (2015). Emotionen im Konflikt – neurobiologische Grundlagen. In: Fischer, Chr. (Hrsg.) *Grundlagen und Methoden der Mediation*. München: Beck, 23-42.
- L'Abate, L. (Ed.) (1994). *Handbook of family psychology and psychopathology*. New York: Wiley
- Lambert M. J. (Ed.) (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavioral change*. New York, NY: Wiley.
- LeDoux, J. (2003). *Das Netz der Persönlichkeit. Wie unser Selbst entsteht*. Düsseldorf: Patmos.
- Leichauer, K., Kling-Lourenço, P., Streb, J., Otte, S., Dudeck, M., Tippelt, S. (2016). Evaluation der Behandlung in der psychotherapeutischen Fachambulanz für Sexualstraftäter in Nürnberg. Rückfallraten in Abhängigkeit vom statischen Rückfallrisiko. In: Saimeh, Nahlah (Hrsg.), *Abwege und Extreme. Herausforderungen der Forensischen Psychiatrie*. (153-165). Berlin: MWV Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Lesch, K.-P. (2007). Linking emotion to the social brain The role of the serotonin transporter in human social behaviour. In: EUROPEAN MOLECULAR BIOLOGY ORGANIZATION, Jg. 2007, H. VOL 8 | SPECIAL ISSUE | 2007.
- Levi-Strauss, C. (1981). *Die elementaren Strukturen der Verwandtschaft*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Martin, A. (Hrsg.) (2017). *Organizational Behaviour – Verhalten in Organisationen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Matyjas, D. P. (2014). *Bindung und Partnerschaftsmodell*. Berlin: Springer.
- McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., Alves, S., Mendes, W. B. (2014). Child maltreatment and autonomic nervous system reactivity. *Psychosomatic Medicine*, 76(7), 538-546.
- McVarish, M. (2016). *The Quality of Silence: Observations of the oppressive societal factors currently obstructing child victims and adult survivors of childhood sexual abuse from reporting their abuser, within the European Union*. Scottish Government, Riaghaltas na h-Alba, gov.scot. <http://www.gov.scot/Resource/0052/00521955.pdf>, abgerufen am 20.8.2017.

- Miller, G. A., Galanter, E., Pribram, K. (1973). *Strategien des Handelns*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Miller, J. G. (1978). *Living systems*. New York: Wiley.
- Minuchin, S., Lee, W., Simon, G. M. (2006). *Mastering Family Therapy. Journeys of Growth and Transformation*. New York: Wiley.
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., Bisconti, T. L., Wallace, K. A. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 730-749.
- Pokora, F. (2012). *Ressourcen- und lösungsorientierte Beratung: Ein integratives Konzept für Therapeuten, Coaches, Berater und Trainer*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Powers, T. L. (2013). *Telling and not-telling: A classic grounded theory of sharing life-stories*. Fielding Graduate University, ProQuest Dissertations Publishing, 2013. 3599311. <https://search.proquest.com/docview/1461405354>, abgerufen am 29.7.2017.
- Rafaeli, E., Bernstein, D., Young, J. (2013). *Schematherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Rauwald, M. (2013). *Vererbte Wunden. Transgenerationale Weitergabe traumatischer Erfahrungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Reiss, N. & Rohrmann, S. (2014). Schema therapy: An innovative emotion-focused psychotherapy model. In: Mohiyeddini, Changiz (Ed.). *Advances in psychological research on health behavior*. New York: Nova Science Publishers, 71-84.
- Reiss, D. (.1981): *The family construction of reality*. Cambridge: MA (Harvard).
- Riess, N. (2007). *Familienmythen, Familiengeheimnisse, Familiengesetze*: Heidelberg: Auer.
- Rodenburg, R., Benjamin, A., Roos, C. D., Meijer, A. M., Stams, G. J. (2009). Efficacy of EMDR in children. A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 599-606.
- Roediger, E., Behary, W. T. & Zarbock, G. (2013). *Passt doch! Paarkonflikte verstehen und lösen mit der Schematherapie. Mit Online-Materialien*. Weinheim: Beltz.
- Roelofs, J., Muris, P., Lobbstaël, J. (2015). Eltern, Kind, Neurose. Acting and feeling like a vulnerable child, an internalized „bad“ parent, or a healthy person: the assessment of schema modes in non-clinical adolescents. *Journal of Personality Disorders*. [http://dx.doi.org/10.1521/pedi..015\\_29\\_209](http://dx.doi.org/10.1521/pedi..015_29_209) abgerufen am 23.2.2016.
- Rosenthal, G. & Müller, C. (1999). Die Übertragung der Schuld an die Enkel: Die Familie Sonntag. In: Gabriele Rosenthal (Hrsg.). *Der Holocaust im Leben von drei Generationen. Familien von Überlebenden der Shoah und von Nazi-Tätern*. Gießen: Edition psychosozial, 357-376.
- Rosner, R. & Steil, R.(2013). Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. In: DNP – Der Neurologe & Psychiater. Jg. 14, 2013, 1, 59-69.
- Roßmanith, S. (2016). *Frauen als Sexualstraftäterinnen: Saimeh, Nahlah* (Hrsg.), *Straftäter behandeln. Therapie, Intervention und Prognostik in der Forensischen Psychiatrie*. 235-246. Berlin: MWV Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Roth, M.; Schönefeld, V.; Altmann, T. (2016). *Trainings- und Interventionsprogramme zur Förderung von Empathie. Ein praxisorientiertes Kompendium*. Berlin: Springer.
- Rothenburg, S., Seo, E. J., Gibbs, J. S., Dever, T. E., Dittmar, K. (2009). Rapid evolution of protein kinase PKR alters sensitivity to viral inhibitors. *Nat Struct Mol Biol*, 16: 63-70.
- Rupp, M. (2017). *Notfall Seele. Ambulante Notfall- und Krisenintervention in der Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Schär, M. & Steinebach, C. (2015). *Resilienzfördernde Psychotherapie für Kinder und Jugendliche. Grundbedürfnisse erkennen und erfüllen*. Stuttgart: Schattauer.
- Schmidt-Denter, U. (2005): *Soziale Beziehungen im Lebenslauf*. Weinheim: Beltz.
- Schneewind, K. (2011). *Familienpsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwarze, C. & Hahn, G. (2016). *Herausforderung Pädophilie. Beratung, Selbsthilfe, Prävention*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.


- Seidler, G. H., Freyberger, H. J., Maercker, A. (Hrsg.) (2011). Handbuch der Psychotraumatologie. Stuttgart: Klett September 1980, 295-306.
- Simon, F. B. & Stierlin, H. (1984). Die Sprache der Familientherapie. Ein Vokabular: Überblick, Kritik und Integration systemtherapeutischer Begriffe, Konzepte und Methoden. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Spenderkinder.de (2014). [www.spenderkinder.de](http://www.spenderkinder.de), abgerufen am 10.4.2014.
- Spiegel, V. M. (2012). Black Boxes und Doublebinds. Geheimhaltung und Weitergabe von Erinnerung in Holocaust-Familien. *Familiendynamik*, 3, 2012, 178-187.
- Stierlin, H. (1973). Group Fantasies and Family Myths – Some Theoretical and Practical Aspects. *Family Process*, 12, 111-125.
- Stierlin, H., Rücker-Embsen-Jonasch, I., Wetzels, N., Wirsching, M. (1977). Das erste Familiengespräch. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stratton, P., Bland, J., Janes, E., Lask, J. (2012). Entwicklung eines Indikators zur Einschätzung des familiären Funktionsniveaus und eines praktikablen Messinstruments zur Wirksamkeit systemischer Familien- und Paartherapie: Der SCORE. In: Ochs, M.; Schweitzer, J. (Hrsg.). Handbuch Forschung für Systemiker. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 355-377.
- Streeck-Fischer, A. (2014). Trauma und Entwicklung. Frühe Traumatisierungen und ihre Folgen in der Adoleszenz. Stuttgart: Schattauer.
- Thiel, N., Tuschen-Caffier, B., Herbst, N., Külz, A. K., Nissen, C., Hertenstein, E., Gross, E., Vorderholzer, U. (2014). The prediction of treatment outcomes by early maladaptive schemas and schema modes in obsessive-compulsive disorder. *BMC Psychiatry (Online Journal)*, 14, 362. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/362/abstract>, abgerufen am 13.12.2014.
- TK (Technikerkrankenkasse; 2011): Gesundheitsreport. Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK.
- Toepfer, P., Heim, C., Entringer, S., Binder, E., Wadhwa, P., Buss, C. (2017). Oxytocin pathways in the intergenerational transmission of maternal early life stress *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2017, 73, 293-308.
- Ulrich, F. & Petermann, F. (2017). Elterliche Emotionsdysregulation als Risikofaktor für die kindliche Entwicklung. *Kindheit und Entwicklung*, 2017, 26 (3), 133-146.
- Visser, M. (2016). The impact of destructive parental conflicts on children and their families: The role of parental availability, mother-child emotion dialogues, and forgiveness. PhD, Vrije Universiteit Amsterdam.
- Vangelisti, A. L. (1994). Family secrets: Forms, functions and correlates, *Journal of Social and Personal Relationships*, Vol 11, Issue 1. 113-135.
- Wallerstein, J. S. M. Blakeslee, S. (2002): Scheidungsfolgen – Die Kinder tragen die Last. Eine Langzeitstudie über 25 Jahre. Münster: Votum Verlag.
- Weiss, B., Han, S. S., Tran, N. T., Gallop, R., Ngo, V. K. (2015). Test of „facilitation“ vs. „proximal process“ moderator models for the effects of multisystemic therapy on adolescents with severe conduct problem. *Journal of abnormal child psychology*, 2015, 43 (5), 971-983.
- Wiegand-Grefe, S., Bomba, F., Tönnies, S., Bullinger, M., Plass, Angela. (2016). Beeinflusst der elterliche Bindungsstil die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder psychisch kranker Eltern? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 65, 266-281.
- Wulf, C., Suzuki, S., Zirfas, J., Kellermann, I., Inoue, Y., Ono, F., Takenaka, N. (2014). Das Glück der Familie. Ethnographische Studien in Deutschland und Japan. Berlin: Springer.
- Wyverkens, E., Provoost, V., Ravelingien, A., De Sutter, P., Pennings, G., Buysse, A., Yehuda, R. (2014). Beyond sperm cells: a qualitative study on constructed meanings of the sperm donor in lesbian families. *Hum Reprod.* 2014 Jun;29(6):1248-54. doi: 10.1093/humrep/deu060. Epub 2014 Mar 27.

- Yehuda, R. (2012). Zur Bedeutung der Epigenetik für die Posttraumatische Belastungsstörung PTBS und ihre intergenerationale Weitergabe. In: Özkan, Ibrahim; Sachsse, U. & Streeck-Fischer, A. (Hrsg.). Zeit heilt nicht alle Wunden. Kompendium zur Psychotraumatologie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 22-38.
- Zander, M. (Hrsg.). (2011). Handbuch Resilienzförderung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Zerle-Elsäßer, C. & Li, X. (2017). Väter im Familienalltag – Determinanten einer aktiven Vaterschaft. <http://www.zeitschrift-fuer-familienforschung.de/en/home-2>, abgerufen am 25.8.2017.
- Zerres, K. (2010). Epigenetik – Vermittlung zwischen Anlage und Umwelt. Die Psychiatrie, 2010, 7 (2), 94-99.



## KINDESTÖTUNGEN IN ÖSTERREICH – WIRKT PRÄVENTION?

**Assoc.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Claudia KLIER**  
Univ.-Klinik für Kinder- u. Jugendheilkunde  
Leiterin der Pädiatrischen Psychosomatik  
Währinger Gürtel 18-20  
1090 Wien

: +43 (0) 1 40400 3232  
E-Mail: [claudia.klier@meduniwien.ac.at](mailto:claudia.klier@meduniwien.ac.at)



## Einleitung

Zur 64. Tagung der österreichischen Psychologinnen und Psychologen wurde Frau Assoc.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Claudia Klier eingeladen, um zur Prävention von Neugeborenentötungen zu referieren. Im anschließenden Workshop wurde das Thema anonyme Geburt und die Entwicklung von Kindern aus solchen Geburten im Zuge des aktuellen Forschungsprojektes von Frau Jennifer Kernreiter, BA MA vorgestellt. Bei der Tagung „Schweigen ist Silber, Reden ist Gold!“ wurde die Relevanz des Ansprechens von Überforderung oder Wut und Fantasien oder bereits erfolgten Übergriffen mit Eltern im Zusammenhang mit der Prävention von Kindstötungen hervorgehoben. Im Anschluss wurden die anonyme Geburt als beispielhafte Präventionsmaßnahme dargestellt sowie die Fragestellungen des aktuellen Forschungsprojektes.

