

**Erschwerte Trauersituationen begleiten.
Psychotraumatologische, traumapädagogische, palliative
und spirituell-seelsorgliche Zugänge**

Gerhard Dittscheidt

**1. Warum spezielle Situationen und Reaktionen im
Zusammenhang mit einem Verlust anschauen?**

Im Laufe der letzten Jahrzehnte wurde eine Reihe von Konzepten entwickelt, Menschen zur Begleitung Sterbender oder Trauernder zu befähigen. Im Folgenden soll nun ein Akzent auf der Zeit kurz vor und während des Versterbens oder des Todes liegen. Im Blick sind *mögliche heftige Trauerreaktionen von Angehörigen und Begleiter*innen* und das *Erleben einer Grenze und Überforderung* bei einem ‚plötzlichen‘ Tod, der aufgrund *äußerer und persönlicher Umstände*, sei es zuhause, außerhalb oder im Krankenhaus, als solcher *subjektiv dramatisch* wahrgenommen wird.

Kann, ja muss man dies als Notfall oder als potenziell traumatisierende Krise bezeichnen?

Und was muss jemand in der Begleitung wissen, ja bei sich selbst wahrnehmen können? Die Erfahrung der Begleiter*innen, ihr eigenes Erleben und Erleiden und eine einbettende und weitende Orientierung unter Beachtung der Dimensionen der Gefühle, der realen Begegnung, aber auch der körperlichen Dimension und der religiös-spirituellen Räume sind gerade dann sinnvoll, wenn diese von schwierigen Begleitungen zu berichten wissen oder eigene Grenzerfahrungen im Umgang erwähnen.

Die Ausgangsannahme ist dann, dass nicht eine *ähnliche* und *kommunikable* Erfahrung, sondern eine *dramatische*

Begegnung stattfindet, die im Wesentlichen durch massive Orientierungs- und Hilflosigkeit gekennzeichnet ist und auch den oder die Begleiter*in affizieren kann.

Dazu bietet sich ein Blick auf *psychotraumatologisch inspirierte palliative bzw. seelsorgliche Begleitung* und ihre speziellen Hintergründe an.

2. Was meint ‚erschwerte‘ Trauer?

Die Entfaltung der Beschäftigung mit dem Thema Trauer steht für eine wachsende gesellschaftliche Bereitschaft, sich dem Thema der Trauer nicht zu verschließen. Sterbende und ihre An- und Zugehörigen können in intensiver Form begleitet werden. Auch psychotherapeutische und psychologische Forschungen ergänzen die Hospiz- und Palliativarbeit. Ein Beispiel dieser Entwicklung ist die folgende Differenzierung:

- *Unter normaler Trauer* (oder: nicht-erschwerter Trauer) kann verstanden werden: eine *normale, auch starke Reaktion jedes Menschen auf Verlust und Abschied, die – inhaltlich, sozial und zeitlich individuell geprägt und gestaltet – Einschränkungen in der Selbstwahrnehmung* betrifft. Diese Einschränkungen sollen im Laufe des Trauerprozesses einer *neuen Sicht auf das eigene Leben, neuen oder erneuerten sozialen Bezügen, aus möglicherweise neu gewonnenen Erfahrungen mit sich selbst in existenziellen Herausforderungen, die der Annahme, Integration und erwachenden Bereitschaft zur Lebensgestaltung bedürfen, weichen können und neue Selbst-Bewusstheit (Achtsamkeit), Selbst-Reflexivität (Korrekturfähigkeit) und Dialogorientierung*

(existenzielle Kommunikation von Mensch zu Mensch) ermöglichen.

- Von *erschwerter Trauer* zu sprechen, bedarf weiterer Erläuterungen. Die Erscheinungsformen von Trauer sind in einigen Punkten zunächst nicht von krankhaften Symptomen zu unterscheiden, sondern zeigen eine Ähnlichkeit zu krankheitswertigen psychischen (Ausnahme-) Zuständen. Hier werden zudem lang anhaltende Phänomene wie sozialer Rückzug, emotionales Chaos oder Taubheit, innere Leere, traurige Gemüthsstimmung, Verlustangst, Überschwemmt-Werden von Gefühlen, Eindrücken oder Situationen oder auch das Leben in Vorstellungen und Sehnsüchten, die nur bedingt real sind, nicht zuletzt mit Diagnosen wie etwa *Depression*, *Anpassungsstörung* oder *Psychotrauma* in Verbindung gebracht¹, wozu Therapien angeboten werden. Auch in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Arbeit geht es um Differenzierung der Situation des Patienten / Klienten und genauer darum, Traurigkeit von normaler Trauer zu unterscheiden. Doch gibt es derzeit noch keine eindeutige Klassifikation in den einschlägigen Diagnosebüchern. Vielmehr wird ein Forschungsbedarf für das Thema pathologisch relevanter Trauer angezeigt. Ebenso ist noch keine einheitliche Bezeichnung im Gebrauch, sondern die Rede kann sein von *kompli-*

¹ Vgl. Peter Falkai, Hans-Ulrich Wittchen & Manfred Döpfner (Hrsg.), Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®, Göttingen – Bern – Wien u. a. 2015.

*zierter, prolongierter, traumatischer oder erschwerter Trauer.*² In der ICD-11 (ab 2022) steht für den psychiatrischen Bereich der Begriff der *anhaltenden Trauerstörung*.

Wie kann man nun palliative oder seelsorgliche Begleitung und Begleitung im Hospiz erkennen und unterscheiden? M. Müller und M. Schnegg heben zur Bestimmung von erschwerter Trauer vier Punkte hervor³:

- wenn *immer mehr eine grundsätzliche Lebenstrauer Thema* wird, nicht aber die konkrete Trauer in den Blick genommen werden kann,
- wenn Trauer – vorderhand aus gutem Grund verdrängt oder abgespalten! – *nicht gelebt bzw. gestaltet werden kann und zu physischen oder psychischen Erkrankungen* führt oder zumindest im Zusammenhang mit ihnen wieder Thema wird,
- wenn Trauer sich in einer *anhaltenden – scheinbaren?* – *Erstarrung* und im Festhalten äußert,
- wenn Trauer im *Zusammenhang mit besonders belastenden Ereignissen* steht (Suizid / tabuisierte Krankheit / plötzlicher Tod / Tod eines Kindes / gewaltsamer Tod / Unfalltod / verschollene Person).

R. Rosner verwendet den psychologisch-psychiatrischen Terminus der *komplizierten* Trauer und verweist darauf,

² Vgl. Monika Müller, Sylvia Brathuhn & Matthias Schnegg, Handbuch Trauerbegegnung und -begleitung. Theorie und Praxis in Hospizarbeit und Palliative Care, 3. Auflage, Göttingen 2018, 15–102; Urs Münch, Anhaltende Trauer. Wenn Verluste auf Dauer zur Belastung werden (Edition Leitfaden), Göttingen 2020, 16–37.

³ Vgl. Monika Müller & Matthias Schnegg, Unwiederbringlich. Von der Krise und dem Sinn der Trauer, Göttingen 2016, 14–21.

dass sich die Häufigkeit eines solchen Trauerverlaufes durchschnittlich auf etwa 10 % beziffern lässt. Neben den oben schon aufgeführten belastenden Ereignissen erwähnt sie *persönliche Risikofaktoren* wie Alter, Geschlecht, Familiengeschichte, psychische Störungen und Verluste in der Kindheit. Auch sind die *Qualität der Beziehung* (Nähe / Ambivalenz) und *der Verwandtschaftsgrad* von hoher Bedeutung. Ebenso müssen *vorausgehende oder folgende Krisen* beachtet werden.⁴

Bis hierhin ergeben sich folgende Merkmale von Trauer:

- *Trauer* lässt sich verstehen als eine natürliche Reaktion auf Verlust und Abschied; eine menschliche Fähigkeit, keine Krankheit, die das berührt, was uns Hoffnung gab, gibt und geben wird (?), die den Menschen in allen Dimensionen (individuell, sozial, psychisch, körperlich, spirituell) anrührt und die jeder Mensch anders erlebt.
- *Erschwerte oder nicht normale Trauer* tritt möglicherweise dann auf, wenn Risikofaktoren wie plötzliche Todesursachen, mit Gewalt verbundene Erfahrungen oder das Sterben eines Kindes erlebt oder konflikt-hafte, hochambivalente oder abhängige Beziehungen bestanden haben oder wenn unverarbeitete Verluste in Kindheit oder Jugend bestehen.

