

1. Einleitung

U. Gast, E. C. Markert, K. Onnasch, T. Schollas

1.1 Entstehung und Zielsetzung des Buches

Dieses Buch wendet sich an alle, die in der Trauerbegleitung tätig sind. Es richtet sich auch an Trauma-Therapeuten, die Menschen mit erschwerter und traumatischer Trauer und den Folgen anderer traumatischer Erfahrungen behandeln. Darüber hinaus ist das Buch für trauernde und traumatisierte Menschen selbst geschrieben. Wir vier Autorinnen und Autoren unterstützen seit Jahren Trauernde in vielfältiger Weise. Wir kommen aus verschiedenen Berufen (Ärztin, Therapeutin/Therapeut, Pastorin/Pastor) und wenden – der jeweiligen eigenen Ausbildung sowie der unterschiedlichen Situation der Trauernden entsprechend – verschiedene Methoden an: Psychotherapie, Seelsorge, Begleitung. Im gemeinsamen Austausch wird deutlich, dass es oft Überschneidungen in den Arbeitsfeldern gibt. Wir machen dabei die Erfahrung, dass wir durch eine Kooperation der verschiedenen Fachgebiete vielen Trauernden – und auch traumatisierten Menschen – besser gerecht werden. Von diesen Erfahrungen wollen wir hier berichten und anderen Anregungen geben.

Ein Blick in die Geschichte der Therapie (Ellenberger 1996, S. 22 ff.) zeigt, dass bereits seit dem 5. Jahrhundert vor Christus die Heiler und Heilerinnen in einer Person Ärzte, »Psychologen«, Bewegungstherapeuten und Priester waren, so z. B. in den Heilungszentren in Epidaurus oder auf der Insel Kos. Die zunehmende Spezialisierung in den Heilberufen erfordert heute, dass es wieder zu einer Zusammenschau und zum gemeinsamen Vorgehen im Heilungsprozess kommt. Psychosomatische Zusammenhänge wurden seit eh und je gesehen; der medizinisch-technische Fortschritt eröffnet heute ganz neue Chancen, die Zusammenhänge zu beleuchten. So macht die neuere Hirnforschung deutlich, wie seelische Prozesse sich in Hirnvorgängen zeigen und umgekehrt. Diese Forschungsergeb-

nisse geben der Psychotherapie inzwischen eine solide naturwissenschaftliche Basis, wie im ersten Entwurf einer »Neuropsychotherapie« (Grawe 2004) gezeigt wird.

Die wissenschaftliche Diskussion, wie Prozesse des Trauerns zu verstehen sind und wie eine angemessene Trauerbegleitung gestaltet werden kann, befindet sich noch in den Anfängen. Wir bewegen uns daher auf einer Gratwanderung: Wo ist Beratung, Trauerbegleitung oder Seelsorge angebracht? Wo ist medizinische oder psychologische Behandlung erforderlich? Wo läuft man Gefahr, den natürlichen und heilsamen Prozess des Trauerns zu pathologisieren? Und wo wird möglicherweise versäumt, notwendige medizinisch-psychologische Unterstützung anzubieten?

Einheitliche Handlungsempfehlungen gibt es hierüber noch nicht – man muss die weiteren Forschungsergebnisse abwarten. Wir skizzieren daher den vorläufigen Diskussionsstand und ordnen das vorliegende Wissen unseren eigenen praktischen und klinischen Erfahrungen zu. Dabei ist unser Anliegen, die Grenzen und Nachteile der Spezialisierung zu überwinden und nach fruchtbaren Ergänzungen und Vervollständigungen in der Zusammenarbeit zu suchen.