### Filizid – wirkt Prävention?

Zu Beginn wurden die Begriffe Filizid, Infantizid und Neonatizid im Detail dargestellt. Als Filizid wird die Tötung des eigenen Kindes bis zum Alter von 18 Jahren durch die biologischen oder sozialen Eltern wie Stief-, Adoptions- oder Pflegeeltern verstanden. Unter Neonatizid wird die Tötung des Kindes innerhalb der ersten 24 Stunden bezeichnet. Infantizid ist der Begriff für die Kindstötung bis zum ersten Lebensjahr. Aktuelle Forschungsergebnisse im Jahr 2016 führten zu einer neuen Klassifikation für diese Tätergruppe, entgegen der ursprünglichen Klassifikation:

- 1) Väter begehen erweiterten Suizid (17 Prozent);
- 2) gewalttätige und impulsive Eltern (14 Prozent);
- 3) Alleinerzieher ohne Substanzabusus (35 Prozent);
- 4) prosoziale psychotische Eltern (30 Prozent);
- 5) Mütter, die Infantizid/Neonatizid verüben (28 Prozent).

Die erste Gruppe sind Väter, die ihre Kinder im Rahmen eines erweiterten Suizides töten. Diese Täter sind im Vergleich zu den anderen vier Gruppen am ältesten, sind berufstätig und verheiratet, jedoch besteht häufig das Risiko für eine Trennung, und sie sind intoxikiert. Weitere Merkmale sind vorhergehende häusliche Gewalt, die Tötungsart ist Erschießen. Die zweite Gruppe, die gewalttätigen impulsiven Eltern, haben meistens eine kriminelle Vorgeschichte, eine Bereitschaft für häusliche Gewalt, eine Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit und eine antisoziale Persönlichkeit ähnlich wie bei Mördern, sie sind häufig arbeitslos. Diese Täter töten ihre Kinder meistens durch Gewaltanwendung und die Kinder sind in der Regel jünger als ein Jahr. Die dritte Gruppe, Alleinerzieher ohne Substanzabusus, ist definiert durch geringe Impulsivität, häufig psychotische Erkrankung, 70 Prozent der Täter sind Mütter. Sie leiden öfter an Depressionen sowie Suizidgedanken und stehen häufig in Kontakt mit den Behörden bezüglich ihrer Kinder. Die vierte Gruppe sind prosoziale, psychotische Eltern. Zu deren Merkmalen: Sie sind verheiratet, weisen einen höheren Bildungsgrad auf und zeigen im Vergleich zu den anderen Gruppen am häufigsten ein psychotisches Verhalten. Es gibt keine Vorgeschichte zu häuslicher Gewalt oder eine Einbeziehung von sozialen Diensten, sie sind arbeitslos, schwierig zu identifizieren und zu 73 Prozent sind es Mütter. Die letzte Gruppe beschreibt Mütter, die Infantizid oder Neonatizid verüben. In dieser Gruppe beträgt das Durchschnittsalter 27 Jahre, somit handelt es sich um die jüngste Gruppe. Außerdem finden hier alle Neonatizide statt und es handelt sich vorwiegend um ungewollte Schwangerschaften. Generell pflegen diese Frauen keinen Kontakt zu Behörden und leiden auch nicht an Psychosen. Die Tötungsart ist meistens das Ersticken des Kindes.

Aufgrund dieser Klassifizierungskriterien können die im Folgenden angeführten Präventionsmaßnahmen für Österreich formuliert werden. Betreffend die erste Gruppe wären striktere Waffengesetze und Suizidprävention wie Informationen zu Hilfestellungen durch die Medien eine Möglichkeit. Für die zweite Gruppe könnten gezielte Therapieangebote mit dem Schwerpunkt Impulsivität hilfreich sein sowie eine flächendeckende Vernetzung der Behörden. Eine denkbare Präventionsmöglichkeit für die dritte Gruppe wären psychosoziale und finanzielle Unterstützungen für Alleinerzieher. Die vorletzte Gruppe ist wahrscheinlich am schwersten zu erreichen, hier könnten postpartale Hausbesuche und die öffentliche Reduktion vom Stigma, das psychischen Erkrankungen anhaftet, als Hilfestellungen angedacht werden. Als Maßnahmen zur Prävention für die fünfte Gruppe würden Kontrazeptionsmittel (Refundierung für sozial Benachteiligte und junge Menschen durch Krankenkassen) sowie verbesserte Optionen zu Schwangerschaftsabbrüchen wie anonyme Geburten oder Adoptionen gelten.

### **Verdrängung bzw. Negierung einer Schwangerschaft**

Aus der Literatur ist bekannt, dass negierte Schwangerschaften (eine nicht wahrgenommene bzw. verdrängte Schwangerschaft) in 1 von 475 Fällen erst nach der 20. Schwangerschaftswoche und in 11 von 27 Fällen bis zur Geburt verleugnet wird (Wessel, 2002; Brezinka, 1994). Als Ursachen für negierte Schwangerschaften liegen oft konflikthafte Partnerschaften, (abhängige) Persönlichkeitsstörungen, Verleugnung von Fruchtbarkeit, gering ausgeprägte Körperwahrnehmung, Missinterpretation oder „middle knowledge“ (Ahnung über körperliche Veränderung, jedoch will man es nicht wahrhaben) der Schwangerschaftssymptome und sexuelle Traumatisierung vor. Eine wissenschaftliche Studie zeigt, dass Ärzte im Falle einer negierten Schwangerschaft bei Patientinnen diese auch nicht diagnostizierten (Wessel, Endrikat & Kästner, 2003). Auch Ehemänner bzw. Partner nehmen selten die Schwangerschaft ihrer Partnerin wahr (Klier, Grylli, Amon, Fiala, Weizmann-Henelius, Pruitt & Putkonen, 2012). Manche negierte Schwangerschaften enden mit dem Neonatizid.

Ebenfalls wichtig zu erwähnen im Zusammenhang mit einer ungewollten Schwangerschaft ist der fetale Missbrauch. Dieser Missbrauch kann aus der Unmöglichkeit resultieren eine Schwangerschaft zu beenden. Oftmals treten solche Taten zum Zeitpunkt der ersten Bewegungen des Kindes auf, und zwar durch Schläge auf die Bauchdecke und weiterführende postpartale Misshandlungen mit möglicher Todesfolge. Beim fetalen Missbrauch in der Schwangerschaft besteht ein hohes Risiko für das Kind, ein multidisziplinärer Ansatz für das Helferteam ist notwendig (Muzik, Ads, Bonham, Rosenblum, Broderick & Kirk, 2013). Als Anhaltspunkte für betroffene Mütter können folgende Fragen gestellt werden:

- Wie haben Sie reagiert, als Sie von der Schwangerschaft erfuhren?
- Haben Sie sich manchmal gewünscht, nicht schwanger zu sein?
- Haben Sie die Kindesbewegung irritiert?
- Hatten Sie den Impuls das Kind zu schädigen?

### **Psychopathologie der Geburt**

In Fällen einer negierten oder ungewollten Schwangerschaft verläuft die Geburt häufig unter besonders herausfordernden Umständen. Als Geburtsorte können Schlafzimmer, Bad bzw. Toilette oder andere Orte zählen. Außerdem ist die Frau dabei meistens auf sich alleine gestellt. In diesen Ausnahmesituationen können folgende psychopathologische Reaktionen auftreten: Schock, massive Angst, Delir, Stupor, Zornattacke und Kollaps (Brockington, 2007). Da im Vergleich zu einer klinischen Geburt die Frau unassistent ihr Kind auf die Welt bringt, erleiden

zwei von 23 Frauen den Tod aufgrund dieser Geburtsumstände, weiters zehn von 23 Frauen schwere Blutungen (Klier et al., 2012). Als psychosoziale Faktoren bei Müttern die Neonatizid begehen, liegt häufig eine hohe Fertilitätsrate vor, in 82 Prozent der Fällen eine Negierung der Schwangerschaft, in 48 Prozent ein Kindheitstrauma, in 80 Prozent ein Mangel an Achtsamkeit im sozialen Umfeld bezüglich Schwangerschaft und Geburt. Zugleich sind keine sozioökonomischen Variablen bekannt (Klier et al., 2012). Zwischen den Frauen, die eine Schwangerschaft verdrängen und Neonatizid betreiben und jenen, die keinen begehen, finden sich mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede. Zu diesen Gemeinsamkeiten zählen sowohl die Dynamik des Negierens, als auch die Persönlichkeit der Frau. Zu diesen Persönlichkeitsmustern zählen Gemhemtheit und Introversion sowie defizitäre Kommunikationsstrategien im Zusammenhang mit Problemen oder negativen Gefühlen (Schlotz, 2009).

Als Präventionsmaßnahme zur Kindstötung in Österreich gilt die Option zur anonymen Geburt (Klier et. al., 2013). Die im Jahr 2015 veröffentlichte Studie „anonymous birth law saves babies – optimization, sustainability and public awareness“ erbrachte spezifische Erkenntnisse zur Datenlage in Österreich im Bezug zur Gesetzeslage zur anonymen Geburt (Grylli, Brockington, Fiala, Huscava, Waldhoer & Klier, 2016). Diese Erkenntnisse beziehen sich auf die Gesetzeseinführung der anonymen Geburt und Babyklappen im Jahr 2002 und stellen diese im Vergleich zu Neonatiziden bis zum Jahr 2012 dar. Seit der Einführung gingen die polizeilich gemeldeten Neonatizide in Österreich zurück, stiegen aber zuletzt wieder an, bei zunehmend fallender Zahl der anonymen Geburten. Das könnte ein weiteres Indiz für die erfolgreiche Prävention durch die anonyme Geburt sein. Besonders erwähnenswert ist der Einfluss von öffentlichen Kampagnen im Zusammenhang mit der anonymen Geburt. Wichtig wären fortführende gezielte Maßnahmen betreffend die Öffentlichkeitsarbeit, um die anonyme Geburt publik zu machen. (Farrelly, Duke, Davis, Nonnemaker, Kamyab, Willett & Juster, 2012). Häufig wird in den österreichischen Medien die Babyklappe erwähnt, dabei handelt es sich jedoch nur um circa 10 Prozent aller Babies, die dort abgegeben werden. In einer bisher unveröffentlichten Arbeit wurden in einer Medienanalyse zu Neonatiziden in österreichischen Printmedien 456 Zeitungsartikel analysiert (Klier, Eisenwort & Till, 2017). Zu den Ergebnissen dieser Arbeit zählen die geringen Erwähnungen von psychosozialen Faktoren. Der Fokus war zumeist auf strafrechtliche Aspekte gerichtet, präventive Maßnahmen wurden selten erwähnt und wenn, vor allem die Babyklappe im Vergleich zur anonymen Geburt oder Adoption angesprochen.

Auch sollten Berater regelmäßig nach Suizidalität und Tötungsimpulsen in Bezug auf die Kinder fragen, da der Alltag mit Kindern für manche Eltern eine große Herausforderung ist und zu Wut oder Verzweiflung führen kann.

Mögliche Fragen dazu können sein:

- Wie reagieren Sie auf Überforderung bzw. wie gehen Sie mit ihrer Wut um?
- Haben Sie je die Fassung verloren, als Sie auf ihr Kind wütend waren?
- Was war das Schlimmste, das Sie je mit ihrem Kind gemacht haben?
- Kann es sein, dass Sie versäumt haben, ihr Kind zu füttern oder zu beschützen?
- Haben Sie je den Impuls verspürt, ihr Kind zu töten?

Auch hierbei gilt für alle Berater in der Familienarbeit ganz im Sinne des Konferenzschwerpunktes – Reden ist Gold.

Im Workshop wurde zu anonymer Geburt, Babyklappe und Adoption referiert. Dabei wurde eine aktuelle Studie zur Entwicklung der Kinder nach anonymer Geburt oder Babyklappe in Bezug auf Bindungssicherheit, Verhaltensauffälligkeiten und Identitätsfindung, Erhebung der psychosozialen Situation der abgebenden Mütter sowie Trauma und Schwangerschaftsabnormisierung vorgestellt.

### **Was wissen wir über die Kinder?**

In Österreich gibt es die Inkognito-Adoption, die offene bzw. halb offene Adoption, die internationale Adoption sowie die Möglichkeit der Pflegschaft.

Als Richtlinie für Adoptionse Eltern und Familien gilt, die Kinder so früh wie möglich über die Tatsache der Adoption aufzuklären, wobei je nach Alter des Kindes die Auswahl der Informationen angepasst werden sollte. Diese Aufklärung kann einen positiven Einfluss auf die Identitätsentwicklung bei Adoptionskindern haben. Im Vergleich dazu ist aus einer groß angelegten amerikanischen Studie bekannt, dass rund 50-70 Prozent der Adoptionskinder nicht über ihre Herkunft aufgeklärt sind (Lycett, Daniels, Curson & Golombok, 2005).