⁴ Vgl. Rita Rosner, Komplizierte Trauer – Definition und Behandlungsmöglichkeiten eines erschwerten Umgangs mit Verlusten, in: Müller, Brathuhn & Schnegg 2018, 91–95. Hier stellt sie auch eine Tabelle zur psychiatrischen Differentialdiagnostik vor, auf die allerdings an dieser Stelle nur verwiesen werden kann. Vgl. auch Rita Rosner & Birgit Wagner, Komplizierte Trauer, in: Günther H. Seidler, Harald J. Freyberger & Andreas Maercker (Hrsg.), Handbuch der Psychotraumatologie, Stuttgart 2011, 220–230; Birgit Wagner, Komplizierte Trauer. Grundlagen, Diagnostik und Therapie, Heidelberg 2013.

Auch können bestimmte Persönlichkeitsmerkmale wie ein rigides Selbstbild, eine geringe Ich-Stärke oder ein unsicherer Bindungsstil dies begünstigen. Schließlich kann mangelnde Unterstützung (etwa bei verheimlichter Abtreibung) Auslöser sein.

- Von *komplizierter Trauer* spricht zumindest ein Teil der Forscher, wenn der intensive Trauerschmerz über Monate und nach dem ersten Trauerjahr anhält und in seinem Ausmaß das ganze Leben bestimmt.
- Dagegen heben Vertreter eines Verständnisses von anhaltender Trauerstörung besonders auf *anhaltende auffällige ungelöste Trauererfahrung*, also auf innerliche Prozesse ab.⁵

Die mögliche Konzentration von *besonderen Ereignissen, Umständen* und *Voraussetzungen* sowie einer *besonders dramatischen Zeit* innerhalb der sowieso durch das Sterben oder den Tod schon einmaligen Situation sollte beachtet werden. In diesem Sinn fassen Müller und Schnegg zusammen:

„Erschwerte Trauer muss frühzeitig dann anamnestisch in Betracht gezogen werden, wenn die Risikofaktoren im Umfeld und in der Vorgeschichte der Trauernden sowie die begleitenden, sichtbar belastenden Trauersymptome den Umfang und Wert der zur Verfügung stehenden Ressourcen übersteigen.“⁶

Nun legt sich gerade angesichts schwieriger Situationen oder Verläufe nahe, nicht nur im Blick auf Trauernde, sondern auch und nicht zuletzt mit Blick auf *Begleitende* die Frage nach *Erfahrung* und *Kompetenz zur Einschätzung* von Trauerverläufen zu stellen. Die genannten Kriterien deuten

⁵ Vgl. Münch 2020, 24–25.

⁶ Müller & Schnegg 2016, 95.

in ihrer signifikanten Situativität darauf hin, dass *Betroffenheit* beziehungsweise *Mit-Betroffenheit* sich jeweils wechselseitig beeinflussen. Sterbebegleitung oder Trauerbegleitung ist ohne Anteil-Habe oder -Nahme nicht denkbar.

Wenn dieses Ineinander der Beziehung nicht gesehen und genau bedacht wird, ist die Gefahr einer „*tertiären Trauer*“⁷, also *Trauer, die R. Smeding durch die Begleitung verursacht* nennt, hoch, und das oft zitierte erfahrungsorientierte ‚Bauchgefühl‘ in der Begleitung muss sich kritisch befragen lassen.

Im Folgenden werden drei Zugänge aufgegriffen, die Begleitung in speziellen Situationen von belastenden bzw. potenziell traumatisierenden Erfahrungen zu erschließen, die für Trauerbegleitende einen verschärften Blick auf psychophysische Umstände Trauernder und Begleitender gleichermaßen ermöglichen sollen und für den Umgang mit Menschen in spezieller belastender Trauersituation hilfreich sind.

3. Trauer und Psychotrauma – eine Verhältnissuche

3.1. Hilfreiche Aspekte aus der Trauma-Arbeit

Zunächst kann die psychologisch-psychiatrische Begleitung von Menschen nach extremen und (potenziell) traumatisierenden Erfahrungen für die palliative Begleitung aufschlussreich sein. Psychotraumatologische Forschungen und die

⁷ Ruthmareijke Smeding, Das Modell: „Die Gezeiten der Trauer“, in: dies. & Margarete Heitkönig-Wilp (Hrsg.), Trauer erschließen. Eine Tafel der Gezeiten, 3. Auflage, Wuppertal 2014, 140–147, hier: 147.

traumapädagogische Arbeit der letzten Jahrzehnte ermöglichen eine Übersicht zum Verständnis eines (*Psycho-*)*Traumas*⁸:

Unterscheidung von Traumata:

1. plötzliche (einmalige oder kurze) Traumata (z. B. Unfall) (Typ I)
2. andauernde oder wiederholte Traumata (Missbrauch/Mobbing/Gefangenschaft ...) (Typ II)
3. Entwicklungstraumata (Vernachlässigung als Kind/Bindungslosigkeit)

Ursachen eines Traumas können sein:

- frühe Erfahrungen
- fehlendes soziales Eingebundensein und Unterstützung
- Art, Ausmaß und Dauer des Erlebten
- Grad der Hilflosigkeit / (Un-)Möglichkeit, sich zu helfen
- Opfer willentlicher Gewalt
- Kinder ohne die Möglichkeit, sich zu schützen

⁸ Vgl. Jo Eckardt, Wenn Trauma und Trauer aufeinandertreffen. Betroffenen helfen, neuen Lebensmut zu finden (Edition Leidfaden), Göttingen 2017, 16–24. Darüber hinaus ausführlich: Lydia Hantke & Hans-Joachim Görge, Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik, Paderborn 2012; Michaela Huber, Trauma und Traumabehandlung, Teil 1 und 2, Paderborn 2003.

Merkmale eines Traumas:

- subjektive Überforderung (Todesangst / Verlustangst durch Tod)
- wiederholtes Erleben der Situation (Intrusionen / Flashbacks)
- Vermeidungsverhalten (Orte, Gedanken ...) bis hin zu Dissoziationen (Abspaltungen) und Teilamnesien (Vergessen)
- Depersonalisation / Derealisation
- Übererregung (Hyperarousal) und erhöhte Wachsamkeit (Hypervigilanz) mit Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten und erhöhter Reizbarkeit
- oder kontrolliertes Verhalten
- emotionale Taubheit oder Erstarrung
- oder emotionale Überreaktion (Panikattacken)
- Trigger (Auslöser) bzw. Schlüsselreize
- gedankliche Vorwegnahme potenzieller Gefahren, Übervorsichtigkeit

Differenzierter Umgang ist erforderlich:

- ! Für die Unterscheidung von Trauer und Psycho-trauma im eigentlichen Sinn soll festgehalten werden, dass die Diagnose eines Psychotraumas erst nach etwa *6 Monaten* gestellt werden kann.
- ! Wenn die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung schon vorliegt und bekannt ist, könnten frühe traumatische Erfahrungen vorliegen.

! Das Gehirn tritt bei Traumatisierungen in einen ‚Notfallmodus‘ ein.