Es sind vor allem zwei Fragenbereiche, die uns besonders interessieren. Der eine Bereich bezieht sich auf Trauer und Neurobiologie: Diese hat in den zurückliegenden Jahren sehr zum Verständnis der Folgen traumatischer Erfahrungen beigetragen. Entsprechend liegt die Frage nahe, wie wir auf der Basis aktueller neurobiologischer Kenntnisse die Prozesse bei Verlust und Trauer verstehen können. Wie hängen Trauer und Trauma miteinander zusammen? Wie können wir unsere eigene Arbeit als Seelsorger und Therapeuten besser verstehen? Wie können wir dazu beitragen, dass Trauernden ihr eigenes Erleben verständlich wird? Und wie können wir auf dieser Grundlage Trauernde angemessen begleiten? In der aktuellen Literatur gibt es hierüber noch keine zusammenhängende Theoriebildung. Wir versuchen eine erste Orientierung zu geben.

Der zweite Fragenbereich betrifft das Potenzial spiritueller Ansätze für die Psychotherapie. In der Seelsorge spielen spirituelle Ressourcen der westlich-christlichen Tradition bei der Trauerbegleitung eine große Rolle. Daneben bezieht die klinische Seelsorge seit vielen Jahren auch

tiefenpsychologische und systemische Erkenntnisse in ihre Arbeit mit ein. Aber nicht nur Trauernde, auch Traumatisierte sind auf der Suche nach Sinnhaftigkeit ihres Schicksals, zumal auch sie in ihrem Wertesystem häufig tief erschüttert sind. Uns beschäftigt daher die Frage, inwiefern christlich-spirituelle Ansätze in die Arbeit mit trauernden und traumatisierten Menschen einbezogen werden können, um sie dabei zu unterstützen, für sich neue, tragfähige Sinnzusammenhänge zu entdecken.

Wenn wir uns in diesem Buch sowohl an Trauernde wie auch an Begleiter und Therapeuten richten, so ist uns dabei bewusst, dass es bei diesen Personenkreisen Überschneidungen gibt. Viele der Begleitenden haben selbst schwere Abschiede und seelische Verwundungen erlebt. Manche dieser Erfahrungen können weit in der Kindheit zurückliegen, so bei Kriegstraumata, frühen Verlusterlebnissen oder familiärer Gewalt. Oft können auch Prägungen durch unbearbeitete Traumata vorangehender Generationen weitergegeben werden, so dass dadurch das gegenwärtige Leben belastet und die Bearbeitung aktueller Verletzungen erschwert wird. Auch ist zu bedenken: Heilung von schweren Verletzungen stellt nicht einfach den Zustand vor diesen Verletzungen wieder her; oft bleiben Narben und manchmal auch Schmerzen. Heilung heißt dann, mit diesen Schmerzen und Narben bewusst leben zu können.

Können Trauerbegleiter mit eigener Leiderfahrung sich in Trauernde besser einfühlen und ihnen besonders nahe sein? Führt hier das Bild des »Verwundeten Heilers«¹ weiter? Bei noch nicht wissenschaftlich abgesicherten Beratungs- und Behandlungsempfehlungen kann es hilfreich sein, sich an der eigenen Erfahrung zu orientieren und dadurch einführend zu begleiten. Gleichzeitig ist die Gefahr der übermäßigen Identifizierung mit dem Leid des Gegenübers und der mangelnden Abgrenzung gegeben. Es können Burnout-Symptome entstehen, für die insbesondere Menschen in sozialen Berufen, so auch Ärzte und Psychologen, anfällig sind und zu dem die heutigen Arbeitsstrukturen vermehrt beitragen.²

1 Von C. G. Jung stammt die Aussage: »Nur der verwundete Heiler heilt«.

2 Bergner (2004) beschreibt in seinem Beitrag »Burn-out bei Ärzten: Lebensaufgabe statt Lebens-Aufgabe« diese Problematik. I. Rösing stellt die unterschiedlichen Konzepte vom »Verwundeten Heiler« und von der »Sekundären Traumatisierung« einander

In jedem Fall ist es notwendig, dass Begleitende wie Therapeuten mit ihrer eigenen Trauer und ihren eigenen Traumata bewusst umgehen. So können sie sich selbst und auch ihre Klienten/Patienten bewusst wahrnehmen und deren eigene Heilungskräfte fördern. Sie können sich einfühlen, ohne dabei den erforderlichen Abstand zu verlieren. Das Buch will Zugänge eröffnen, sich der eigenen Trauer zu stellen und eigene Traumata achtsam wahrzunehmen. Es will zeigen, dass es fruchtbar sein kann, mit solchen Verwundungen Trauernden in der Begleitung und Behandlung nahe zu sein.