Als guter Prädiktor für die kindliche Entwicklung sind unterstützende Familieninteraktionen relevanter als Eigenschaften der Adoptionse Eltern (offene vs. geschlossene oder homosexuelle vs. heterosexuelle Orientierung) (Grotevant & Lo, 2017). Auch bei internationalen Adoptionen kann eine frühe kindliche Aufklärung einen größeren positiven Einfluss auf das kindliche psychologische Wohlbefinden haben, als eine nach dem siebenten Lebensjahr (Ilioi, Blake, Jadvá, Roman & Golombok, 2017). Bei künstlich gezeugten Kindern (z. B. Samenspende, Eizellenspende, Embryonenadoption) wurden positive Beziehungen zwischen Eltern und Jugendlichen belegt und es bestehen keine psychopathologischen Unterschiede zwischen künstlich und natürlich gezeugten Kindern (Ilioi & Golombok, 2014).

Zu häufigen Wünschen der Betroffenen zählen Informations- und psychosoziale Betreuungsangebote, Öffentlichkeitsarbeit sowie Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme (z. B. in Form eines Briefkastens) zwischen den Spendern und den Kindern (Hammarberg, Johnson, Bourne, Fisher & Kirkman, 2014).

### **Pflegekinder und deren Entwicklung**

Die Gruppe der Pflegekinder gilt als eine gefährdete Population, meistens aufgrund der frühen Lebenserfahrungen und Umstände (Beal & Greiner, 2016). Des Weiteren ist bekannt, dass diese Kinder in schlechterer körperlicher und psychischer Verfassung sind als die Normpopulation (Turney & Wildeman, 2016). Diese Erkenntnisse können durch Faktoren wie Armut, Instabilität, Unterbrechung von Fürsorge sowie fehlenden Zugang zu Gesundheitsversorgung und öffentlichen Stellen beeinflusst werden. Aus der Studie von Turney und Wildeman (2016) ging auch hervor, dass Pflegekinder im Vergleich zur Normalpopulation häufiger Beschwerden aufweisen; zum Beispiel fünf Mal häufiger Ängste, sechs Mal häufiger Verhaltensprobleme, sieben Mal häufiger Depressionen und drei Mal häufiger das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS) sowie eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Für die Abklärung der in Frage kommenden Pflegekinder kann folgendes Screening-Instrument zum Einsatz kommen: die „Assessment Checklist for Children and Adolescents“ (Tarren-Sweeney, 2013). Der Test bietet eine Eltern-Proxy Version zur psychiatrischen Abklärung von problematischem Verhalten, Gefühlslage und Beziehungsproblemen. Die „Brief Assessment Checklist for Children and Adolescents“ ist ein weiteres Instrument das herangezogen werden kann, um Probleme im Bereich Bindung und Trauma zu erheben (Tarren-Sweeney, 2013).

## Wie beeinflusst die Adoptionsfamilie die Entwicklung?

Die Bindungsfaktoren in der Adoptionsfamilie sind ein weiterer wichtiger Faktor für die kindliche Entwicklung. Als mögliche Ursache für etwaige Anfälligkeiten für psychologische Störungen oder psychosomatische Beschwerden zählt eine unsichere und vermeidende Bindung (Fossati, Borroni, Feeney & Maffei, 2012; Marganska, Gallagher & Miranda, 2013). Schützend, stabile und autonome Eltern können eine sichere Bindung zu ihrem Kind aufbauen und dadurch Resilienzfaktoren fördern (Pace, Di Folco, Guerriero, Santona & Terrone, 2015). Somit spielen die Bindungsqualität und psychosoziale Faktoren in der aufnehmenden Familie für das Wohlergehen der Kinder eine maßgebende Rolle. Wie bereits erwähnt, ist auch hier Kommunikation ein wichtiger Einflussfaktor. Kommunikation in der Adoptionsfamilie über die Herkunft und damit verbundene Themen haben einen positiven Einfluss auf die Konfliktführung, Wahrnehmung und Belastbarkeit des Kindes (Korffo & Grotevant, 2011). Hierzu kann den Adoptionseletern vermittelt werden, dass jedes Kind ein fundamentales Recht auf Information über seine Herkunft hat (Isaksson, Skoog-Svanberg, Sydsjö, Linell & Lampic, 2016). Viele Adoptionseletern gaben als Gründe für herkunftsbezogene Informationen an, dass sie einen Wunsch nach Ehrlichkeit, Offenheit innerhalb der Familie und Vermeidung von zufälligem Erfahren bevorzugen. Als hilfreich für Adoptionseletern können Reflektionen zu den abgebenden Eltern und damit eventuell verbundenen Konflikten sein (Bonnet, 1993). Selbst in den Fällen, in denen wenig bis gar nichts zu den biologischen Wurzeln bekannt ist, kann Kommunikation über die fantasierte Herkunftsfamilie in der Adoptionsfamilie eine positive Rolle einnehmen und unterstützend sein. Eine fachliche Unterstützung wie Coaching für Adoptionseletern sollte generell ein Ansatz sein, um eine sichere Bindung, Schutz und Resilienz innerhalb der Familie zu stärken sowie auch Risiken im Entwicklungsprozess vorzubeugen (Tucker, Edelen & Huang, 2017). Für die Adoptionseletern und für Fachpersonen werden anschließend einige praktische Tipps angeführt:

Ratschläge für Adoptionseletern (Homeier & Wiemann, 2016):

1. Aktiv das Gespräch über die spezifische Lebenssituation suchen
2. Biografiearbeit mit dem Kind
3. Anerkennung der Untröstlichkeit durch die Trennung von den leiblichen Eltern
4. Verinnerlichung einer wertschätzenden inneren Haltung gegenüber der Herkunftsfamilie
5. Unterstützung der Identitätsentwicklung
6. Lösung aus Loyalitätskonflikten
7. Verständnis für die Autonomie des Kindes
8. Unterstützung der Selbstheilungskräfte des Kindes.

Ratschläge für Fachpersonen (Homeier & Wiemann, 2016; Kontaktstelle Caritas):

- Achtsamer Umgang & Reflektion
- Die leibliche Mutter hat dem Kind das Leben geschenkt
- Sie hat dafür gesorgt, dass das Kind sicher zur Welt kommt
- Sie befand sich in einer schwierigen Situation und hat einen Ausweg gefunden
- Sie hat sich gute (Ersatz-) Eltern für das Kind gewünscht

## Anonyme Geburt in Österreich

In Notlagen kann eine Frau straffrei und anonym im Krankenhaus ihr Kind entbinden. In dieser Situation wird der Frau eine anonyme medizinische Betreuung und psychologische Begleitung angeboten. Die Geburt hat denselben Ablauf wie jede andere klinische Entbindung. Zusätzlich

haben Frauen auch die Möglichkeit, anonyme Schwangerschaftsbetreuungsangebote wahrzunehmen und Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen. Anschließend an eine anonyme Geburt wird das Kind zur Adoption freigegeben. Ein wichtiger Punkt dabei ist, dass die Frau sechs Monate Zeit hat, eine Adoption rückgängig zu machen ([www.anonymegeburt.at](http://www.anonymegeburt.at), abgerufen am 9.11.2017). [Informationen zu Erfahrungsberichten aus Frankreich: Bücher von Catherine Bonnet „Geste d'Amour“ und „Les Enfants du Secret“ sowie der französische Film „La Brindille“ von Christa Théret zur anonymen Geburt.] In Österreich besteht in 82 Krankenhäusern die Möglichkeit zur anonymen Geburt, die Kosten werden durch das Bundesland oder vom Jugendamt gedeckt. Der Erlass für die anonyme Geburt und die Babyklappe wurde 2001 umgesetzt. Im Vorfeld hatte sich Folgendes ereignet: eine schwangere Frau mit Blasensprung, der in einem Spital in Wien eine Entbindung ohne der Angabe ihres Namens verwehrt wurde, wurde im Krankenhaus Korneuburg komplikationsfrei und sicher entbunden. Die Frau erhielt während und nach der Geburt Informationen zu Beratungseinrichtungen und fasste den Entschluss zu einer Inkognito-Adoption. Im Jahr 2017 hat sich die betroffene Frau bei ihrem Geburtshelfer, mit dem Wunsch nach Information zu dem Wohlergehen des Kindes, gemeldet. Pro Jahr werden rund 40 anonyme Geburten in Österreich durchgeführt (Theiretzbacher, 2017). Im Ö1-Beitrag von Ursula Theiretzbacher „Anonyme Geburt und Babyklappe als letzter Ausweg“ wurden diese Themen medial beleuchtet. Die Kontaktstelle der Caritas in der Steiermark betreut seit fünfzehn Jahren betroffene Frauen, Kinder und Adoptionseltern.

Neben der Möglichkeit zur anonymen Geburt gibt es auch die Babyklappe. In fünfzehn Krankenhäusern sind Babyklappen angebracht, um ein Neugeborenes nach einer unassistierten Geburt abzugeben. Jedoch muss kritisch angemerkt werden, dass eine Frau völlig isoliert und ohne medizinische Betreuung ihr Kind auf die Welt bringen muss, um es in eine Babyklappe legen zu können. Das bedeutet sowohl für die Mutter als auch für das Baby eine Hochrisikosituation. Ein weggelegtes Kind ist ein Findelkind. Das Jugendamt wird zum Vormund und leitet die Adoption ein. In den ersten sechs Monaten wird das Kind zur Pflege gegeben, eine Rückgabe an die Mutter ist in dieser Zeit rechtlich möglich. Nach Ablauf dieser Frist wird die Adoption abgeschlossen.

	Babyklappe	Anonyme Geburt
Vorsorgeuntersuchung	Kein Kontakt möglich	Angebot ist möglich
Geburt	Ohne medizinische Hilfe, unassistiert	Im Krankenhaus
Versorgung der Frau	Nicht möglich	Selbstverständlich
Versorgung des Kindes	Ab der Abgabe	Bereits vor der Geburt
Botschaft der Gesellschaft	Duldung der Geburt ohne medizinische Hilfe – das Kind wird akzeptiert	Annahme, Respekt & Selbstbestimmung über Hilfestellung

Tabelle 1, Übersicht Babyklappe und anonyme Geburt

## Welche Informationen gibt es zu den leiblichen Müttern?

In Frankreich wurden 739 Frauen befragt, die anonym ihre Kinder entbunden haben (Ville-neuve-Gokalp, 2011). Durch eine Kooperation des Jugendamtes mit einer privaten Adoptionsagentur und einem Forschungsteam konnten vier Profile der Mütter erstellt werden. Diese vier Profile und deren prozentuale Verteilung sind: (1) Jung und abhängig von den Eltern 25 Prozent, (2) Unabhängig 25 Prozent, (3) alleinlebend in desaströsen Verhältnissen 15 Prozent, und (4) Andere 35 Prozent. Weitere Ergebnisse waren, dass 19 Prozent aller Frauen zwischen 21 und 24 Jahren alt, 18 Prozent zwischen 25 und 29 Jahren alt waren. Zu den Beweggründen für eine anonyme Geburt gaben von der ersten Gruppe 34 Prozent die Beziehung zu dem leiblichen Vater an, davon waren 20 Prozent von ihm getrennt, 17 Prozent der Frauen gaben soziale oder ökonomische Probleme an. In der zweiten Gruppe gaben 48 Prozent als Grund die Beziehung zu dem leiblichen Vater an, 31 Prozent soziale oder ökonomische Probleme. 49 Prozent der dritten Gruppe gaben die Beziehung mit dem leiblichen Vater an, 49 Prozent berichteten von sozialen oder ökonomischen Problemen. In der vierten Gruppe gaben 43 Prozent an, dass der Grund für die anonyme Geburt die Beziehung zum leiblichen Vater war, 23 Prozent gaben soziale oder ökonomische Probleme an. Ein weiterer wichtiger Aspekt des Projektes waren Erkenntnisse zu den leiblichen Vätern. 51 Prozent der Frauen, die in keiner Beziehung mit dem Vater waren, gaben an ihn nicht informiert zu haben und 72 Prozent davon entschieden sich alleine für eine anonyme Geburt. In der Gruppe, in denen die Mutter mit dem Vater zusammen waren informierten 74 Prozent der Frauen den Mann über das ungefähre Datum der Entbindung und ihre Entscheidung zur Adoptionsfreigabe, 65 Prozent dieser Paare trafen die Entscheidung gemeinsam. Den Zeitpunkt der Feststellung der Schwangerschaft konnten 16 Prozent der Frauen angeben, davon hatten 84 Prozent keine rechtlichen Möglichkeiten mehr, eine Abtreibung durchführen zu lassen. Im Falle der Registrierung einer anonymen Geburt durch die Mutter, wurden diese in 10 Prozent der Fälle widerrufen. Auch 13 Prozent der Mütter, die ihren Namen in einem Umschlag beim Jugendamt hinterlassen hatten, widerriefen ihre Entscheidung. In 46 Prozent aller anonymen Geburten bestehen keine Möglichkeiten für die Kinder, ihre biologischen Wurzeln kennen zu lernen.