Die genannten Disziplinen haben Grundlagen für die Bestimmung der Möglichkeiten und Ziele der Begleitung von Menschen nach Todes-, Unglücks- und Traumaerfahrung – wesentlich: *unter Schock* – erschlossen, die durch die Beobachtung *hirnphysiologischer* Zusammenhänge der Erfahrungsverarbeitung bei Schock plausibel werden.

Was passiert *hirnphysiologisch bei akuter Belastung / bei Schock?*⁹

Es geht um eine Situation subjektiver Überforderung, in der im Bruchteil einer Sekunde eine nicht beeinflussbare Reaktion hervorgerufen wird. Der Mensch reagiert im Schock *normal auf eine nicht normale Situation*. Dabei reduziert sein Organismus alles auf lebenswichtige Funktionen und schränkt körperliche, emotionale und kognitive Möglichkeiten ein. Das verkürzt die Verarbeitung des Erlebten in der Situation einer Bedrohung.

Es kann *hirnphysiologisch* allerdings nachhaltig wirken, insofern das *Erlebte in seiner Massivität und Unausweichlichkeit* sowohl emotional als auch als Eindruck von Sinneserfahrungen wie Bildern, Gerüchen, Geräuschen etc. *keine* Einordnung in bisherige oder generell in noch nicht vorhandene Erfahrungsspeicher zulässt, sondern ein subjektiv traumatisches Erlebnis sofort in eine Erfahrung umdeutet, die den Menschen in jeder Hinsicht (psychisch, sozial und physisch) überschüttet und so Erlebens- und Urteilsmöglichkeiten beeinflusst.

⁹ Vgl. Gerald Hüther, *Biologie der Angst. Wie aus Streß Gefühle werden*, 13. Auflage, Göttingen 2016.

Im Schock kommt es zu einer nicht willentlichen Verkürzung der Verarbeitung. Sie betrifft die Areale der äußeren *Großhirnrinde* mit ihren kognitiven Fähigkeiten hinsichtlich des Denkens, der Sprache und der planungsvollen Handlungen sowie der Gefühle, der Anpassungsmöglichkeiten und des Ausdrucks, die im zentraleren *limbischen System* angesiedelt sind. Das *Stammhirn*, die älteste und zentralste Region, erlaubt nur noch reflexhafte und instinktive Prozesse. Bei akuter Belastung (und in Vollform bei einem Trauma) kommt es zu einer nachhaltigen einseitigen Erlebnis-Einschätzung und wegen der *subjektiv erlebten Bedrohlichkeit* zu einer erforderlich erscheinenden *dramatischen Verarbeitung*. Ein *Notfallprogramm* wird ausgelöst, und alltägliche Fähigkeiten der Kommunikation, Artikulation und Planung können *nicht in der üblichen Weise* genutzt werden. Das hat für den Menschen in seiner Welt- und Selbsteinschätzung Konsequenzen in allen Bereichen, und kann auch einen Trauerprozess verändern. Ein*e Betroffene*r hat in dieser Situation keinen Zugang mehr zum eigenen erfahrungsbezogenen Weltbild und zu eigener Sicherheit, Kontrolle und Sinnhaftigkeit. Ein belastendes Ereignis, zu dem auch der *subjektiv als plötzlich oder in vielfältiger Weise bedrohlich* erlebte Tod und der Verlust eines nahestehenden Menschen gehören kann, überschreitet zeitweise die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten und überflutet Betroffene mit Gefühlen von Hilflosigkeit, Angst, Entsetzen oder Leere. Diese Prozesse können zum Beispiel eine *Dissoziation* nach sich ziehen. Dabei handelt es sich um ein Phänomen, das möglicherweise aus der Trauerbegleitung bekannt ist und in Zusammenhang mit einer akuten Belastung auftreten kann: Ein Mensch (oder noch einmal anders eine Gruppe) erstarrt, wirkt wie eingeschränkt oder neben sich und *dis-*

soziiert – aus gutem Grund. Dissoziation ist unter bestimmten Bedingungen eine hilfreiche Fähigkeit, etwas aus dem Alltagsbewusstsein abzuspalten. Sie ist das Gegenteil von Assoziation. Bei der Assoziation werden Dinge, Gedanken oder Ereignisse zu einem möglichst sinnvollen Ganzen verbunden, bei der Dissoziation werden sie abgespalten oder getrennt. Letztere erweist sich in spezifischen Konstellationen als Möglichkeit, Tagträumen nachzugehen, imaginativ und intuitiv zu sein, aber auch zerstreut oder zu Fehlleistungen neigend. Sie sind keine bewussten Entscheidungen, sondern geschehen unwillkürlich und sind von den Betroffenen nicht steuerbar. Das ist insofern in außergewöhnlichen Situationen wie dem Erleben eines ‚lebensgefährlichen‘ Übergangs oder eines Todes und in Gefahrensituationen eine sinnvolle Reaktion des menschlichen Organismus, dank der Teilfähigkeiten zur Alltagsbewältigung aufrechterhalten werden können. Bei langer Dauer führen Dissoziationen allerdings zu schweren Beeinträchtigungen und können z. B. kindliche Persönlichkeiten, die noch nicht ausgereift und formbar sind, oder traumatisierte Erwachsene nachhaltig schädigen.

Formen der Dissoziation sind:

- *Alltagsdissoziation*, z. B.: Autofahren (über längere Strecken)
- *Amnesien*, z. B.: Vergessen eines Briefeinwurfes, des Abschließens, der Herdplatte
- *Derealisation* / Entfremdung, z. B.: Ereignisse laufen wie in einem Film ab
- *Depersonalisation* / Ich-Fremde, z. B.: das bin ich nicht, das ist mir nicht passiert

- *Fragmentierung der Sinneseindrücke*, z. B.: Ausblenden von Gerüchen, Geräuschen, Gefühlen
- *Fugue*, z. B.: Sich-Wiederfinden an Orten, die man gar nicht aufsuchen wollte

In stark dissoziativen Zuständen brauchen Menschen eine *aktiv-haltende Unterstützung*, denn *Informationen* können dann nicht angemessen verarbeitet werden. *Selbstbezug, Sozialbezug, Gefühle, Gedanken* und *Handlungen* sind eingestellert oder chaotisch. Diese Zustände sollten sich nach einigen Stunden verändern. Vergesslichkeit, Sich-fremd-Fühlen, Fehlwahrnehmungen wie Taubheit oder wie das Gefühl der Gefühllosigkeit sind punktuell oder wiederkehrend auch in der Trauer beobachtbar.

Dies alles als mögliche Reaktionen eines Menschen im Schock eines Verlust- und Trauererlebnisses zu erkennen, ermöglicht eine andere Art des Umgangs und der Begleitung des Gegenübers. Gerade wenn kognitive, emotionale und handlungsbezogene Fähigkeiten einer Person über kürzere oder längere Zeit eingeschränkt sind und diese sich in einem ‚Chaos ihrer selbst‘ befindet, bedarf es eines *Containings*. Das soll weiter unten eingehender erläutert werden. Die dargestellten Reaktionen und Aktionen beziehen sich auf extreme Zustände. Allerdings geht es beim vorliegenden Thema genau um solche. Sie sollen identifiziert und dann kompetent begleitet werden können. Ersichtlich dürfte sein, dass dies auch der begleitenden Person eine hohe und spezifische Reflexions-, Selbstwahrnehmungs- und Kommunikationsfähigkeit abverlangt.