1.2 Trauer und Trauma

Trauer und Trauerbegleitung

Trauer ist eine emotionale Reaktion, die bei bedeutsamen Verlusten entsteht; sie ist keine Krankheit. Sie ist zentraler Bestandteil unserer Fähigkeit, mit anderen Menschen und der Welt in Beziehung zu treten. Trauer besteht aus Grundemotionen der Menschen, sie helfen, unsere basalen Bedürfnisse zu regulieren. Emotionen sind unser innerer Kompass. So können wir bei Unerwartetem, Überraschung, bei Grenzüberschreitungen Wut, bei Missachtung Ärger, bei Überforderung Angst und bei Unpassendem Ekel spüren. Trauer zeigt den Mangel an, Freude den Überfluss. Freude und Trauer gehören zusammen wie zwei Seiten einer Medaille, die unsere Fähigkeit beinhaltet, Beziehungen einzugehen, Sehnsucht, Liebe oder auch Ideale zu entwickeln. Trauer ist eine angemessene Reaktion auf ein Verlustereignis. Sie ist schmerzlich, aber dennoch wichtig und kostbar. Wir können um Bezugspersonen trauern, aber auch um die eigene körperliche und seelische Integrität (z. B. bei chronischer Krankheit oder bei schweren Traumatisierungen). Ebenso können wir um unerreichte Ziele (z. B. Lebensziele, Beruf, Ideale) oder um materielle Werte (z. B. finanzielle Verluste) trauern. In diesem Buch geht es vor allem um die Trauer nach dem Tod eines nahestehenden Menschen.

gegenüber und fragt danach: »Wann ist die Verwundung des Heilers förderlich und wann hinderlich für seinen Heilungserfolg?« (I. Rösing 2007a, S. 71, s. auch I. Rösing 2007b).

Der Begriff »Trauer« kann mit »seelischer Schmerz über einen Verlust oder ein Unglück« übersetzt werden (Duden 2001, S. 861). Trauer ist etymologisch verwandt mit dem aus dem mittelhochdeutschen Wort »trure« (fallen, sinken) und beschreibt damit vermutlich die Körperhaltung der Trauernden, die »den Kopf sinken lassen« oder »die Augen niederschlagen«. Das weist auf die starke Verbindung von Leib und Seele in der Trauer hin. Einen Überblick über die aktuelle Diskussion über Trauer geben die Arbeiten von Horstmann (2008), Lauxen (2005) und Kersting et al. (2001, 2003). Aktuelle Definitionen beschreiben Trauer mit einer großen Bandbreite verschiedener Emotionen wie Traurigkeit, Wut, Verzweiflung und Schuldgefühle, die bei verschiedenen Personen in unterschiedlichen Kombinationen auftreten (Ringold 2005). Normalerweise nimmt die Intensität dieser Symptome nach längerer Zeit ab. Die klinische Praxis hat jedoch gezeigt, dass dies nicht bei allen Trauerreaktionen der Fall ist. Einige Trauernde leiden so sehr, dass sie ihren Alltag nicht mehr ohne Hilfe bewältigen können. Bei ihnen dauern die Symptome besonders lange an und sind besonders intensiv.

In der Trauerbegleitung gehen wir zunächst davon aus, dass die Trauer ursprünglich eine gesunde, heilsame Reaktion auf einen tief verletzenden Verlust ist. Die Trauer ermöglicht es, mit dem Abschied von einem Menschen zu leben, der für die eigene Existenz eine wichtige, oft zentrale Bedeutung hat. Das gesamte Beziehungsgefüge (System) ist aus dem Gleichgewicht geraten, die eigene Identität kann infrage gestellt sein. Ohne die Trauer kann solcher Verlust zum Zusammenbruch oder zur Versteinerung führen. Beides sind mögliche Reaktionen auf die Krise. Sie eröffnen jedoch keine weiterführende Zukunft. Um andere Lösungen zu ermöglichen, ist es notwendig, der Trauer Zeit und Raum zu geben. Dabei hat sich für viele Trauernde eine professionelle Trauerbegleitung sehr bewährt. Trauernde wollen ihrer Trauer in unterschiedlicher Weise Ausdruck verleihen. Viele wollen sich aussprechen, manchmal in immer den gleichen Geschichten und Erinnerungen.³ Oft sind hierbei Angehörige und Freunde auf längere Sicht überfordert.