## Aktuelles Forschungsprojekt

Die Weglegung eines Neugeborenen oder dessen Freigabe zur Adoption, ist immer eine kritische Situation für die leibliche Mutter sowie für alle involvierten öffentlichen Stellen, z. B. klinische Abteilungen für Geburtshilfe oder Kinderkliniken, das Amt für Jugend und Familie und entsprechende Beratungsstellen. Im Besonderen gilt das für die Abgabe eines Neugeborenen in einer Babyklappe, das Zurücklassen des Kindes im Krankenhaus oder eine Übertragung der Obsorge an das Amt für Jugend und Familie, wenn die Mutter sich für eine anonyme Geburt entschieden hat. Die Zahl dieser Kinder beläuft sich in Österreich auf aktuell ca. 420, seit dem im Jahr 2001 der Erlass zur anonymen Geburt und Babyklappe herausgegeben wurde<sup>1</sup>. Jährlich kommen etwa 30 bis 40 Kinder dazu. Der Erlass wird österreichweit seit 2002 umgesetzt und wurde durch die österreichische Bioethikkommission 2010 bestätigt<sup>2</sup>. Mit Ausnahme von Frankreich gibt es die Möglichkeit zur anonymen Geburt neben Österreich nur in Luxemburg,

---

<sup>1</sup> Erlass vom 27. Juli 2001 über Babynest und anonyme Geburt in Österreich: Art.II Z 7 des Bundesgesetzes BGBl.I Nr.19/2001 wurde § 197 StGB, der das Verlassen eines Unmündigen unter gerichtliche Strafe stellte, mit 7. März 2001 aufgehoben. Bericht des Justizausschusses des Nationalrats zur Aufhebung des § 197 StGB (404 BlgNR 21. GP). Genauer Wortlaut siehe <http://www.anonyme-geburt.at/Erlass.html>, abgerufen am 9.11.2017.

<sup>2</sup> Entsprechende Meldung siehe: [http://www.bka.gv.at/site/cob\\_38210/currentpage\\_7/6893/default.aspx](http://www.bka.gv.at/site/cob_38210/currentpage_7/6893/default.aspx), abgerufen am 9.11.2017.

Italien und dort auch erst seit den 1990er-Jahren. Allerdings gibt es trotz der zugestandenen Möglichkeit nicht überall entsprechende gesetzliche Detailregelungen<sup>3</sup>. In Österreich wurde die Möglichkeit zur anonymen Geburt hingegen sofort in eine umfassende gesetzliche Regelung eingebettet, weshalb die über diesen Bereich gewonnenen Daten hohe internationale Relevanz haben. Sie beinhalten die Hintergründe und Motive jener Mütter, die von der Option zur anonymen Geburt Gebrauch machen; eine Gruppe, die aufgrund der Anonymität nur indirekt über die zuständigen Betreuer zugänglich ist, wird erstmalig in Österreich untersucht. Wenn es spezifische Einflussfaktoren auf das kindliche Verhalten dieser besonderen Gruppe von Kindern gibt, stellt sich die Frage, welche Einflussfaktoren das im Besonderen sein könnten.

### **Abgebende Mütter**

Die Frauen werden anhand eines Fragebogens durch unsere Psychologin befragt. Die Fragen betreffen Informationen zur anonymen Geburt, Möglichkeiten für Hilfestellungen, Schwangerschaft, Geburt und Gesundheit des Neugeborenen, demographische Daten (Nationalität, Gesundheit, Ausbildung, Beruf, Wohnsituation, Einkommen, Anzahl von Kindern), Kontakt zur Familie, Partnerschaft, Beziehung zum Kindsvater, Gewalterfahrungen, und Entscheidungsfindung. Diese Informationen sollen mehr Einblick in die besonderen Umstände der Frauen bieten.

### **Kinder, Jugendliche und Adoptionsfamilien**

Die Familien sollen nach ihren spezifischen Bedürfnissen befragt werden, die sich aus der Situation der Anonymität für sie selbst und ihre Kinder ergibt. Die Befindlichkeit der Kinder der teilnehmenden Familien soll über die Befragung der Adoptiveltern erhoben werden. Die Adoptiveltern werden zu ihren eigenen Bindungserfahrungen und Bedürfnissen im Zusammenhang mit der speziellen Situation der Adoption nach Anonymität interviewt. Die Fragebogenbatterie beinhaltet:

- CBCL 4-18, Child Behavior Checklist
- BSI, Brief Symptom Inventory
- STAI, Strait and Trait Anxiety Inventory
- SDQ, Strengths and Health Questionnaire
- DCI, Dyadic Coping Inventory
- BDI-2, Beck Depression Inventory-2nd Edition
- ECR-RD, Experiences in Close Relationships
- VASQ, Vulnerable Attachment Style Questionnaire.

Das Ziel des Projektes ist es, Strategien zur Unterstützung wie einen webbasierten Informationsleitfaden und Workshop-Angebote für die Familien zur Verfügung zu stellen. Den damit befassten Beratungsstellen, die in jedem Bundesland von unterschiedlichen Trägern eingerichtet wurden, sollen eine Vernetzung und Weiterbildungsmöglichkeiten angeboten werden.

---

<sup>3</sup> Damit sind sowohl Regelungen zur Betreuung der abgebenden Mütter vor, während und nach der Geburt gemeint, als auch Regelungen bezüglich der Kinder und ihrer Adoptivfamilien.

## Workshops für Adoptionseletern

Im Rahmen dieser Forschungsarbeit werden für Adoptionseletern Workshops bzw. Informationsabende organisiert, um sie für das Thema anonyme Geburt zu sensibilisieren. Diese Veranstaltungen haben das Ziel, informativ und unterstützend für bestehende und zukünftige Erziehungsberechtigte dieser speziellen Gruppe von Kindern und Jugendlichen zu sein. Die Workshop-Leitung übernimmt Frau Jennifer Kernreiter, BA MA, Psychologin und systemische Psychotherapeutin i. A. u. S. mit Erfahrungen in der psychosozialen Betreuung von Kindern, Jugendlichen und deren Familien an der tagesklinischen Station für Psychosomatik. Die Workshops zielen darauf ab das Thema der anonymen Geburt zu erörtern sowie Gesprächsräume anzubieten, um konkrete Fragen und Anliegen zu besprechen und etwaige Hilfestellungen anbieten zu können. Gezielte Schwerpunkte beinhalten: Überblick und Geschichte, anonyme Geburt in Österreich, die Situation der Mütter sowie der Kinder und deren Adoptionseletern im Alltag. Das Anliegen ist es, mit den Jugendämtern in ganz Österreich zusammenzuarbeiten, um eine flächendeckende Erhebung und Umsetzung des Beratungsangebotes zu ermöglichen.

## Mögliches Szenario einer Kooperation mit den österreichischen Jugendämtern

Für die in Frage kommenden Familien wird an die Jugendamts-Mitarbeiter ein Dokumentenpaket versendet. Dieses beinhaltet: Informationsblätter zur Studie, Anschreiben an die Familien, Einwilligungserklärungen, Fragebögen, Kuverts für den Versand und Rücksendekuverts. Für den Versand werden ausreichend Kuverts und Rücksendekuverts sowie Briefmarken zur Verfügung gestellt. Die Familien werden eingeladen, an der Studie teilzunehmen und erhalten das Dokumentenpaket vom Jugendamt. Im Anschreiben werden die Studie, die Teilnahme und der Ablauf erklärt. Wenn die Familie an der Studie teilnimmt, kann sie anhand des Rücksendekuverts die Dokumente direkt an die Studienleitung senden.

Für die abgebenden Mütter steht der Link für den Fragebogen auf unserer Homepage [www.anonymegeburt.at](http://www.anonymegeburt.at), abgerufen am 9.11.2017, zum Download zur Verfügung. Weiters besteht im Großraum Wien das Angebot, die abgebenden Mütter sowohl zu beraten als auch zu interviewen, wenn möglich bereits während der Schwangerschaft. Zu finden sind alle Information auf der Homepage: [www.anonymegeburt.at](http://www.anonymegeburt.at).

## Literatur

- Beal, S. & Greiner, M. (2016). Children in Nonparental Care: Health and Social Risks. *Pediatric Research*, 184-90.
- Brezinka, C., Huber, O., Biebl, W. & Kinzl, J. (1994). Denial of Pregnancy: Obstetrical Aspects. *Journal of Psychosomatic Obstetrical Gynecology*, 1-8.
- Brockington, I. (2007). Parturient Delirium and Stupor. *Archives of Women's Mental Health*, 33-34.
- Brown, A. & Whiteside, S. (2008). Relations Among Perceived Parental Rearing Behaviors, Attachment Style, and Worry in Anxious Children. *Journal of Anxiety Disorders*, 263-72.
- Bonnet, C. (1993). Adoption at Birth: Prevention Against Abandonment or Neonaticide. *Child Abuse & Neglect*, 501-513.
- Bundeskanzleramt, Rechtsvorschrift für Waffengesetz, <https://www.ris.bka.gv.at/Geltende-Fassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10006016>, 1996 (abgerufen am 6.10.2017).

- Farelly, M., Duke, J., Davis, K., Nonnemaker, J., Kamyabi, K., Willet, J. & Juster, H. (2012). Promotion of Smoking Cessation With Emotional and/or Graphic Advertising. *American Journal of Preventive Medicine*, 475-485.
- Feast, J. (2003). Using and not Losing the Messages From the Adoption Experience for Donor-Assisted Conception. *Human Fertility (Cambridge)*, 41-45.
- Fossati, A., Borroni, S., Feeney, J. & Maffei, C. (2012). Predicting Borderline Personality Disorder Features From Personality Traits, Identity Orientation, and Attachment Styles in Italian Nonclinical Adults: Issues of Consistency Across age Ranges. *Journal of Personality Disorder*, 280-297.
- Grotevant, H. & Lo, A. (2017). Adoptive Parenting. *Current Opinion in Psychology*, 71-75.
- Gyrlli, C., Brockington, I., Fiala, C., Huscava, M., Waldhoer, T. & Klier, CM. (2016). Anonymous Birth Law Saves Babies – Optimization, Sustainability, and Public Awareness. *Archives of Women's Mental Health*, 291-297.
- Hammarberg, K., Johnson L., Bourne K., Fisher, J. & Kirkman, M. (2014). Proposed Legislative Change Mandating Retrospective Release of Identifying Information: Consultation with Donors and Government Response. *Human Reproduction*, 286-92.
- Homeier, S. & Wiemann, I. (2016). *Herzwurzeln – Ein Kinderfachbuch für Pflege- und Adoptivkinder*. Frankfurt: Mabuse-Verlag.
- Ilioi, E., Blake L., Jadva, V., Roman, G. & Golombok, S. (2017). A Longitudinal Study of Families Formed Through Reproductive Donation: Parent-Adolescent Relationships and Adolescents Adjustment at age 14. *Developmental Psychology*, 1966-1977.
- Ilio, E. & Golombok, S. (2014). Psychological Adjustment in Adolescents Conceived by Assisted Reproduction Techniques: A Systematic Review. *Human Reproduction Update*, 84-96.
- Jadva, V., Freeman, T., Kramer, W. & Golombok, S. (2009). The experiences of adolescents and adults conceived by sperm donation: comparisons by age of disclosure and family type. *Human Reproduction*, 24(8), 1909-1919.
- Jinyao, Y., Xiongzhaio, Z., Auerbach, R., Gardiner, C., Lin, C., Yuping, W. & Shuqiao, Y. (2012). Insecure Attachment as a Predictor of Depressive and Anxious Symptomology. *Depression and Anxiety*, 789-796.
- Klausen, T., Juul Hansen, K., Munk-Jørgensen, P. & Mohr-Jensen, C. (2017). Are Assisted Reproduction Technologies Associated With Categorical or Dimensional Aspects of Psychopathology in Childhood, Adolescence or Early Adulthood? Results From a Danish Prospective Nationwide Cohort Study. *European Child and Adolescence Psychiatry*, 771-778.
- Klier, C. M., Grylli, C., Amon, S., Fiala, C., Weizmann-Henelius, G., Pruitt, S. L. & Putkonen, H. (2012). Is the Introduction of the Anonymous Delivery Associated With a Reduction of High Neonaticide Rates in Austria? A Retrospective Study. *An International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 428-434.
- Lycett, E., Daniels, K., Curson, R. & Golombok, S. (2005). School-aged children of donor insemination: a study of parents' disclosure patterns. *Human Reproduction*, 20(3), 810-819.
- Marganska, A., Gallagher, M. & Miranda, R. (2013). Adult Attachment, Emotion Dysregulation, and Symptoms of Depression and Generalized Anxiety Disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 131-141.
- Muzik, M., Ads, M., Bonham, C., Rosenblum, L., Broderick, A. & Kirk, R. (2013). Perspective on a Trauma-informed Care From Mothers With a History of Childhood Maltreatment: A Qualitative Study. *Child Abuse & Neglect*, 1215-1224.
- Pace, C., Di Folco, S., Guerriero, V., Santona, A. & Terrone, G. (2015). Adoptive Parenting and Attachment: Association of the Internal Working Models Between Adoptive Mothers and Their Late-Adopted Children During Adolescence. *Frontiers in Psychology*, 1433-1477.