3.2. Das Gleichgewichtsmodell der Salutogenese und ein seelsorgliches Handlungsmodell

Humanwissenschaftlich beschriebene *Gleichgewichts- und Autonomiemodelle*, die in der Begleitung meistens wie selbstverständlich zugrunde gelegt werden, sind bei genauerer Betrachtung von überraschendem Gewicht *für alle Beteiligten*. Sie beziehen sich auf die *Ressourcen eines Menschen* und erfordern seitens der Begleiter*innen ein hohes Maß an Professionalität, sowohl angesichts der oftmals schwer belasteten Klient*innen als auch angesichts der eigenen Möglichkeiten, Ressourcen jenseits der Gefahr einer Bagatellisierung von Leiden zu suchen. Im Rahmen der Begleitung von Menschen in akuten Situationen des Verlustes oder unter Schock durch Trauerbegleiter*innen oder Seelsorger*innen muss *das Handeln verantwortet, transparent, kooperativ und mit einem eigenen Profil auf spezielle Art stützend* sein. Das gesundheitstheoretische Modell der Salutogenese sucht einen das pathogenetische (= krankheitsorientierte) Modell ergänzenden Blick auf menschliche Entwicklung. *Subjektive Möglichkeiten der Verarbeitung und Integration von Erfahrungen* werden gesammelt; darauf aufbauend werden im Anschluss Programme zur Förderung dieser Möglichkeiten entwickelt.¹⁰ Gerade angesichts schwerer und unumkehrbarer Situationen wird mit der *Erfahrungsorientierung* und mit der Frage nach *Ressourcen* ein Ansatz gewählt, der *die Person* des Kranken oder der Sterbenden, aber auch *trauernde* Personen sowie schließ-

¹⁰ Vgl. Aaron Antonovsky, Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen 1997; Martin von Wachter & Askan Hendrichske, Das Ressourcenbuch. Selbstheilungskräfte in der Psychotherapie erkennen und von Anfang an fördern, Stuttgart 2017.

lich auch diejenigen, die begleiten, mit und in ihren Umständen ganzheitlich zu verstehen sucht. Das ist im Sinne einer gegenseitigen Transparenz von hohem Gewicht, nicht zuletzt wenn die Kernbegriffe des Salutogenesemodells, *Resilienz* und *Kohärenzgefühl*, genauer auf ihre auch seelsorglich bedeutsamen Möglichkeiten hin bedacht werden. Das Salutogenesemodell¹¹ geht von der *Resilienz* eines Menschen aus. Dieses Konzept stammt ursprünglich aus der Materialforschung: Gemeint ist hier die Fähigkeit eines Materials, nach Dehnung, Belastung o. Ä. wieder in die ursprüngliche Form zurückzukehren. Im Kontext psychischer Prozesse geht es um die Möglichkeit des Individuums, sich selbst wieder in einen ausgeglichenen Zustand zu versetzen. Dahinter steht die Zielvorstellung eines Gleichgewichtes zwischen äußeren und inneren Faktoren, zwischen Belastung und Stärken. Dabei ist auch an den Mut gedacht, Niederlagen einzustecken und als vorübergehend einschätzen zu können, sowie an die Fähigkeit, loslassen zu können, sich nicht an Menschen zu klammern, einen Glauben an das Gute und an Sinn zu entwickeln oder durch Haltungen wie Akzeptanz, Optimismus, Selbstwirksamkeit, Verantwortung, soziale, Lösungs- und Zukunftsorientierung mit Situationen umzugehen.¹²

Nun beschreibt Resilienz als menschliche Fähigkeit in Belastungs- und Krankheitssituationen keinen universellen Fakt,

¹¹ Heute findet das Modell Anwendung im Bereich der Psychotherapie, der Supervision und des Coachings (speziell im Bereich Burnout). Vor diesem Hintergrund entstand ein Praxisbuch zu ressourcenorientierter Seelsorge: Heike Schneidereit-Mauth, *Ressourcenorientierte Seelsorge. Salutogenese als Modell für seelsorgliches Handeln*, Göttingen 2015. Andere seelsorgetheologische Ansätze greifen auch allgemeiner auf den Grundgedanken zurück.

¹² Vgl. Eckhard Schiffer, *Wie Gesundheit entsteht. Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung*, Weinheim 2013.

sondern ein Ideal, das der Begründung bedarf und bestenfalls als empirisch beobachtbare Leitvorstellung dienen kann.

Im *Kohärenzgefühl* werden drei integrative Dimensionen der je eigenen Weltdeutung besonders wichtig:

- *Verstehbarkeit* der eigenen Person und der Welt: wichtig, um Zusammenhänge zu begreifen
- *Handhabbarkeit*: im Vertrauen auf die eigene Kraft oder mit Unterstützung können Lebensaufgaben gemeistert werden
- *Sinnhaftigkeit*: in der Deutung des eigenen Lebens werden spirituelle, religiöse oder philosophische Ressourcen wahrgenommen

Das Modell arbeitet mit den drei empirisch und motivisch benannten Dimensionen, die hermeneutisch offene Begriffe sind und komplementäre und inhaltlich bzw. weltanschaulich offene Horizonte beschreiben. *Fragen nach der Verstehbarkeit der Situation* schließen an *kognitive Ressourcen* an. Dazu gehört, dass die *Handhabbarkeit* des Tuns und des Helfens oder *das (auch gemeinsam) Machbare* betrachtet, kommuniziert und *getan* wird. Dazu gehört schließlich auch, dass in irgendeiner Form individuell bedeutsame sinnstiftende, spirituelle, religiöse usw. *Quellen bei Kranken, Sterbenden oder Trauernden identifiziert* werden können und gegebenenfalls *eine Hebung dieser Ressourcen* angeboten wird.

Die Erkenntnis bis hierher ist, dass traumapädagogische und psychologische Forschung und Arbeit zeigen können, dass das salutogenetische Konzept des Kohärenzgefühls einen operationalisierbaren Zugang auch für schwierige Situ-

ationen und für langwierige Prozesse bereitstellt. Die inhaltlich-motivische und zielgebende Klärung des Ansatzes stellt ein Vorgehen auch bei schwierigen und langwierigen Verläufen vor Augen. Als nicht nur an Pathologien oder Defiziten orientiertes Kommunikationsmodell lässt sich darüber hinaus für die Begleitung von Begleiter*innen festhalten, dass sie in ihren Fähigkeiten und Belastbarkeiten ebenfalls damit beschrieben und begleitet werden können.

Des Weiteren kann auch Seelsorge unter dem Anspruch einer humanwissenschaftlichen und hermeneutischen Orientierung bzw. kommunikablen Handelns skizziert werden. Dies geschieht bereits im Diskurs um *Spiritual Care* im Gesundheitswesen, zudem auch im Bereich der palliativen Begleitung von Menschen. Im Folgenden soll besonders der Ansatz von Erhard Weiher vorgestellt werden,¹³ der ein seelsorgliches Handlungsmodell entwirft, das bestimmte menschliche Lerndimensionen beschreibt. Dieses bettet er in ein kommunikatives Modell seelsorglichen Handelns ein. Weiher legt seinem Handlungsmodell die drei Aspekte des *Denkens, Handelns und Fühlens* zugrunde. Menschen können zunächst ‚nach-denkend‘ versuchen, aus einer Situation der Ratlosigkeit wieder etwas zusammenhängend zu

¹³ Vgl. Erhard Weiher, Spirituelle Begleitung in der palliativen Betreuung, in: Barbara Steffen-Bürgi, Erika Schärer-Santschi, Diana Staudacher & Settimio Monteverde (Hrsg.), Lehrbuch Palliative Care, 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Bern 2017, 530–548; Erhard Weiher, Seelsorge in Palliative Care, in: Steffen-Bürgi, Schärer-Santschi, Staudacher & Monteverde 2017, 549–568; Erhard Weiher, Das Geheimnis des Lebens berühren. Spiritualität bei Krankheit, Sterben, Tod, 4. Auflage, Stuttgart 2014a; Erhard Weiher, Spirituelle Ressourcen erschließen. Wie Seelsorge Sterben, Tod und Trauer begegnet, in: Smeding & Heitkönig-Wilp 2014b, 247–254.

erkennen, oder sie versuchen, handelnd die Ohnmacht einer Krisensituation zu überwinden. Schließlich können sie auch zunächst einfach den Gefühlen freien Lauf lassen. Diese drei Aspekte haben eine gewisse Nähe zu den drei Aspekten des Kohärenzgefühls. In einer Skizze lassen sie sich so darstellen:

Weier:	Denken	Handeln	Fühlen (welthaftes, symbolisches Erleben)
Salutogenese:	Verstehbarkeit	Handhabbarkeit	Erschließen von Sinn

Was Weier und die Salutogenese dabei unter *Fühlen* bzw. *Erschließen von Sinn* verstehen, besitzt begrifflich eine konstitutive Ungenauigkeit oder Weite, die jeweils die Tiefe dessen andeutet, was möglich ist – oder verhaltener: was mit, für und angesichts des anderen ansichtig gemacht werden soll.