3 Hierbei sind auch die unterschiedlichen geschlechtsspezifischen und kulturell bedingten Unterschiede in den Ausdrucksweisen von Trauernden zu beachten.

In der Begleitung erhält der trauernde Mensch einen Raum, in dem er Schutz und Rückhalt zur Neuorientierung finden kann. Trauerbegleitung kann, je nach Situation, einzeln oder auch in der Gruppe geschehen. Gruppen bieten eine Möglichkeit, dass Trauernde sich aufgrund ähnlicher Erfahrungen gegenseitig Verständnis, Vertrauen und neue Geborgenheit geben können.

Neben dieser heilsamen Trauer gibt es die erschwerte Trauer.⁴ Hinweise darauf werden dort sichtbar, wo nichts mehr ins Fließen kommt. Die Trauer kann auch lange Zeit nach dem Tod nicht geäußert werden, sondern sie manifestiert sich in körperlichen und seelischen Symptomen, an denen der Trauernde leidet. In solchen Situationen kann eine Therapie (zusätzlich) notwendig werden. Oft hat es sich bewährt, dass Trauernde dann nach Absprache sowohl Einzeltherapie in Anspruch nehmen, wie auch zur weiteren Stabilisierung eine Trauergruppe besuchen.

Es gibt einen breiten Konsens unter den Trauerforschern, dass Trauer einen problematischen Verlauf nehmen kann, bei dem man Menschen die Möglichkeit zur medizinischen und psychologischen Unterstützung anbieten sollte. Als mögliche Begriffe wurden »pathologische«, »traumatische« oder »komplizierte Trauer« diskutiert (Complicated Grief, Horowitz et al. 1997; Traumatic Grief, Jacobs et al. 2000). Der Begriff »prolongierte« Trauer (Kersting et al. 2003) hat sich schließlich als neutrale Beschreibung im Sinne eines verlängerten Trauerprozesses durchgesetzt.

Bei den erschwerten Verläufen zeigt sich längere Zeit ein bestimmtes Muster an Symptomen, das sich in zwei Kategorien beschreiben lässt: 1. Durch die Trennung bedingte »Kummer-Symptome« (Separation-Di-stress): Dazu gehören schmerzhaftes Überfallenwerden von Sehnsucht; In-sich-Versunkensein; Einsamkeit; ständiges Weinen sowie Symptome im Bereich der Wahrnehmung im Sinne visueller, taktiler und auditiver Trugwahrnehmungen: Trauernde sehen, spüren oder hören etwas – oft in der Verbindung mit dem oder der Verstorbenen, was andere nicht

⁴ Heilsame und erschwerte Trauer sind Beschreibungen, keine Bewertungen oder Zuschreibungen, die im Sinne von Arbeitshypothesen vom Trauerbegleiter oder der Trauerbegleiterin genutzt werden.

wahrnehmen. Gerade bei Verlust des eigenen Kindes werden von den verwaisten Eltern häufig solche Wahrnehmungen oder Erscheinungen beschrieben. Diese Symptome sind nicht mit denen einer Schizophrenie vergleichbar, da sich die Trauernden ihrer Trugwahrnehmung bewusst sind. Viele haben aber die Befürchtung, »verrückt« zu werden, sodass eine Information über diese Symptome entlastend sein kann. Die 2. Kategorie umfasst traumatische »Kummer-Symptome« (Traumatic-Disstress). Dazu gehören: wiederkehrende, störend erlebte Gedanken an den Verstorbenen; Empfindungslosigkeit; das Nichtglaubenkönnen des Todes und des Verlustes; sich betäubt und gelähmt fühlen sowie ein gestörtes Gefühl in Vertrauen und Sicherheit. Alle hier beschriebenen Symptome kommen in unterschiedlicher Ausprägung bei normalen Trauerreaktionen vor. Krankheitswert bekommen sie erst, wenn sie über einen längeren Zeitraum bestehen bleiben.