- Ponizovsky, A., Vitenberg, E., Baumgarten-Katz, I. & Grinshpoon, A. (2013). Attachment Styles and Affect Regulation Among Outpatients With Schizophrenia: Relationships to Symptomatology and Emotional Distress. *Psychology and Psychotherapy*, 164-182.
- Von Korff, L. & Grotevant, H. D. (2011). Contact in adoption and adoptive identity formation: the mediating role of family conversation. *Journal of Family Psychology*, 25(3), 393-401.
- Villeneuve-Gokalp, C. (2011). Women who Give Birth "Secretly in France". *Population*, 135-169.
- Tarren-Sweeney, M. (2013a). The Assessment Checklist for Adolescents – ACA: A scale for measuring the mental health of young people in foster, kinship, residential and adoptive care. *Children and Youth Services Review*, 35, 384-393.
- Tarren-Sweeney, M. (2013b). The Brief Assessment Checklists (BAC-C, BAC-A): Mental Health Screening Measures for School-aged Children and Adolescents in Foster, Kinship, Residential and Adoptive Care. *Children and Youth Services Review*, 35, 771-779.
- Theiretzbacher, U. (Regisseur). (2017) Anonyme Geburt und Babyklappe als letzter Ausweg [Radiosendung].
- Turney, K. & Wildeman, C. (2016). Mental and Physical Health of Children in Foster Care. *Pediatrics*, 138(5).
- Wessel, J. & Buscher, W. (2002). Denial of Pregnancy: Population Based Study. *BMJ*, 458-462.
- Wessel, J., Endrikat, J. & Kästner, R. (2003). [Projective Identification and Denial of Pregnancy – Considerations of the Reasons and Background of Unrecognized Pregnancy Also Undiagnosed by a Physician]. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 48-53.
- Wulf, M., Machado Apolinario, J. & Tress, W. (2012). The Influence of the Attachment Dimensions „Anxiety“ and „Avoidance“ of Psychosomatic Complaints. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 374-384.



# Workshops



**Dr.<sup>in</sup> Gertrude BOGYI**



**Univ.-Prof. Dr. Peter KAISER**



**Jennifer KERNREITER, BA MA, , Assoc.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Claudia KLIER**

## Workshop 1: Dr.<sup>in</sup> Gertrude BOGYI

### *Die Wahrheit ist Kindern zumutbar: Begleitung bei Abschied, Verlust und Tod*

Bericht: Mag.<sup>a</sup> Andrea Döllinger

Basierend auf ihrer langjährigen Erfahrung mit dem Thema Tod und Sterben schaffte Frau Dr.<sup>in</sup> Bogyi eine Atmosphäre, in welcher ein offener und sehr praxisnaher Austausch stattfand. Anhand zahlreicher Fallbeispiele veranschaulichte sie die Entwicklung und ihren aktuellen professionellen Umgang mit dieser Thematik.

***„Wir leben, indem wir verlieren, verlassen und uns loslösen. Und früher oder später und unter mehr oder weniger starken Schmerzen müssen wir alle erfahren, dass Verlust tatsächlich ein lebenslanger Zustand des Menschen ist. Trauer ist der Prozess der Anpassung an die Verluste unseres Lebens.“*** (Viorst, 1986)

Dr.<sup>in</sup> Bogyi berichtete von ihrem anfänglichen Zugang zu diesem Bereich über die Recherche von Krankenakten von Kindern mit sogenannten psychogenen Schocksymptomen und der damals wenig ergiebigen Literatursuche über Trauma als seelische Verletzung. Schließlich etablierte sich eine „neuere Methode“ im Umgang mit schrecklichen Ereignissen: Kindern soll die Wahrheit erzählt werden, insbesondere wenn sie diese miterlebt haben. Im Anschluss ist eine ausführliche Beobachtung des Kindes und seiner Reaktionen wichtig. Diese Konfrontation erweist sich als notwendig, um unrealistische Schuldgefühle korrigieren zu können bzw. diesen vorzubeugen und eine pathologische Symptomatik (wie z. B. Sprachlosigkeit, Lähmung) zu verhindern. Dabei dürfen auch eigene Gefühle gezeigt werden, es ist jedoch wichtig, sich im Vorhinein gründlich mit seiner eigenen Emotionalität auseinanderzusetzen, um authentisch und professionell bleiben zu können. Dr.<sup>in</sup> Bogyi betonte die Bedeutung betroffenen Personen Bescheid zu geben, insbesondere Geschwistern, da diese neben einer generell großen Hemmschwelle, Angehörige zu informieren, nach der Mutter und dem Vater oftmals die letzten in der Reihenfolge sind.

***Also jedes Mal, wenn wir die Gelegenheit haben, mit den Kindern über die Dinge des Lebens zu sprechen, sollten wir sie einfach so sagen, wie sie sind.*** (Françoise Dolto)

Die häufige Vermeidung der Konfrontation mit Trauer bei Erwachsenen sieht Dr.<sup>in</sup> Bogyi gesellschaftsphänomenologisch einerseits in Verbindung mit der Schnelllebigkeit der heutigen Zeit, andererseits mit dem medizinischen Fortschritt. Heutzutage muss Trauer relativ schnell beendet sein, ansonsten wird es von der Gesellschaft als pathologisch betrachtet. Kinder jedoch weisen durch ihr Neugier und Kreativität einen anderen Zugang dazu auf. Es ist wichtig, dass Kinder Fragen zum Thema Tod und Sterben stellen dürfen, in dem Moment, in dem es ihnen oftmals spontan einfällt. Außerdem bemerken Kinder atmosphärisch sehr genau, wenn sie nicht die Wahrheit erfahren. Deshalb ist es von Bedeutung, eine Balance zwischen einer offenen Atmosphäre einerseits und dem Schutz des Wohl des Kindes andererseits zu finden. Dabei ist auf eine kindgerechte Sprache sowie eine feinfühlig „Portionierung“ zu achten. In Zusammenhang mit dem medizinischen Fortschritt merkte Dr.<sup>in</sup> Bogyi an, dass in unserer Gesellschaft und europäischen Kultur versucht wird den Tod immer weiter hinauszuschieben bzw. beiseite zu schieben bei gleichzeitig ständiger Konfrontation mit Tod und Sterben durch die Medien

und diverse Video- bzw. Handyspiele. Der Tod wird einerseits aus dem Leben gedrängt, während andererseits viele Spiele vom Töten und Krieg handeln.

Anhand der Thematik Trauerarbeit mit körperlich und/oder geistig beeinträchtigten Kindern wird deren Stellung in der Gesellschaft sowie der oftmals erlebte Zwiespalt zwischen den Gefühlen Trauer und Erleichterung diskutiert.

Ein weiteres gesellschaftliches Phänomen, welches angesprochen wurde, betrifft die Frage, ob es noch erlaubt ist, zu sterben. Früher wurde der Sterbevorgang oftmals zu Hause zelebriert, während heutzutage der Prozess meist in Krankenhäuser und Hospize ausgelagert wird. Dr.<sup>in</sup> Bogyi berichtete von ihrer Erfahrung, dass Kinder diesen Verabschiedungsprozess jedoch oft auch schön finden und z. B. manchmal die Leiche nach dem Tod noch zu Hause behalten wollen, um sich verabschieden zu können. Kinder entwickeln in ihrer Trauerarbeit oft Ideen, welche Angehörige und Professionisten gleichermaßen immer wieder in Erstaunen versetzen.

***„Alles, was ich gelernt habe, habe ich von den Kindern gelernt“.*** (Gertrude Bogyi)

Gleichzeitig brauchen Kinder natürlich trauerfreie Zeit, in der sie laut sein und lachen dürfen. Ansonsten könnten unrealistische Schuldgefühle bezüglich des Sterbegrunds auftauchen. Diese Kreativität von Kindern im Umgang mit diesem Thema ist Canacakis zufolge ein Teilaspekt von Trauer. Er beschreibt Trauer als „gesunde, lebensnotwendige, kreative Reaktion auf Verlust- und Trennungserlebnisse“ (Canacakis, 1992).

Auf das Tagungsthema „Schweigen ist Silber, Reden ist Gold“ zurückkommend, erzählte Dr.<sup>in</sup> Bogyi, dass sich Kinder unabhängig von Erwachsenen Informationen über das Thema Tod und Sterben holen, diese untereinander besprechen und dass das Thema ständig präsent sei. In diesem Zusammenhang sprach Dr.<sup>in</sup> Bogyi die besondere Problematik für Jugendliche an. Diese geraten leicht mit ihren Eltern in Streit, da sie oft nicht auf das Begräbnis gehen wollen bzw. eigene Rituale durchführen wollen. Es sei dabei von Bedeutung, Jugendlichen zu signalisieren, dass man sich ihrer Belastung bewusst ist und dass in ihnen in dieser Situation viele Gedanken und Gefühle wie z. B. Wut auftauchen können und dies auch dürfen. Jugendliche seien zudem gefährdet, in die Partnerrolle gedrängt zu werden („Du musst dich jetzt um die Mama kümmern“). Weiters ist zu beachten, dass Kinder und Jugendliche nicht zum „Therapeutikum“ für die Eltern werden. Wenn die Trauer abgeschlossen ist, dann darf auch Erleichterung da sein.

An der eingebrachten Thematik Mord in der Familie und Begleitung eines Kindes in ein Gefängnis betonte Dr.<sup>in</sup> Bogyi die Wichtigkeit von Elternarbeit. Einerseits ist es wichtig, auf die Fragen von Kindern einzugehen („Darf ich meinen Papa noch lieb haben?“) und eventuell Fragen mit den betroffenen Kindern vor dem Besuch vorzubereiten. Andererseits ist im Vorhinein abzuklären, ob beim verurteilten Elternteil Reue besteht. Wenn dies nicht der Fall ist, sind Kontakte zu diesem Zeitpunkt nicht zu befürworten. Eventuell muss auch mit erwachsenen Bezugspersonen gearbeitet werden, um klarstellen zu können, dass es den Kindern schaden kann, wenn sie den Kontakt zum Elternteil abbrechen müssen.

Ähnlich wichtig ist die Elternarbeit in Zusammenhang mit der Fremdunterbringung von Kindern und Jugendlichen. Wenn Kinder von sich aus in ein Krisenzentrum wollen, können Aussagen der Eltern wie z. B. „Du bist für mich gestorben“ sehr erschütternd sein. In diesem Kontext ist es von Bedeutung, den Eltern zu vermitteln, dass ihr Kind Hilfe sucht. Im Weiteren beschrieb Dr.<sup>in</sup> Bogyi, dass Kinder oft spüren, wenn sie fremduntergebracht werden sollen.

Oftmals wird es ihnen aber lange nicht erzählt, wodurch wiederum Schuldgefühle bei diesen auftauchen können. Diese Sensibilität für Stimmungen ist auch häufig bei mehrfach traumatisierten Kindern anzutreffen. In diesem Kontext ist es wiederum wichtig, offen und authentisch zu sein, seine eigenen Gefühle zuzugeben, aber dabei nicht ins Detail zu gehen, sondern sie zu erklären („Ich bin wütend, weil du das und das gemacht hast“).

In der Diskussion bezüglich kultureller Aspekte tauchte das Thema Arbeit mit Flüchtlingen auf. Dr.<sup>in</sup> Bogyi berichtete von ihren Erfahrungen aus der Arbeit in dem von ihr gegründeten Verein Boje. Sie unterstrich dabei die Bedeutung von Psychohygiene und Supervision für die eigenen Mitarbeiter, insbesondere auch für die Dolmetscher. Für Flüchtlinge kann bei noch unsicherem Aufenthaltsstatus keine Traumaarbeit stattfinden. Allerdings ist es wichtig, dass diese zur Stabilisierung Unterstützung erhalten. Die Termine in der Boje sind für diese meist wichtige Fix-Termine in der Woche, wenn auch oftmals unrealistische Hoffnungen an die Therapeuten gestellt werden. Zusätzlich ist eine medizinische Betreuung zur Behandlung von posttraumatischen Symptomen notwendig.

Zum Thema Scheidung erklärte Dr.<sup>in</sup> Bogyi, dass sprachliche Beschönigungen oftmals eine sogenannte antizipatorische Trauer verhindern. Zum Zeitpunkt einer Scheidung, welche ein gravierendes Trennungserlebnis für Kinder darstellt, muss viel Trauerarbeit geleistet werden. Neben der Trennung der Eltern kann es zusätzlich zu einem Wechsel des Wohnortes und/oder der Schule kommen. Durch beschönigende Formulierungen wie z. B. „Dort hast du dann ein schönes, großes, neues Zimmer“ wird von Erwachsenen versucht Trauer „schnell wegzuwischen“. Dabei wird jedoch indirekt das Gefühl vermittelt, dass man nicht traurig sein darf. Bezugnehmend auf den therapeutischen Kontext ist es wichtig zu berücksichtigen, dass es durch die Therapie nicht zu einer Verstärkung des Loyalitätskonfliktes für das Kind kommt, dass sich die gesamte Familie in einem Trauerprozess befindet sowie dass in Trennungssituationen oftmals keine offene Kommunikation stattfindet.