Dass das Selbstbild des sterbenden oder schwerstkranken Menschen, seine Suche und seine Quellen der *würdigen formalen wie materialen Unterstützung* bedürfen, ist eine der Grundannahmen der palliativen Arbeit.¹⁴ Bekannt ist in der Begleitung, dass dazu auf die sichtbaren, ausdrücklichen und unausdrücklichen, symbolischen, rituellen oder religiösen Spuren des Gegenübers geachtet werden muss, die eine eigene Tiefe bzw. innerste Dynamik zumindest signalisieren. Mehr noch: Wenn in einer Begegnung Lebens-themen, -deutungen oder -konzepte auftauchen, können diese in vielfältigen symbolischen, narrativen Formen Schlüssel sein zu weiteren ‚Räumen‘, die Quellen oder

¹⁴ Vgl. Harvey Max Chochinov, Würdezentrierte Therapie. Was bleibt – Erinnerungen am Ende des Lebens, Göttingen 2017; Cicely Saunders, Sterben und Leben. Spiritualität in der Palliative Care, Zürich 2009.

Wege bereithalten. Die Begegnungs- und Begleitabsicht mit dem Ziel der Entfaltung tiefer Ressourcen ist dabei herausgefordert: Es geht darum, die ‚*Spiritualität*‘ des Patienten, die leibliche, psychische, soziale und existenzielle Dimensionen umfasst, zu sehen. Angesichts der heutigen weltanschaulichen Situation präzisiert Weiher: Leben, Krankheit, Leiden, Sterben, Tod und Trauer verbinden sich in der doppelten Frage nach dem letzten Sinn und nach der eigenen Identität. Selbst bzw. gerade, wenn Patient*innen selten über den Sinn des Lebens sprechen, zeigt sich, dass dieser an Gestaltungsorte gebunden ist: Leib, Geschlecht, Wohnung, Besitz, Beziehungen, Umgebung, Beruf, Werte etc. können solche Orte sein, aus und an denen sich diese tiefste Frage in beide Richtungen entfaltet. Wie ‚Fenster‘ können sie auch das tiefste Geheimnis anschauen lassen. *Geheimnis* versteht er nicht als Rätsel, das ‚gelöst‘ werden könnte, sondern als das, was nicht verfügbar ist, was aber so wertvoll und reizvoll ist, dass es sich dafür und damit zu leben lohnt, ja dass man damit in Beziehung kommen und davon berührt werden will.

„Das ist die ‚heilige Quelle‘ aller Spiritualität, ein tiefstes Geheimnis, das zwar unergründbar, aber deswegen nicht leer und nichtssagend ist. Dieses Geheimnis ist vielmehr so ‚gefüllt‘ und hat einen so tiefen Reichtum, dass der Mensch sich ihm in Leiden, Sterben, Trauer anvertrauen kann. Auf diesem Hintergrund kann ich Spiritualität definieren – und zwar mit einer Unterscheidung, um den Zugang zum Heiligen nicht in unerreichbare Ferne zu rücken und die Sinnfrage zu überfrachten. Mit ‚*Alltagsspiritualität*‘ meine ich die alltägliche Sinngestaltung, also wie der Mensch Beziehung aufnimmt zu den Wirklichkeiten der Welt, und wie er diese Wirklichkeiten erfährt: verlässlich, offen, für ihn erfüllend oder abweisend, unverlässlich, leer. Mit ‚*Glaubensspiritualität*‘ bezeichne ich die transzendente Sinngestaltung: wie sich der Mensch mit

der heiligen, höchsten, ewigen Wirklichkeit in Beziehung setzt, zu der Glaubende Gott sagen [...]

Das Loch, die Mitte, das Geheimnis – sie lassen sich letztlich nicht wegmachen oder auflösen; man kann das Geheimnis von Sterben, Tod und Trauer letztlich nur ‚bewohnen‘¹⁵.

Weier lädt ein, ein so als *spirituelle* Begleitung qualifiziertes Angebot entlang dieses Geheimnisses weiter zu gestalten, indem *Zwischenräume* des Denkens, Handelns und Fühlens mit Menschen in Leid und Krise betreten werden. So erfolgt (1) im *mitmenschlichen Begleiten*, in der Verbindung von Fühlen und Tun, Berührung, tröstende und ermutigende Zuwendung, die Sinnliches und Gefühle teilt und eher indirekt *Begegnungsspiritualität* enthalten kann. Im *Bedeutung-Geben* kann (2) die Welt von Symbolen und religiösen Deutungsgeschichten in der *Resonanz* des oder der Begleitenden aktiviert und ihr Gehalt erschlossen werden. Durch das *Begehen* und die *rituelle Begleitung* z. B. in impliziten Alltagsritualen oder in expliziten religiösen Riten wie Gebet und Segen kann sich (3) der Raum des Geheimnisses noch weiter erschließen.¹⁶

Die synthetisierende Dynamik der Zwischenräume wahrzunehmen, beschreibt in gewisser Weise auch gut das, was ‚intuitives‘ Handeln in der Begleitung ist. Mit Weiers Erläuterung gelingt es, dies als Möglichkeit von Begleitenden im Rahmen ihres Tuns zu erschließen, aber auch das Feld einer möglichen Ermüdung der Begleitenden in der Begleitung ansprechbar zu machen.

Darüber hinaus lässt sich nach Weier so in einem Spektrum existenzieller Fragen auch Seelsorge akzentuieren und in der Begleitung bzw. für die Begleitenden in ihren Rollen, Kompetenzen und Zielen unterscheiden:

¹⁵ Weier 2014a, 253–254.

¹⁶ Vgl. Weier 2014a, 132–135; Weier 2017, 547.

„Das Spezifische der Seelsorge ist [...], dass sie ihre Aufmerksamkeit bewusst auf die im Selbstempfinden und in den Selbstbekundungen des Patienten eingewobene Spiritualität richtet. Sie geht der Spur zu dem ‚inneren Geist‘ nach, der darin anklingt. Die Kernaufgabe der Seelsorge im spezifischen Sinn kann man daher so beschreiben:

Seelsorge begibt sich auf die Spur der Spiritualität der Menschen, die sie besucht und sorgt in dieser Perspektive für den ‚ganzen‘ Menschen. Ihr geht es letztlich darum, Patienten zu helfen, mit ihren eigenen spirituellen Ressourcen in Beziehung zu kommen, sodass sie nicht nur medizinisch und psychosozial, sondern auch von ihrer Spiritualität oder Religiosität her gestärkt werden und mit ihrem Kranksein und dessen existenziellen Herausforderungen besser umgehen können.“¹⁷

Das soll an dieser Stelle genügen, um den Konnex des traumapädagogischen, existenziell orientierten und seelsorglichen Handelns in schwierigen Situationen und bei schwierigen Begleitungen in einem ersten Angang zu erschließen. Anschließend kann es darum gehen, wie eine eingehendere inhaltliche Beschreibung von Spiritualität, Religiosität und Religion verstanden werden kann und wie diese begleitet werden können. Dazu liegt schon eine Reihe von Forschungen im Rahmen der Frage von *Spiritual Care* vor, aber dies führt an dieser Stelle zu weit.¹⁸

¹⁷ Weiher 2014a, 140–141.