Die Problematik der Definition erschwerter Trauer wird auch in der aktuellen diagnostischen Psychiatrie und Psychotherapie nicht eindeutig gelöst. Um psychische Störungen einzuordnen, sind verschiedene Klassifikationssysteme entwickelt worden; die gebräuchlichsten sind das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM IV, Saß et al. 1998) und die Internationale Klassifikation Psychischer Störungen (ICD-10, Dilling et al. 1991). Die ICD-10 wird in Europa und Deutschland angewendet. Obwohl sie tagtäglich in der Psychiatrie und Psychotherapie Anwendung finden, sind sie bislang recht grobe Raster, die einer weiteren Bearbeitung bedürfen. In manchen Bereichen decken sich die diagnostischen Beschreibungen nicht gut mit der klinischen Praxis und der Befindlichkeit der Patienten. Dies gilt sowohl für die Störungen, die durch traumatische Erlebnisse auftreten können, als auch für die Folgen von Trauerreaktionen. Verlängerte und intensivierte Trauerreaktionen werden als »Anpassungsstörung« (F43.28) gewertet. Auch können Verlusterlebnisse Symptome einer akuten Belastungsstörung (F43.0) oder bei längerem Verlauf einer Posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1) hervorrufen und entsprechend eingeordnet werden. Eine Reihe von Forschern plädiert dafür, erschwerte Trauer als separate psychische Störung im Sinne einer prolongierten Trauer in den Manualen aufzunehmen (s. unter anderem Kersting et al. 2003, Horstmann 2008, Ott 2007, Dillen 2008). Dadurch könnte eine erhöhte professionelle Wachsamkeit für Trauerprozesse erreicht werden.

Forscher schätzen, dass etwa 20 % aller Trauerfälle erschwert verlaufen (Shear et al. 2005). Es sind also nicht wenige Menschen, die gegebenenfalls Unterstützung benötigen. Die Wichtigkeit therapeutischer Angebote wird umso deutlicher, wenn man die gesundheitlichen Beeinträchtigungen, u. a. vermehrten Angst- und Depressionssymptome, sowie eine höhere Suizidrate und ganz allgemein eine erhöhte Sterblichkeit in Betracht zieht (Silverman et al. 2000). Diese Ergebnisse machen deutlich, dass professionelle spezifische Angebote sinnvoll und notwendig sind, dass es aber über die Art der Angebote noch keine verlässlichen Untersuchungen gibt. Die nachfolgenden Beschreibungen stützen sich daher in erster Linie auf eigene Erfahrungen und den kollegialen Austausch in der Arbeit mit Trauernden.

Trauma und Traumabearbeitung

Trauma bezeichnet ursprünglich die schwere körperliche und/oder seelische Verletzung; das Wort stammt aus dem Griechischen, dort bedeutet Trauma »Verwundung«. In der Neurobiologie und der Psychotherapie wird das Trauma als der seelische (und auch körperliche, in der Hirnfunktion zurückbleibende) Eindruck verstanden, den das einschneidende Erlebnis in der betroffenen Person hinterlassen hat. Häufig wird auch stellvertretend die traumatisierende Situation selbst als Trauma bezeichnet.

Zu einer psychischen Traumatisierung kommt es, wenn das Ereignis die psychischen Belastungsgrenzen des Individuums übersteigt und nicht angemessen verarbeitet werden kann. Beispiele für Erlebnisse, die Traumata auslösen können, sind Gewalt, Krieg, Mord, Folter, Vergewaltigung, körperliche, seelische, sexuelle (Kindes-)Misshandlung, Unfälle, Katastrophen oder Krankheiten. Auch die bloße Zeugenschaft eines solchen Ereignisses kann auf die beobachtende Person traumatisierend wirken. Emotionale Vernachlässigung, Verwahrlosung, soziale Ausgrenzung, Zwangsräumung, Obdachlosigkeit oder Mobbing können ebenfalls zu einer Traumatisierung führen. Ebenso kann der plötzliche Verlust eines nahen Angehörigen ein Trauma darstellen.