Zum Abschluss des Workshops unterstrich Dr.<sup>in</sup> Bogyi die Bedeutung von Super- und Intervention anhand von Fallbeispielen mit ihren Mitarbeitern der Boje. Zusätzlich betonte sie die Wichtigkeit der Auseinandersetzung mit eigenen Trauererlebnissen. Dies sei bedeutsam, um eigene Grenzen zu erkennen und gegebenenfalls Kinder oder Jugendliche nicht zu betreuen, sondern an Kollegen weiter zu verweisen.

***Trauer ist ein Gefühlsspektrum, eine einzigartige, weil individuell unterschiedliche und zugleich unglaublich vielseitige Empfindung.*** (Jorgos Canacakis)

## **Literatur**

Canacakis, J. (1992). Ich sehe deine Tränen. Kreuz-Verlag, Stuttgart.

Viorst, J. (1986). Mut zur Trennung. Menschliche Verluste, die das Leben sinnvoll machen. Hoffmann und Campe, Hamburg.



## **Workshop 2: Univ.-Prof. Dr. Peter KAISER**

### ***Wenn die Wahrheit ans Licht kommt: Familiengeheimnisse als generationsübergreifendes Problem für Kinder***

**Bericht: Mag.<sup>a</sup> Christina Jachs**

„Geheimhaltung ist eine familiäre Strategie zur Lebensbewältigung. Geheimnisse sind demnach meist brisant, haben ein verletzendes Potenzial und forcieren Ängste“. Mit diesen Sätzen startete Univ.-Prof. Dr. Kaiser seinen Workshop. Therapeutische Arbeit bedeute für ihn, sich am jeweiligen individuellen Belastungspegel der Patienten zu orientieren und somit eine ertragbare Beanspruchung sicherzustellen. Es habe demnach große Relevanz, sich nicht von der reinen Neugier hinreißen zu lassen, vertrauensbildend zu arbeiten und immer auf das schwächste Glied einer Familie Acht zu geben. Der Angstpegel solle für jedes Familienmitglied zu jeder Zeit aushaltbar sein.

Mit entsprechender Vorarbeit gelinge es seiner Meinung nach auch, zahlreiche Familienmitglieder in den Prozess einzubinden (bis hin zu Kleinkindern und Haustieren). Entscheidend sei vor allem, die jeweiligen Grundbedürfnisse der Familienmitglieder im Blick zu haben.

- Der deutsche Psychologe und Psychotherapeut Klaus Grawe definiert vier menschliche Grundbedürfnisse: Das Bedürfnis nach Bindung, das Bedürfnis nach Kontrolle und Orientierung, das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und das Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung.

Herr Univ.-Prof. Dr. Kaiser verwies auf seine Erfahrung, dass sich auch widerständige Angehörige einbeziehen lassen, wenn sie als wichtige Akteure mit besonderer Expertise wertgeschätzt werden (auch die menschliche Neugier könne als Motor eingesetzt werden). In hochstrittigen Fällen müsse meist eine entsprechend behutsame Einzelarbeit vorgezogen werden. Die Gesprächsführung solle auf den ersten Blick harmlos erscheinen, um keine Befürchtungen auszulösen. Eine zirkuläre Befragung ermögliche immer mehr Informationen, die sich später gut verknüpfen lassen. Von großer Bedeutung sei eine gute Vorbereitung auf das Gespräch mit genauen Überlegungen wem welche Frage gestellt wird bzw. in welcher Reihenfolge. Während der Sitzung entstehe dann neuerlich ein Genogramm und somit eine Abbildung des komplexen Familiensystems. Immer im Wissen, dass bei Mehrgenerationenkonflikten die meisten Prozesse bereits vor oder nach der Gesprächsstunde stattfinden. Die Dialoge dienen als Stimulation bzw. wichtige Impulssetzung um neue Zusammenhänge zu erarbeiten. Es finde somit ein sich „gegenseitiges Verpetzen“ im geschützten von Wertschätzung und Achtsamkeit geprägten Rahmen statt. Die Funktion der Moderation sei demnach von enormer Relevanz und fordere klare Rahmenbedingungen (z. B. die Möglichkeit sich frei zu äußern, ohne Unterbrechungen, Abwertungen oder Angriffen ausgesetzt zu sein). Verdeckte familiäre Hierarchien werden auf diese Weise vorübergehend außer Kraft gesetzt und eine Erprobung neuer Umgangsformen ermöglicht (Modellwirkung mit gegenseitiger Bedürfnisberücksichtigung).

Als Setting schlug Univ.-Prof. Dr. Kaiser max. zwei Stunden mit optionaler Pausengestaltung vor. Bei auftauchenden Einzelthemen empfiehlt er ein Aufgliedern in Subsysteme sowie eine gesonderte Bearbeitung (z. B. in Form eines Elterngesprächs). Große Beachtung und Sensibilität

müsse des Weiteren auf den nonverbalen Ausdruck gelegt werden (entspricht der Anforderung die Augen bzw. den Gesichtsausdruck der Patienten bestmöglich lesen zu lernen). Zudem seien Hilfestellungen bei der Artikulation erforderlich.

Im zweiten Teil des Workshops wurde ein eingebrachtes Fallbeispiel (Beziehungskonstellationen eines WG-Kindes) mit einer Strukturaufstellung bearbeitet. Dabei handelte es sich um eine Bestandsaufnahme der beteiligten Familien- und Beziehungssysteme aus der subjektiven Realität einer WG-Psychologin. Personen wurden mit Rollen besetzt und aufgestellt (ohne zu sprechen). Durch räumliche Abstände und Positionen konnte die emotionale Distanz veranschaulicht werden. Jede Person wurde gefragt wie es ihr mit ihrer zugewiesenen Rolle bzw. Position gehe. Danach wurde reflektiert, inwieweit neue Fragen, Schlüsse oder Erkenntnisse möglich geworden sind. In einem zweiten Schritt durften die ausgewählten Personen selbst entscheiden, wo sie sich selbst am liebsten hinstellen möchten (wiederum ohne zu sprechen und mit der Option auch andere Personen verschieben bzw. umstellen zu können). In einer weiteren Gesprächsrunde wurden dann erneut die vorhandenen Emotionen erhoben.

Schnell wurde die Komplexität einer klassischen vom Jugendamt betreuten Familie sichtbar und die Erfordernis einer umfassenden Systemkoordination festgestellt. Eine Mehrebenenanalyse konnte neue Einflussfaktoren beleuchten und auf heuristische Weise erfassen welche Möglichkeiten sich im weiteren Verlauf bieten. Abschließend wies Herr Univ.-Prof. Dr. Kaiser auf die Wichtigkeit hin „stets Ergebnis offen zu arbeiten“.

**Workshop 3: Assoc.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Claudia KLIER  
Jennifer KERNREITER, BA MA**

***Prävention von Neugeborenenentötungen und Entwicklung von Kindern  
aus anonymen Geburten***

**Bericht: Peter Mühlbauer, BSc BSc MSc**

**Implementierung der Maßnahme „anonyme Geburt“, Prävention und Medien**

In Österreich kommt es pro Jahr zu ca. 30 – 40 anonymen Geburten. Mit ca. zehn anonymen Geburten finden die meisten in der Steiermark statt. Dies ist möglicherweise damit erklärbar, dass in diesem Bundesland eine Beratungsstelle besteht, in der bereits im Vorfeld einer anonymen Geburt oder Abgabe an der Babyklappe Information, Beratung und Begleitung angeboten wird. (<https://www.caritas-steiermark.at/kontaktstelle-anonyme-geburt/>, abgerufen am: 6.11.2017). Allgemein finden sich viele Informationen auf offiziellen Homepages von Bund und Land, teilweise auch mehrsprachig (insbesondere Türkisch oder Arabisch). Betroffene Frauen werden dabei direkt in ein Krankenhaus mit der Möglichkeit einer anonymen Geburt verwiesen (siehe Folder [www.anonymegeburt.at](http://www.anonymegeburt.at))

Wenig hilfreich ist die Medienberichterstattung bei Kindstötungen. Hier werden vor allem kriminologische Fakten veröffentlicht, jedoch kaum Informationen zu den jeweiligen psychosozialen Umständen der Frau geliefert. Meist wird über das Strafausmaß berichtet, kaum über Rehabilitationsangebote oder Maßnahmen und Unterstützungsmöglichkeiten zur Verhinderung der Neugeborenenentötung. Wichtig in diesem Zusammenhang ist es, dass Journalisten den psychosozialen Kontext der Täterinnen als wichtigen Grund in ihrer Berichterstattung angeben und auch über zusätzliche Hilfsangebote berichten (u. a. Suizidhelpline oder psychotherapeutische Angebote). So können auch Mütter mit negierten Schwangerschaften erreicht werden.

**Beziehungsstörungen und Screening-Verfahren**

Die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung, also die mütterlichen Einstellungen und Gefühle ihrem Baby gegenüber, kann bereits während der Schwangerschaft eingeschätzt werden. Sie hat eine große Bedeutung für die emotionale und kognitive Entwicklung des Kindes. Zeichen für eine beeinträchtigte Beziehung sind, wenn Mütter ihre Schwangerschaft rückgängig machen wollen, sie Feindseligkeiten (verbaler oder körperlicher Natur) dem Kind gegenüber zeigen, wenn sie sich besser fühlen, wenn sie nicht beim Kind sind, wenn der Wunsch nach Adoption besteht oder wenn Mütter hoffen, dass ihr Baby gestohlen wird oder an plötzlichem Kindstod verstirbt. Hier gilt: Mütter erzählen über diese Gefühle nicht von sich aus, sondern es muss spezifisch danach gefragt werden!

Eine Beziehungsstörung kann als „emotionale Reaktion der Mutter auf das Kind, die das Ausmaß von Hass und Wut annehmen kann“ definiert werden, somit als mütterliche Feindseligkeit dem Kind gegenüber und als Ablehnung des Kindes (Rothamel, 1845; Tardieu, 1860). Begriffe wie „Bonding“ oder „Attachement“ beschreiben das essenzielle Symptom nicht genügend. Als Diagnosefaktoren diesbezüglich können folgende Variablen herangezogen werden (Brockington, Aucamp & Fraser, 2006): milde Beziehungsstörung, kindesbezogene Ängste, Ablehnung des Kindes (Gefahr der Ablehnung bzw. bereits stattgefundenen Ablehnung) sowie pathologische Wut (mild, moderat, stark).

Als Risikofaktoren für spätere Misshandlungen mit Todesfolgen führen Miyamoto et al. (2017) die Summe der Belastungen der Eltern, Substanzabusus oder psychiatrische Diagnosen der Eltern, Gewalt in der Familie, männliches Geschlecht, junge Eltern, drei oder mehr Kinder unter fünf Jahren im Haushalt sowie Familien, bei denen ein biologisches Kind bei keinem der Elternteile lebt, an.

Als Screening-Instrumente sind die Mother-to-Infant Bonding Scale (MIB, Taylor et al., 2005) oder die Postpartum Maternal Attachment Scale (Nagata et al., 2000) zu nennen, wobei beide Instrumente nicht an einer klinischen Population und somit nicht in Bezug auf ein klinisches Interview validiert wurden.

Ein gutes Screening-Instrument für Mutter-Kind-Beziehungsstörungen ist das Parental Bonding Questionnaire (PBQ; nähere Informationen unter <http://marce-gesellschaft.de/materi-alien/>, abgerufen am 6.11.2017). Dieses kann auch von Personen aus dem Primary Health Care-Bereich (z. B. Hebammen, Berater, Gynäkologen, Kinderärzte) vorgegeben werden und dient als guter Einstieg in diese tabuisierte Thematik. Es ist ein Selbsteinschätzungsbogen mit 25 Items und vier Skalen:

- Skala 1: generelle Skala für beeinträchtigte Beziehung (gute Spezifität und Sensitivität; bei einem Score > 12 ist eine weiterführende Exploration indiziert)
- Skala 2: Hinweis auf eine schwere Beziehungsstörung (sehr gute Spezifität und Sensitivität; bei einem Score > 12 kann eine Ablehnung des Kindes als fast sicher (Sensitivität = .93) angesehen werden, eine Behandlung der Beziehungsstörung ist indiziert)
- Skala 3: Maß für Ängste in Bezug auf das Kind (keine hinreichende Validität)
- Skala 4: Hinweis auf Missbrauch und Vernachlässigung (keine ausreichende Validität vorhanden)

In einer deutschen Validierung (N=862; geburtshilfliches Sample) konnte ein geringer Effekt des Vorhandenseins einer postpartalen Depression auf eine Beziehungsstörung (PBQ) festgestellt werden. Die Prävalenz von Beziehungsstörung (Skala 1) konnte allgemein bei 7 Prozent und bei depressiven Müttern bei 17 Prozent festgemacht werden (Reck et al., 2006). Durch eine Behandlung der Mütter kommt es postpartal jedoch zu einem starken Rückgang dieses Scores, parallel dazu können auch die Depressionsscores abnehmen (Brockington et al., 2001; Cox, Holden & Sagovsky, 1987).