¹⁸ Vgl. dazu die Ausführungen in Weiher 2014a. Darüber hinaus drei Hinweise: Teil IV: Kulturelle und spirituelle Aspekte der Palliative Care, in: Steffen-Bürgi, Schärer-Santschi, Staudacher & Monteverde 2017, 485–568; Thomas Beelitz, Entwicklungen von Spiritual Care weltweit. Perspektiven aus der Krankenhauseselsorge, in: Transformationen 29 (2018/2) 4–38; Simon Peng-Keller & David Neubold (Hrsg.), *Spiritual Care im globalisierten Gesundheitswesen. Historische Hintergründe und aktuelle Entwicklungen*, Darmstadt 2019.

3.3. Ziele: Sichern des Rahmens und Schutz geben – *Containing*

Ebenso hilfreich für die Entwicklung einer handlungsleitenden Vorstellung in der Begleitung schwieriger Situationen ist das Modell des *Containings*. Im psychotherapeutischen Kontext bedarf es immer wieder einer Bestimmung des Ziels oder der Absicht, um verantwortet etwas anzubieten. Gleiches gilt für die Begleitung bei Sterben, Tod und Trauer. Das Modell des *Containers* hat sich in der notfallseelsorglichen Arbeit bewährt.¹⁹ Es weist auf verfahrensorientierte Aspekte und damit auch auf bestimmte einzuhaltende Grenzen mit Konsequenzen für alle Beteiligten sowie auf die Ziele hin, die ‚nur‘ erreicht werden (können/sollten). Damit erhält es Gewicht bei der Zielbestimmung einer (seelsorglichen) Sterbe- und Trauerbegleitung, *besonders* unter schwierigen akuten Umständen.

Zur Beschreibung der Situation in diesem Kontext:

- Das Geschehen muss mit ausgehalten werden, es kann nicht ungeschehen gemacht werden.
- *Containing* (nach Bion): Betroffene sind in einer Not-situation oft nicht mehr in der Lage, Gefühle oder gegeneinander laufende Eindrücke zu ordnen oder zu ertragen. Sie haben an sich selbst im Moment keinen Halt mehr. Hier brauchen sie einen Rahmen oder einen ‚Container‘ (to contain = halten; W. R. Bion). Dem Chaos wird vom Gegenüber und durch das Gegen-

¹⁹ Vgl. Raimar Kremer & Gudrun Janowski, *Containing und Coping*, in: Raimar Kremer, Jutta Lutz & Bernd Nagel (Hrsg.), *Notfallseelsorge. Theologische und psychologische Aspekte*, Merchingen 2012, 106–114.

über eine Begrenzung und tragfähige Beziehung angeboten. Sprache kann zurückgewonnen, Gefühle können vielleicht besser gesehen und zugeordnet werden.

- Es kann zumindest in einer frühen Phase der Begleitung *direktive Anteile* geben. Der Zeitpunkt, wann, wo und wie das Gespräch eine andere Dynamik erhält, muss in der Begleitung erkannt werden.
- Gegen das Ausgeliefertsein mit den Menschen kommunizieren: wenn möglich, beschreiben, was passiert oder was kommen wird; versuchen, Einverständnis zu erwirken.
- Berühren, kleine Gesten.
- Vermitteln und sagen: „Sie sind nicht allein ...“
- Betroffene können einen Redebedarf haben. So könnte der Kontaktführende folgende Haltungen beachten:
 - *Zuhören*: nicht nur hören, was gesagt, sondern auch, was gemeint sein könnte. Erspüren, was der andere fühlt, wo es mit ihm hingehet, was er hofft, fürchtet, wünscht oder will.
 - *Annehmen*: den anderen / die andere ‚sein‘ lassen können, auch wenn er/sie ganz anders ist als man selbst und anders denkt. Keine Bedingungen stellen.
 - *Selektiv (!) in Worte fassen*: so verbalisieren, dass die andere sich selbst wie in einem Spiegel des Gesprächspartners besser und tiefer versteht und erkennt.

- *Selektiv (!) offen sein*: einführendes Verständnis hilft nur, wenn es echt ist. Persönliche Gefühle und Eindrücke dürfen nicht unter den Tisch fallen; sie helfen in der Auseinandersetzung. Aber auch hier: auswählen in besonderer Hinsicht: Persönliche Empfindungen müssen sich in einer Belastungssituation an der Orientierung und Beruhigung des anderen bemessen.
- Nach einer Zeit, in der der Begleiter oder die Begleiterin bemerkt, dass das Gegenüber wieder handlungs- und entscheidungsfähiger ist, kann eine erste Einbettung erfolgen.
- ✓ Erzählen (lassen).
- ✓ Anknüpfen und ausweiten (Themen / Wohnungsstile / Symbole ...).
- ✓ Symbole aktivieren, möglicherweise (Segens-)Ritus – für alle – anbieten.

Weier führt zur Präzisierung der Containingfunktion besonders die Phänomenologie der Leidenserfahrung aus und lenkt damit den Blick sowohl auf eine Begrenzung um des anderen willen als auch auf Gefahren für Begleitende, die immer wieder gesehen werden müssen, gerade wenn in der Begegnung Berührung und Resonanz angezielt sind:

„Das Leid des Patienten ist nicht das des Helfers
Bei allem humanen und moralischen Anspruch des Helfers darf allerdings etwas Grundlegendes nicht übersehen werden: Vom ‚Leid‘ sind Patient und Helfer keinesfalls in gleicher Weise betroffen: Immer noch ist es das Leid und das Sterben des Patienten, das ihn bis in seine Existenz hinein in Anspruch nimmt. Die Helferexistenz ist anders betroffen. Der Helfer kennt aus seiner eigenen Biographie (vielleicht ist er z. B. einmal nur knapp einem Unfall entgangen, vielleicht ist ein nahes

Familienmitglied gestorben) existenzielle Betroffenheit. Er weiß, was ‚existenziell‘ bedeutet, weil er ein Mensch ist, aber er durchleidet hier und heute nicht dasselbe wie der Patient. Der Helfer hat aus seiner privaten wie beruflichen Erfahrung viele Saiten auf seinem Instrument, die werden aber nur als Resonanzgeber für den Patienten gebraucht, nicht für die Bewältigung desselben eigenen Leids, nicht für das eigene Sterben in der eigenen Biographie. In das ureigene Leiden anderer Menschen kann man sich nur über die Imagination (der Patient erinnert vielleicht in Alter, Lebensphase, Familienstand an die Verletzlichkeit des Helfers) einfühlen: ‚als ob‘ es ihm selbst zustieße.