In der ICD-10 (s.o.) wird ein traumatisches Ereignis definiert als »ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes, die bei fast jedem eine tiefe Ver-

störung hervorrufen würde« (Dilling et al. 1991). Traumatische Ereignisse können sehr unterschiedlich verarbeitet werden. Sie können ausheilen, sie können aber auch schwerwiegende Folgen für die traumatisierte Person beinhalten, die von Leid- und Angstgefühlen bis hin zu schwerwiegenden psychischen Störungen reichen. In der medizinischen Diagnose wird unterschieden: 1. Akute Belastungsreaktionen, die unmittelbar auf das belastende Ereignis folgen und kurzfristig andauern. 2. Posttraumatische Belastungsstörungen, bei der Belastungsreaktionen anhalten und chronische Formen annehmen. Sie können zu Intrusionen (einschießende, störend erlebte Gedanken, Gefühle und Sinneseindrücke) mit ihrer Extremform, den Flashbacks (Nachhallerinnerungen), führen. Sie können durch bestimmte Trigger (Schlüsselreize) ausgelöst werden und die Erinnerung an das zurückliegende Trauma erneut wachrufen. Daneben treten Vermeidungsverhalten mit sozialem Rückzug und emotionaler Taubheit, verbunden mit anhaltenden erhöhten Erregungssymptomen, auf. 3. Komplexe Posttraumatische Belastungsstörungen, die im Zusammenhang von Mehrfachtraumatisierungen (oft bereits in der Kindheit) oder länger andauernden traumatischen Situationen auftreten (s. a. andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung⁵).

Der Verlust eines nahestehenden Menschen kann ein Trauma darstellen – vor allem bei plötzlichen Verlusten und bei traumatischen Todesumständen. Der Tod des eigenen Kindes wird häufig traumatisch erlebt. Der traumatische Charakter des Verlustes wird in der Regel Trauerprozesse erschweren. Die Verletzung, die durch das traumatische Ereignis ausgelöst wird, ist so groß, dass das Erlebnis zunächst nicht verarbeitet werden kann, sondern abgespalten wird. Das traumatische Geschehen kann nicht kommuniziert werden und taucht oft unvermittelt auf z. B. durch Erinnerungsfetzen (Flashbacks), von denen sich der Traumatisierte überfallen fühlt. Halten bestimmte Symptome mehrere Monate nach dem auslösenden Ereignis weiterhin an, wird von dem Krankheitsbild der »Posttraumatischen Belastungsstörung« (PTBS) gesprochen. Hier wird eine therapeutische Behandlung notwendig, in der es im ersten Schritt um eine Stabilisierung geht. Dadurch soll

5 Diagnostische Kriterien s. ICD-10: F43.1; ICD-10: F43.0 (bei akuten Belastungsreaktionen); ICD-10: F62.0 (andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung).

eine Retraumatisierung durch zu frühe neue Konfrontation mit dem schrecklichen Geschehen vermieden werden. Ziel der Behandlung ist es zunächst, die erstarrte Trauer langsam wieder in Fluss zu bringen, Ausdrucksfähigkeit zu fördern und dazu beizutragen, dass betroffene Menschen wieder sprachfähig werden.

In der Trauerarbeit ist zu beachten, dass bei manchen Trauernden vor dem Auftreten der akuten Trauer schon alte Traumatisierungen (z. B. Kriegserfahrungen, auch durch Eltern unverarbeitet weitergegebene Kriegserfahrungen, häusliche Gewalt und andere traumatisierende Erfahrungen) zugrunde liegen (s. Exkurs 3). Sie werden häufig durch das akute Trauergeschehen aktualisiert und reaktiviert; auch sie bedürfen jetzt einer Bearbeitung. Nach und nach können dann die überwältigenden Erfahrungen als Teil des eigenen Lebens verstanden werden, sodass die Trauer und die anderen sonst nicht mehr zugänglichen Gefühle zum Ausdruck kommen und bewusst in die Kommunikation einbezogen werden können (s. a. Kap. 6.5).