Der PBQ kann den Müttern während der Schwangerschaft bzw. postpartal vorgegeben werden, da es sich hierbei um ein Setting handelt, in welchem Mütter gut erreichbar sind. Da es auch bei motivierten Eltern zu postpartalen Kindstötungen kommen kann, könnte eine routinemäßige Vorgabe angedacht werden. Nach Bearbeitung des Fragebogens zeigt sich oft, dass Mütter erleichtert, froh und dankbar sind, wenn sie darüber sprechen können, da das Gefühl von Feindseligkeit gegenüber dem eigenen Kind sehr tabuisiert ist.

### **Thema: Adoption**

Es gibt eine Vielzahl verschiedener Adoptionsarten, wobei in Österreich die Inkognito-Adoption, die halb offene und die offene Adoption möglich sind. Weitere Möglichkeiten sind die Pflegschaft, die internationale Adoption, die Samen- bzw. Eizellenspende und die Embryonen-Adoption. Entgegen der herrschenden Richtlinie, dass Kinder über ihre Adoption aufgeklärt werden müssen, informieren 50 – 75 Prozent der Adoptionseletern ihre Kinder nicht (Lycett, Daniels, Curson & Golombok, 2005). Es zeigte sich, dass Gespräche und Kenntnisse über die eigene Adoption einen positiven Einfluss auf die eigene Identitätsentwicklung haben.

Weiters zeigte sich, dass unterstützende versus problematische Familieninteraktionen bessere Prädiktoren für die kindliche Entwicklung darstellen als Eigenschaften der Adoption bzw. der Adoptiveltern wie z. B. offene versus geschlossene Adoption oder homosexuelle vs. heterosexuelle Orientierung der Adoptiveltern (Grotevant H. D., 2017). Ebenso hat eine frühe kindliche Aufklärung über die Adoption (unter 7 Jahren) einen größeren positiven Einfluss auf das kindliche psychologische Wohlbefinden als eine Information zu einem späteren Zeitpunkt (Ilioi, Blake, Jadvá, Roman & Golombok, 2017).

Auch bei einer Samen- bzw. Eizellen-Spende oder Embryonen-Adoptionen zeigen sich positive Beziehungen zwischen Eltern und Jugendlichen (Ilioi & Golombok, 2014) und es bestehen keinerlei psychopathologischen Unterschiede zwischen künstlich und natürlich gezeugten Kindern. Die Adoptionsfamilien ermöglichen eine gesunde psychische Entwicklung der Kinder (Klausen, Juul Hansen, Munk-Jørgenson & Mohr-Jensen, 2017). Ein häufiger Wunsch Betroffener besteht in verstärkter Öffentlichkeitsarbeit und einem vermehrten psychosozialen Betreuungsangebot (Kirkman, Bourne, Fisher, Johnson & Hammarberg, 2014).

Zusammenfassend kann somit gesagt werden, dass ein fundamentales Recht auf Information zur Herkunft besteht. Zusätzlich besteht bei Betroffenen der Wunsch nach Ehrlichkeit und Offenheit, ein zufälliges Erfahren der eigenen Adoption sollte eher vermieden werden (Isaksson, Skoog-Svanberg, Sydsjö, Linell & Lampic, 2016). Eine positive Unterstützung durch Kommunikation zwischen den Eltern und den Kindern ist wichtig, auch wenn die biologischen Wurzeln unbekannt sind, damit das Kind eigene Reflektionen über seine biologischen Eltern und eigene Konflikte tätigen kann. Eine fachliche Unterstützung und Coaching der Adoptiveltern ist essenziell, um eine starke Bindung und Resilienz innerhalb der Adoptionsfamilie aufbauen zu können, und potenziellen Risiken im Entwicklungsprozess vorzubeugen (Tucker, Edelen & Huang, 2017).

**Thema: Anonyme Geburt** ([Link: www.anonymegeburt.at](http://www.anonymegeburt.at), abgerufen am 6.11.2017)

Eine „anonyme Geburt“ ist eine in Notlagen straffreie und anonyme Entbindung im Krankenhaus mit dem Angebot einer anonymen medizinischen Betreuung und psychologischen Begleitung. Nach der Geburt und begleitenden Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen erfolgt die Freigabe des Kindes zur Adoption. Wichtig hierbei ist, dass Mütter in Österreich sechs Monate Zeit haben, die Adoption rückgängig zu machen.

	<b>Babyklappe</b>	<b>anonyme Geburt</b>
<b>Vorsorgeuntersuchung</b>	kein Kontakt möglich	Angebot möglich
<b>Geburt</b>	ohne medizinische Hilfe, nicht assistiert	im Krankenhaus
<b>Versorgung der Frau</b>	nicht möglich	selbstverständlich
<b>Versorgung des Kindes</b>	erst ab der Abgabe	bereits vor der Geburt
<b>Botschaft der Gesellschaft</b>	Duldung der Geburt ohne medizinische Hilfe, das Kind wird akzeptiert	Annahme, Respekt und Selbstbestimmung über Hilfestellung

Tabelle 1: Unterschiede zwischen Babyklappe und anonymer Geburt

In Österreich gibt es zurzeit 15 Babyklappen, z. B. im Wilhelminenspital in Wien. Dort kann das Kind unbeobachtet und anonym in ein Wärmebett – das Babynest – gelegt werden. Dies sichert das Überleben des Kindes. Allerdings müssen die Frauen das Kind meist völlig isoliert und ohne medizinische Betreuung zur Welt bringen. Zur gesetzlichen Lage in Österreich: Eine Kindesweglegung ist nur dann strafbar, wenn eine Gefahr für das Überleben des Kindes besteht. Die Strafbestimmung (§ 197 StGB) wurde aufgehoben, d. h. es finden keine sicherheitsbehördlichen Erhebungen statt, da diese Frauen vor der Aufdeckung ihrer Identität sicher sein sollen, weil nur so der Schutz des Kindes erreicht wird. Es besteht auch keine Meldepflicht mehr durch das Krankenhaus bzw. die Hebamme.

**Exkurs: Anonyme Geburt in Frankreich** (Villeneuve-Gokalp, 2011)

(Link: [http://www.cairn-int.info/article-E\\_POPU\\_1101\\_0135--women-who-give-birth-secretly-in-france.htm](http://www.cairn-int.info/article-E_POPU_1101_0135--women-who-give-birth-secretly-in-france.htm), abgerufen am 6.11.2017)

Bei dieser Studie fanden über einen Zeitraum von zwei Jahren in 83 Krankenhäusern Befragungen durch Mitarbeiter der Jugendämter statt, wobei in diesem Zeitraum insgesamt 835 anonyme Geburten verzeichnet wurden. Erhoben wurde die Wahrnehmung der Schwangerschaft von den Müttern sowie soziodemografische und psychosoziale Variablen der Eltern (Alter, Nationalität, Ausbildungsgrad, Beruf, Herkunftsland, Staatszugehörigkeit, Beziehungsstatus, Gesundheitsstatus, finanzielle Lage, nahe Angehörige, vorherige Schwangerschaften und Kinder, Nationalität des Kindes). Zusätzlich wurden die Mütter befragt, ob der leibliche Vater über die Schwangerschaft bzw. das ungefähre Datum der Geburt informiert wurde, wann die Schwangerschaft bemerkt wurde, ob es Gewalterfahrungen gab, wann die Mutter die Entscheidung zur anonymen Geburt getroffen hat und ob der leibliche Vater in die Entscheidung der Freigabe des Kindes miteinbezogen wurde.

**Abstract:** „Every year in France, between 600 and 700 women ask to give birth “secretly” in a maternity unit. This study, conducted in 83 of the country’s 100 départements, collected administrative information on 835 such deliveries from July 2007 to July 2009, along with the socio-demographic characteristics of 739 of the women concerned and information on the context of their pregnancies. At the time of birth, 10 % of women requesting a secret delivery indicate their name on the child’s birth certificate, thereby establishing filiation, 13 % record it in the child’s hospital file, while 29 % leave it in a sealed envelope so that, if several other conditions are met, the child will later be able to learn his/her birthmother’s identity. Three main birthmother “profiles” were identified: “young women dependent on their parents” (25 % of the women), “independent women” (25 %) and “women living alone in precarious conditions” (15 %). Very young women “abandoned” by their partner and in a precarious situation are thus not the only ones to give birth in secret, though such women are over-represented. In the two-month period following delivery, during which birthmothers have the legal right to reclaim the child, 14 % choose to do so. The women who most frequently change their minds are those who were obliged to abandon it under family pressure or due to economic constraints. Women who have acquired economic independence or are living with a partner less frequently give birth in secret; birthmothers in this category appear more determined and less frequently change their mind.“ (Villeneuve-Gokalp, 2011)

### **Vorstellung des aktuellen Forschungsprojektes von Assoc.-Prof.in Dr.<sup>in</sup> Klier & Kernreiter, BA MA**

Als Forschungsparameter sollen einerseits die Hintergründe und Motive der Geburtsmütter untersucht werden, wobei die Erhebungen durch das psychosoziale Team der Geburtshilfe durchgeführt werden. Mit Hilfe der Jugendämter sollen Informationen an betroffene Adoptivfamilien ausgesendet werden.

Mittels Selbst- und Fremdbeurteilung<sup>1</sup> sollen die Geburtsmütter zu ihrer Schwangerschaft und ihren Beweggründen für die Inanspruchnahme einer anonymen Geburt, zum Verhalten und zu Eigenschaften des Kindes, zum aktuellen psychischen Befinden, Erleben und Verhalten der Eltern, zum partnerschaftlichen Stress- und Stressbewältigungserleben und zum elterlichen Bindungsverhalten befragt werden.

Zusätzlich sollen Workshops für Adoptionseletern in Kooperation mit der Kontaktstelle in Graz und ein Themenabend „Anonyme Geburt“ angeboten werden, bei welchem u. a. über die Geschichte der anonymen Geburt und Erfahrungen aus Österreich sowie der Situation der Mütter, Adoptionskinder und deren Adoptionseletern im Alltag berichtet werden soll.

### **Empfehlungen für die Adoptionsfamilie (Homeier & Wiemann, 2016)**

1. Aktiv das Gespräch über die spezifische Lebenssituation suchen
2. Biografiearbeit mit dem Kind (z. B. Gestaltung eines Fotoalbums, auch wenn die leiblichen Eltern nicht bekannt sind)
3. Anerkennung der Untröstlichkeit durch die Trennung von den leiblichen Eltern
4. Verinnerlichung einer wertschätzenden inneren Haltung gegenüber der Herkunftsfamilie
5. Unterstützung bei der Identitätsentwicklung
6. Lösung von Loyalitätskonflikten
7. Verständnis für die Autonomie des Kindes
8. Unterstützung der Selbstheilungskräfte des Kindes

### **Empfehlungen für Fachpersonen (Homeier & Wiemann, 2016)**

1. Achtsamer Umgang und Reflektion
2. Die leibliche Mutter hat dem Kind das Leben geschenkt.
3. Sie hat dafür gesorgt, dass das Kind sicher zur Welt kommt.
4. Sie befand sich in einer schwierigen Situation und hat einen Ausweg gefunden.
5. Sie hat sich gute (Ersatz-)Eltern für das Kind gewünscht.

Die Studie soll erstmalig die anonymen Schwangerschaften und Geburten in Österreich wissenschaftlich erfassen und begleiten. Frau Kernreiter, BA MA ersuchte die Workshop-Teilnehmer um deren Mitarbeit, damit eine österreichweite Meldung von Müttern, die anonym entbinden wollen bzw. auch eine Adoptionsfreigabe überlegen, erfolgt, eine wissenschaftliche Bearbeitung des Themas möglich wird und auch Unterstützungsangebote für betroffene Frauen (weiter-)entwickelt werden. (Kontaktadresse: [jennifer.kernreiter@meduniwien.ac.at](mailto:jennifer.kernreiter@meduniwien.ac.at)).