Nur Instrument sein

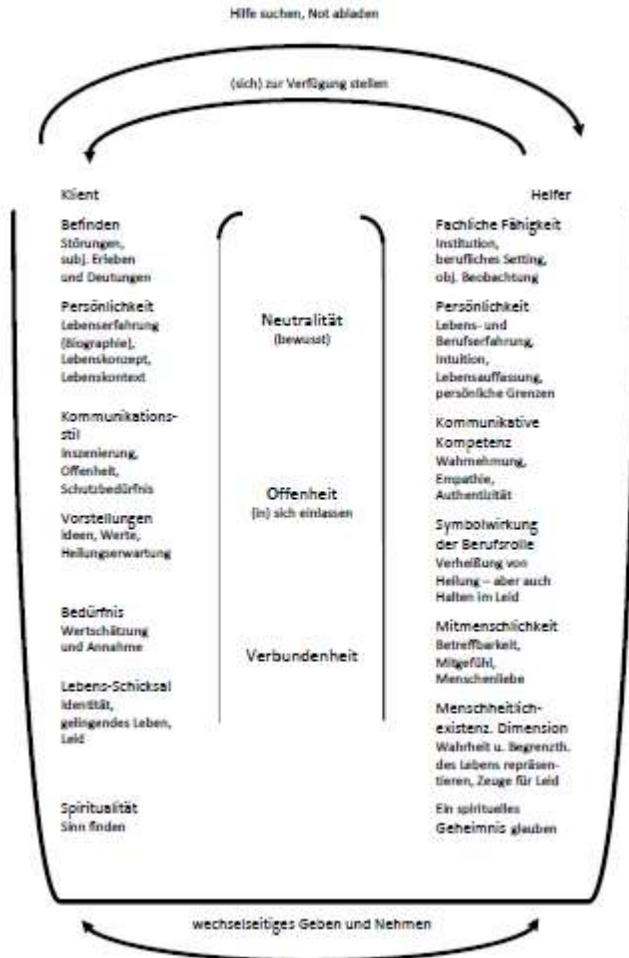
Insofern ist der Begleiter auf seine Weise ergriffen von eigener Angst, eigener Verletzlichkeit. Aber er ist jetzt nicht in der bedrohlichen Situation; er kann – anders als der Patient – sich seiner Gesundheit erinnern, abends nach Hause gehen und Sport treiben. Der Helfer kann sich also mit allen – auch den existenziellen – Saiten einlassen, aber die klingen nicht primär, sondern nur sekundär mit. ‚Sekundär‘ heißt nicht unbeteteiligt, unwirklich. Er ist beteiligt – aber als ‚Symbol‘. Er ist vom Symbolisierten unterschieden. Es kann sein, dass er durch und durch ergriffen ist – dann werden Symbol und Bedeutung identisch („So war das auch bei meinem Kind.“). Wenn er aber dem Patienten helfen will, muss er wieder aus dieser Identifikation herausgehen können und sich bewusst sein, dass er ‚nur‘ Instrument ist, die Töne des Patienten aber die ursprünglichen sind.“²⁰

Dieses Angebot lässt sich mit charakteristischen Selbstbeschränkungen *füllen* und wiederum als *Modell* darstellen. Der *symbolische Helfer* hat eine wichtige Funktion: Er ist ein *Container* (W. Bion), der viele Resonanzmöglichkeiten auf

²⁰ Weiher 2014a, 210–211.

verschiedenen Ebenen hat. Sie geben alle keine direkte Antwort, erlauben wohl aber eine Beziehung und die Gestaltung eines Raumes.

Weiher bietet dazu ein Modell²¹:



²¹ Weiher 2014a, 207, hier in eigener Gestaltung des Autors.

Gut sichtbar ist der fließende Übergang zu möglichen tiefen Schichten, die in der Begegnung alle Beteiligten *be-treffen*. Zugleich ist es erforderlich, dass die Würdigung der Situation und des Leids der anderen eine wesentliche Unterscheidung und Selbstbegrenzung als Aufgabe der Begleiter*innen beinhaltet.

Das Modell bietet *eine Spur* und beschreibt, was in der Begleitung geschehen kann und geschehen sollte. Es geht dabei um *die Entfaltung einer Tugend des bewussten Einfühlens*, das unterscheidbar ist von einem primär emotional bestimmten Mitleid.

Das führt zur Möglichkeit der Begleiter*innen,

- dem *anderen in seinem Leid seine Würde* zu lassen,
- *selbst ergriffen* zu sein und
- in einer *bewussten Weise* mit dem Geheimnis in Berührung zu kommen.

Darin kann sich letztlich auch eine Mitleidenschaft als spirituelles Motiv zeigen, das Quellen des Glaubens, Wege des Leidens und der Suche mit dem anderen und vielleicht mit Gott (Gott und Leid – Jesus Christus am Kreuz? / Theodizee?) anrührt.

All dies sind *Möglichkeiten* einer *Kontrasterfahrung*, die nicht gefordert, sondern nur *gefördert* werden kann. Sie erlauben eine gewisse Anteilnahme am Leid des anderen, ohne sich mit ihm zu identifizieren, und führen zugleich dazu, dass diese Dimension bei den Menschen in der Begleitung selbst gesehen werden muss.

„Das ist die spirituelle Aufgabe des Helfers: Menschen ‚zum Tanz‘ mit ihrem Lebensgeheimnis zu befähigen. Der Helfer ist nicht die Ressource der Patienten. Er ist nur dafür Ressource,

dass der Patient mit seinem Geheimnis tiefer in Beziehung kommt.“²²

Weier führt weiter aus, dass in dieser Funktion und gerade unter den Bedingungen ihrer (Selbst-)Begrenzung *Trost* geschehen kann:

„Trost‘ ist verwandt mit dem englischen ‚trust‘, Vertrauen, und letztlich mit der indogermanischen Bedeutung ‚Kernholz‘, einem Symbol für Festigkeit und Stärke. Trost entsteht also aus dem heraus, was Festigkeit und Halt gibt. Daraus kann dann eine Ermutigung zum Leben und eine Lebensgewissheit erwachsen, die den Menschen hilft, mit dem Unausweichlichen zu leben und mit ihm zusammen in die Zukunft zu gehen.“²³

Trost ist also nicht gleichzusetzen mit Hilfe, sondern er gibt zunächst vor allem Raum für Klage und Leid und so Halt: Der Mensch, der leidet, kann meinen Raum (*container*-Funktion) betreten.

Was in der Begleitung besonders hervorgehoben und angeboten werden kann, das sind die symbolischen Worte oder Welten des anderen (des Gegenübers / des Verstorbenen), die aufgegriffen werden können. Sie und das Lebensganze oder einzelne Episoden daraus kann man sich erzählen lassen. Der / die andere und die anderen erzählen sie sich selbst und (re-)konstruieren in Teilen trostreich narrativ ihre Identitäten.

„Trösten gibt keine Lösungen vor, wohl aber heilsame und sinnstiftende Potenziale. Was von den Potenzialen wirkt, entzieht sich zwischenmenschlicher Planung und Machbarkeit und auch religiöser Strategie. Echter Trost entsteht durch die Beziehung mit einem Anderen als etwas Neues, als ‚Drittes‘,

²² Weier 2014a, 225.

²³ Weier 2014a, 214.

eine Kraft, die – oft unerklärlich – am Grund der Seele auftaucht. Der Helfer weiß oft nicht, was er selbst zu dieser Tröstung beigetragen hat, er ist nur Katalysator. Aber Katalysatoren sind für viele – nicht nur chemische – Prozesse unverzichtbar.“²⁴

Religion *kann* hier in einem größeren Zusammenhang trösten, weil ein anderer Halt gibt – gleichwohl ist es ein Halt aus Hoffnung. In Religionen können viele Symbole und Riten mit ihren Bedeutungsgeschichten hilfreich sein, z. B. Psalmen, Gebete, ganze Rituale und symbolische Räume.

4. Die Rolle der Begleiter*innen am Eingang einer Schleuse (nach Ruthmarijke Smeding)

Der Blick auf Zeiten der Trauer hat sich geschärft und betrifft heute auch die Zeit direkt während des Sterbens und des Eintritts des Todes.

„In der Entwicklung der Trauer-Unterstützung mussten wir in den letzten Jahren erheblich umdenken. Die ‚Trauerphasen‘ haben bis in die letzte Zeit als erste Reaktion der Angehörigen den ‚Schock‘ und die Verleugnung genannt. Die Angehörigen galten nach Eintritt des Todes wie in Narkose, wie in Watte und unfähig, Worte und Signale der Umgebung aufzunehmen. Davon wurde die Vorstellung abgeleitet, sie bräuchten in dieser Stunde Null keine Begleitung; mit der könnten sie sowieso nichts anfangen. Wie das Konzept der Trauerschleuse besagt, bedarf die perimortale Situation höchster Aufmerksamkeit [...]. 92 % der Betroffenen geben in Untersuchungen an, [...] *in der Zeit zwischen Todeseintritt und Beerdigung* – also in der Schleusenzeit[®] – sei ihr Trauererleben am heftigsten gewesen.