In den beiden sich teilweise überschneidenden Feldern von Trauerbegleitung und Traumabearbeitung hat es sich bewährt, mit Bildern, Symbolen, Vorstellungen und Geschichten zu arbeiten. Sie kommen uns in kulturellen und religiösen Traditionen entgegen. Im Erzählen, Feiern und Gestalten können sie lebendig werden. Oft entdecken Trauernde eigene heilsame Bilder als wichtige Ressourcen, z. B. in Tag- und Nachträumen. Manchmal finden sie sich in Bildern und Geschichten anderer wieder: Sie erleben dann, dass sie in ihrer Trauer nicht einsam sind, sondern mit anderen Betroffenen in einer intensiven Kommunikation stehen, die oft neue Perspektiven eröffnet.

1.3 Kurze Übersicht

Was erwartet Sie in diesem Buch? In Kapitel 2 beschreiben wir, wie wir auf dreierlei Weise nach neuen Wegen suchen: Wir wollen die Praxis der Trauerbegleitung mit Theorien der Neurobiologie verbinden; wir suchen nach Zusammenhängen zwischen Neurobiologie und Theologie, und wir wollen christliche Traditionen beschreiben, die Trauernden und Traumatisierten Impulse geben können. In Kapitel 3 skizzieren wir den aktuellen neurobiologischen Wissensstand über Trauma

und Trauer. Anhand unserer praktischen und klinischen Erfahrungen versuchen wir das Wissen so zu ordnen, dass es Trauerbegleitern und Trauernden übersichtlich und anwendungsbezogen zur Verfügung steht. Dabei beziehen wir Aussagen von Trauernden mit ein, um einen Praxisbezug herzustellen. Kapitel 4 stellt die Evangelientexte vor und beschreibt beispielhaft, welche Ressourcen für den Umgang mit Trauer- und traumatischen Erfahrungen in ihnen liegen. Die Verknüpfung der Passionsgeschichten und ihrer Figuren mit der Situation Trauernder heute – so unsere Überlegungen – können dazu beitragen, neue Sinnzusammenhänge zu finden. In Exkursen werfen wir einen Blick auf den Umgang mit Schmerz und Trauer in anderen Religionen (Judentum, Islam und Buddhismus). In Kapitel 5 setzen wir uns mit religiösem Erleben auseinander und zeigen die tiefe Verwurzelung der christlichen Traditionen in rhythmisch gegliederten Zeiten sowie in Bildern, Symbolen und Ritualen. Diese haben durch gemeinsame soziale Erfahrungen und Lernprozesse ihre Entsprechungen in Bahnungen und Vernetzungen des Gehirns. Ihre Aktivierung durch biblische Geschichten und religiöse Rituale kann Orientierung, Stabilisierung und Perspektive geben. Wir beschreiben dies auf dem Hintergrund möglicher Wirkungen für trauernde und traumatisierte Menschen. In einem Praxiskapitel 6 geben wir Einblick in unsere konkreten beruflichen Arbeitsfelder und zeigen, wie wir Trauernde und Traumatisierte begleiten und dabei spirituelle Angebote dort machen, wo es gewünscht und gefragt ist. Schließlich lassen wir unsere Überlegungen in Kapitel 7 ausklingen, indem wir unsere Erfahrungen in uns wesentlichen Punkten darstellen und Sie einladen, sich davon anregen zu lassen.

Einige Abschnitte haben wir vier gemeinsam geschrieben, andere sind zu zweit entstanden oder von einer Person verfasst. In seiner Konzeption haben wir das Buch alle gemeinsam entworfen und entwickelt. Alle Texte haben wir zusammen durchgesehen, bearbeitet und aufeinander bezogen.