---

<sup>1</sup> verwendete Testbatterie: Fragebogen für anonyme Geburt, CBCL 4-18 (Child Behavior Checklist), BSI (Brief Symptom Inventory), STAI (Strait and Trait Anxiety Inventory), SDQ (Stengths and Health Questionnaire), DCI (Dyadic Coping Inventory), BDI-2 (Beck Depression Inventory), ECR-RD (Experiences in Close Relationships), VASQ (Vulnerable Attachment Style Questionnaire)

## Literatur

- Brockington, I. F., Aucamp, H. M. & Fraser, C. (2006). Severe disorders of the mother-infant relationship: definitions and frequency. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), S. 243-251.
- Brockington, I. F., Oates, J., George, S., Turner, D., Vostanis, P., Sullivan, M. et al. (2001). A Screening Questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 3(4), 133-140.
- Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786.
- Fossati, A., Borroni, S., Feeney, J. & Maffei, C. (2012). Predicting Borderline Personality Disorder Features from Personality Traits, Identity Orientation, and Attachment Styles in Italian Nonclinical Adults: Issues of Consistency Across Age Ranges. *Journal of Personality Disorders*, 26(2), 280-297.
- Greiner, M. V. & Beal, S. J. (2017). Developing a Health Care System for Children in Foster Care. *Health Promotion Practice*.
- Grotevant, H. D. (2017). Adoptive parenting. *Current Opinion in Psychology*, 15, 71-75.
- Grotevant, H. D. & Von Korff, L. (2011). Adoptive Identity. In L. K. Schwartz S. (Hrsg.), *Handbook of Identity Theory and Research* (585-601). New York: Springer.
- Homeier, S. & Wiemann, I. (2016). *Herzwurzeln. Ein Kinderfachbuch für Pflege- und Adoptivkinder*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Ilioi, E. & Golombok, S. (2014). Psychological adjustment in adolescents conceived by assisted reproduction techniques: a systematic review. *Human Reproduction Update*, 21(1), 84-96.
- Ilioi, E., Blake, L., Jadva, V., Roman, G. & Golombok, S. (2017). The role of age of disclosure of biological origins in the psychological wellbeing of adolescents conceived by reproductive donation: a longitudinal study from age 1 to age 14. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(3), 315-324.
- Isaksson, S., Skoog-Svanberg, G., Sydsjö, G., Linell, L. & Lampic, C. (2016). It takes two to tango: information-sharing with offspring among heterosexual parents following identity-release sperm donation. *Human Reproduction*, 31(1), 125-132.
- Jadva, V., Freeman, T., Kramer, W. & Golombok, S. (2009). The experiences of adolescents and adults conceived by sperm donation: comparisons by age of disclosure and family type. *Human Production*, 24(8), 1909-1919.
- Kirkman, M., Bourne, K., Fisher, J., Johnson, L. & Hammarberg, K. (2014). Gamete donors' expectations and experiences of contact with their donor offspring. *Human Reproduction*, 29(4), 731-738.
- Klausen, T., Juul Hansen, K., Munk-Jørgenson, P. & Mohr-Jensen, C. (2017). Are assisted reproduction technologies associated with categorical or dimensional aspects of psychopathology in childhood, adolescence or early adulthood? Results from a Danish prospective nationwide cohort study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(7), 771-778.
- Lycett, E., Daniels, K., Curson, R. & Golombok, S. (2005). School-aged children of donor insemination: a study of parents' disclosure patterns. *Human Reproduction*, 20(3), 810-819.
- Marganska, A., Gallagher, M. & Miranda, R. (2013). Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 83(1), 131-141.
- Miyamoto, S., Romano, P. S., Putnam-Hornstein, E., Thurston, H., Dharmar, M. & Joseph, J. G. (2017). Risk factors for fatal and non-fatal child maltreatment in families previously investigated by CPS: A case-control study. *Child Abuse & Neglect*, 63, 222-232.

- Nagata, M., Nagai, S., Sobajima, H., Ando, T., Nishide, Y. & Honjo, S. (2000). Maternity blues and attachment to children in mothers of full-term normal infants. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 209-217.
- Pace, C. S., Di Folco, S., Guerriero, V., Santona, A. & Terrone, G. (2015). Adoptive parenting and attachment: association of the internal working models between adoptive mothers and their late-adopted children during adolescence. *Frontiers in Psychology*, 6.
- Reck, C., Klier, C. M., Pabst, K., Stehle, E., Steffenelli, U., Struben, K. et al. (2006). The German version of the Postpartum Bonding Instrument: Psychometric properties and association with postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 265-271.
- Rothamel, G. C. (1845). Eine Mutter führt durch allmählicher Entziehung der Nahrungsmittel den Tod ihres ehelichen Kindes herbei. *Henke's Zeitschrift für die Staatsarzneikunde*, 50, 130-155.
- Tardieu, A. (1860). A medico-legal study of the services and ill treatments conducted on children. *Ann Hyg Publ Med Leg*, 13, 361-398.
- Tarren-Sweeny, M. (2013). An Investigation of Complex Attachment- and Trauma-Related Symptomatology Among Children in Foster and Kinship Care. *Child Psychiatry & Human Development*, 44(6), 727-741.
- Taylor, A., Atkins, R., Kumar, R., Adams, D. & Glover, V. (2005). A new Mother-to-Infant Bonding Scale: links with early maternal mood. *Archives of Women's Mental Health*, 8(1), 45-51.
- Tucker, J. S., Edelen, M. O. & Huang, W. (2017). Effectiveness of Parent-Child Mediation in Improving Family Functioning and Reducing Adolescent Problem Behavior: Results from a Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(3), 505-515.
- Turney, K. & Wildeman, C. (2016). Mental and Physical Health of Children in Foster Care. *Pediatrics*, 138(5).
- Villeneuve-Gokalp, C. (2011). Women who gave birth "secretly" in France, 2007-2009. *Population*, 66(1), 131-168.

### **Literaturempfehlungen**

- Bonnet, C. (1992). *Les Enfants du secret*.
- Bonnet, C. (1996). *Gestes d'amour, l'accouchement sous X*.
- Croos-Müller, C. (2013). *Kopf hoch – Das kleine Überlebensbuch: Soforthilfe bei Stress, Ärger und anderen Durchhängern*. München: Kösel.
- Lattschar, B. & Wiemann, I. (2013). *Mädchen und Jungen entdecken ihre Geschichte. Grundlagen und Praxis der Biografiearbeit (4. Ausg.)*. Weinheim: Juventa.
- Rech-Simon, C. & Simon, F. B. (2014). *Survival-Tips für Adoptiveltern*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Théret, C. (Autor) & Millet, E. (Regisseur). (2011). *La Brindille* [Kinofilm].
- Wiemann, I. (2014). *Adoptiv- und Pflegekindern ein Zuhause geben. Information und Hilfen für Familien (4. Ausg.)*. Bonn: Balance.





**Univ.-Prof. Dr. Peter Kaiser, Mag. Hannes Kolar, Jennifer Kernreiter, BA MA**



**MMag.ª Simone Bieglmayer**



**Mag. Marcus Hölzl**



**Mag. Johannes Schröder**

# Biografien



**Prof. Dr. Kay BIESEL**

Fachhochschule Nordwestschweiz  
Hochschule für Soziale Arbeit  
Institut für Kinder- und Jugendhilfe  
Thiersteinerallee 57  
4053 BASEL  
SCHWEIZ



+41 (0) 61 337 27 51

E-Mail: [kay.biesel@fhnw.ch](mailto:kay.biesel@fhnw.ch)

Website: <https://www.fhnw.ch/de/personen/kay-biesel>



Biesel, Kay, Jahrgang 1980, Prof. Dr. phil., Case Manager (DGCC), Fachkraft für Dialogisches Coaching und Konfliktmanagement (KK), Dipl. Sozialpädagoge/Sozialarbeiter (FH). Seit 2011 Professor für Kinder- und Jugendhilfe mit dem Schwerpunkt Kinderschutz am Institut Kinder- und Jugendhilfe der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW.

**Arbeits- und Forschungsschwerpunkte:** Fallverstehen und Entscheidungsfindung im Kinderschutz, Beteiligung von Kindern und Eltern im Kinderschutz, Dialogisch-systemische Kindeswohlklärung, Modelle von Fachaufsicht in der Kinder- und Jugendhilfe, Analyse problematischer und erfolgreicher Kinderschutzverläufe, Methoden Qualitativer Sozialforschung.

**Publikationen (Auswahl)**

Biesel, K. (2011). Wenn Jugendämter scheitern. Zum Umgang mit Fehlern im Kinderschutz. Gesellschaft der Unterschiede. Bd. 4. Bielefeld.

Biesel, K. & Wolff, R. (2014). Aus Kinderschutzfehlern lernen. Eine dialogisch-systemische Rekonstruktion des Falles Lea-Sophie. Reihe Gesellschaft der Unterschiede. Bd. 16. Bielefeld.

Biesel, K. & Wolff, R. (2013): Das dialogisch-systemische Fall-Labor. Ein Methodenbericht zur Untersuchung problematischer Kinderschutzverläufe. Expertise. Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz 4. Erstellt im Auftrag des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen.

Biesel, K., Fellmann, L., Müller, B., Schär, C. & Schnurr, S. (2017). Prozessmanual. Dialogisch-systemische Kindeswohlklärung. Bern.



**Dr.<sup>in</sup> Gertrude BOGYI**

Die Boje  
Ambulatorium für  
Kinder und Jugendliche  
bis 18 Jahre in Krisensituationen  
Hernalser Hauptstraße 15 (im Hof links)  
1170 Wien

☎ +43 (1) 406 66 02

E-Mail: [ambulatorium@die-boje.at](mailto:ambulatorium@die-boje.at)



Gertrude Bogyi, Dr. phil., geb. 1951 in Wien

Klinische Psychologin und Psychotherapeutin. Lehranalytikerin im Österreichischen Verein für Individualpsychologie. War 40 Jahre lang an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Wien tätig.

Psychotherapeutische Leiterin des Ambulatoriums für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen – die Boje.



**Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Judith DANIELS**

Fakultät für Verhaltens- und Sozialwissenschaften,  
Experimentelle Psychopathologie –  
Abteilung Klinische Psych. & Exp. Psychopathologie  
Grote Kruisstraat 2/1  
9712 TS GRONINGEN  
NIEDERLANDE

☎: +31 (0) 50 636 64 79

E-Mail: [j.k.daniels@rug.nl](mailto:j.k.daniels@rug.nl)

Website: <http://www.sekundaertraumatisierung.de/>




Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Judith Daniels promovierte zum Thema Sekundäre Traumatisierung und gründete anschließend das Fortbildungsinstitut für Sekundärtraumatisierung. Heute ist sie Professorin für Klinische Psychologie an der Universität Groningen in den Niederlanden.

Ihre aktuellen Forschungsschwerpunkte sind die Neurobiologie der Dissoziation, Trauma-assoziierte Störungen und neue Ansätze in der Traumatherapie.



**Univ.-Prof. Dr. Peter KAISER**

Universität Vechta  
Arbeitsbereich Psychologie und Pädagogik,  
Dept. I – Soziale Arbeit  
Driverstraße 22  
49377 VECHTA  
DEUTSCHLAND

 +49 (0) 4441 15 294

E-Mail: [Peter.kaiser@uni-vechta.de](mailto:Peter.kaiser@uni-vechta.de)

Website: [www.profdrpeterkaiser.de](http://www.profdrpeterkaiser.de)



Peter Kaiser, Jahrgang 1950, Dr. phil. habil. Diplom-Psychologe, Psychotherapeut, Mediator, Universitätsprofessor für Psychologie und Pädagogik an der Universität Vechta, Gastprofessor an der Seoul Cyber University, Seoul/Südkorea, Leiter des Instituts für Familienpsychologie und des Instituts für Systemische Organisationsberatung und Mediation Oldenburg.

Forschungsschwerpunkte und zahlreiche Publikationen in den Bereichen Struktur- und Kommunikationsprobleme von Paaren und Familien sowie von Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens, Konflikt- und Mediationsforschung, Gründer und Leiter von Weiterbildungsprogrammen in Familientherapie, Mediation, Supervision und Organisationsberatung.



**Assoc.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Claudia KLIER**

Univ.-Klinik für Kinder- u. Jugendheilkunde  
Leiterin der Pädiatrischen Psychosomatik  
Währinger Gürtel 18-20  
1090 Wien

☎ +43 (0) 1 40400 3232

E-Mail: [claudia.klier@meduniwien.ac.at](mailto:claudia.klier@meduniwien.ac.at)



**Jennifer KERNREITER, BA MA**

Univ.-Klinik für Kinder- u. Jugendheilkunde  
Tagesklinische Station für Psychosomatik (TSP)  
Währinger Gürtel 18-20  
1090 Wien

☎ +43 (0) 1 40400 32670

E-Mail: [jennifer.kernreiter@meduniwien.ac.at](mailto:jennifer.kernreiter@meduniwien.ac.at)



**Assoc.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Claudia Klier**

Leiterin der Pädiatrischen Psychosomatik an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Medizinische Universität Wien.

Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, ÖAGG, Psychodrama-Ausbildung, Ausbildung zur Therapeutin und Supervisorin für Interpersonelle Psychotherapie, Cornell University, New York, Psychologische Traumatherapie mit EMDR  
Assoziierte Professorin seit 2013

Spezialgebiet: Perinatale Psychiatrie, Prävention von Kindestötungen

**Jennifer Kernreiter, BA MA**

Psychologin und systemische Psychotherapeutin i. A. u. S. mit Erfahrungen in der psychosozialen Betreuung von Kindern, Jugendlichen und deren Familien an der Tagesklinischen Station für Psychosomatik.

Dissertation zum Thema Anonyme Geburt: Psychosoziale Aspekte der abgebenden Mütter, der adoptierten Kinder und ihrer Adoptivfamilien.



Impressum:  
Medieninhaber und Herausgeber: Stadt Wien – MAG ELF – Amt für Jugend und Familie  
1030 Wien, Rüdengasse 11, Tel. 4000/8011  
Für den Inhalt verantwortlich: Mag. Hannes Kolar  
Grafische Gestaltung: Alfred Steinschauer