²⁴ Weiher 2014a, 216.

In Trauergruppen berichten viele Menschen, dass der Tiefpunkt ihrer Erschütterung in der Zeit unmittelbar nach Eintritt des Todes war. Es ist zu vermuten, dass durch den zunehmend häufigen ‚plötzlichen Tod‘ immer mehr Menschen das erleben.“²⁵

Aus der Ausbildung zur Trauerbegleitung bekannt sind die *drei Felder der Trauer*, die 1. den Sterbenden und die Angehörigen vor dem Tod, 2. den Verstorbenen und die Zurückgebliebenen zum Todeszeitpunkt und 3. die Trauernden nach dem Tod zu beschreiben suchen.²⁶

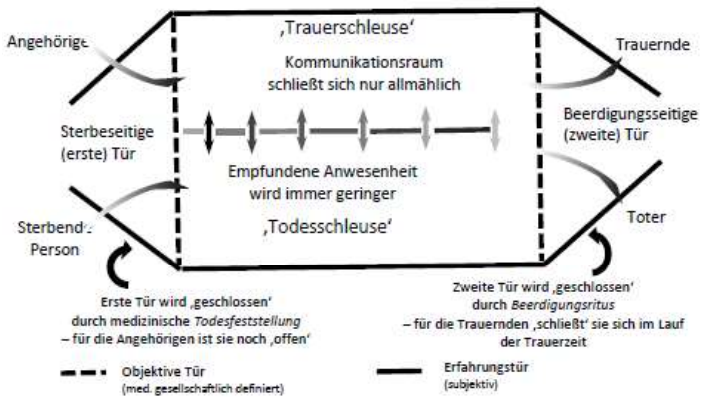
Die Situation des Erlebens Betroffener – und in Abschätzung auch der Begleiter*innen – (‚subjektiv-plötzlich‘ mit allen Erlebensdimensionen!) ist zunächst zwischen dem ersten beschriebenen Feld der Trauer und dem zweiten Feld angesiedelt. Hier zeigt sich ein Grund, warum für Begleitende ein Unterschied zwischen Sterbebegleitungsmöglichkeiten, Möglichkeiten zur Begleitung in der Phase nach Eintritt des Todes (bis zur Bestattung) und Trauerbegleitungsmöglichkeiten gesehen werden muss: In einer Gesamtbewegung lassen sich deutliche Anforderungen etwa an *Container-Funktionen* von Begleiter*innen beschreiben – *auf dem Hintergrund eigener (potenziell traumatischer) Erfahrungen*, die das persönliche Profil einzelner Begleiter*innen betreffen, fordern, überfordern.

Ruthmarijke Smedings stellt in ihrem Modell die ‚*Gezeiten der Trauer*‘ und verschiedene bislang *verdeckte belastende Aspekte* in einer für die Begleitung hilfreichen Fassung vor. Sie verwendet die Metapher der Schleuse, um den Trauerprozess schon in einer frühen Phase *vorstellbar* zu machen. Das kann eine Schleusen-Grafik gut veranschaulichen.²⁷

²⁵ Weiher 2014a, 364. Hervorhebungen wie im Original.

²⁶ Vgl. Müller, Brathuhn & Schnegg 2018, 47–91.

²⁷ Weiher 2014a, 362, hier in eigener Gestaltung des Autors.



Der Prozess *in dieser Situation* sollte als ein *Unterscheidungsweg* für die betroffenen Personen begleitet werden. In der Schleusenzeit finden *Wahrnehmungen und Begegnungen* statt, die *einmalig*, weil *unwiederholbar* sind. Sowohl der Verstorbene als auch Angehörige, Mediziner*innen, Pflegende und Begleiter*innen kommen dann in eine andere Situation, in der sie sich von diesem Zeitpunkt an weiter befinden. Den Toten wahrzunehmen, ist eine komplexe Herausforderung, die unter der Begleitung *eines Schleusenwärters* stattfinden sollte. Unterschiedliche Zeiten, Rollen und Ziele machen in der Abbildung die je eigenen *Aufgaben* von Begleitpersonen deutlich.

Weiber hebt in seiner Darstellung die Seelsorgenden hervor und bezeichnet sie aufgrund ihrer besonderen Rolle als *Schleusenzeitwächter*. *Ob* die Aufgaben, die als Funktion eines *Schleusenwärters* beschrieben werden, eine *exklusiv-professionelle bzw. eine professionell-seelsorgliche Rolle bedingen*, das kann und sollte nach dem Vorgenannten offenbleiben bzw. es wird im jeweiligen Geschehen konkret beantwortet werden müssen.

✓ Schleusenwärtter sind (beruflich) mit Angehörigen

und dem Verstorbenen im Kontakt.

- ✓ Die Angehörigen sind am Ende dieser Zeit in einer anderen Welt, auf einem veränderten Lebensweg.
- ✓ In der Schleusenzeit sind öffentliche und private Trauer in enger Verbindung. Diese löst sich später, und private Trauer hat eigene ‚Zeiten‘, ‚Zeichen‘ etc.
- ✓ *Krankensalbung* und / oder *Letzte Ölung*? Kirchlich-religiös *kann* die Krankensalbung (aber auch das *Viatikum*, die Krankenkommunion) dem Wandlungsprozess in einer unausweichlichen Situation Ausdruck verleihen und erste Öffnung für eine Hoffnung sein.
- ✓ Religiös werden Kranke und Sterbende im Ritus dem Raum des Geheimnisses dieses Übergangs anvertraut.
- ✓ Abschied – nicht nur! – am Totenbett: Hier können weitere Ankerpunkte gefunden werden. Der Kommunikationsraum der erfahrbaren Nähe ist trotz des eingetretenen Todes ‚noch‘ vorhanden. Gesichtsausdruck, Berührung, Wahrnehmung im Umfeld etc. haben hohe *Be-deutung*.
- ✓ Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang die Frage, wie Angehörige von Verstorbenen, bei denen eine Organentnahme ansteht, begleitet werden sollten.
- ✓ Das Ende der Schleusenzeit – die Beerdigung:
Die Schleusentür des Verstorbenen öffnet sich an der Todesseite.
In der Beerdigungszeremonie erschließt sich den Angehörigen oft eine – öffentliche, kirchliche, private – Zugangs- und Deutemöglichkeit, die diesen Zeitpunkt

begehrbar machen möchte. Hier werden die Angehörigen zur ‚Witwe‘, zu ‚Hinterbliebenen‘, zu ‚Waisen‘. Früher gab es mit der Möglichkeit, ‚Trauer zu tragen‘, und Ähnlichem auch noch Wege, die eigene, ‚private‘ Trauer nicht abzukapseln, sondern weiter mit der öffentlichen Trauer zu verbinden. Unterstützend können Trauergruppen, Trauergottesdienste etc. angeboten werden.

- ✓ Das Ende der Schleusenzeit für die ‚professionellen‘ Schleusenwärter sollte auf jeden Fall auch immer wieder bedacht werden.

Wenn man auf die ‚Carer‘, auf diejenigen schaut, die die Begleitung übernehmen, lassen sich bestimmte Fähigkeiten umschreiben und eingrenzen, die erforderlich sind und *für Menschen gelten, die sich innerlich und äußerlich von der Erfahrung des Todes betroffen lassen*.

Smeding hebt zunächst die *professionelle* Herausforderung hervor und spricht in Bezug auf die Situation des Sterbens davon, dass Begleiter*innen ein „*Deskilling*“ bzw. „*Auslaufen oder Leerlaufen der Fähigkeiten*“²⁸ erfahren können. Alle Berufe mit der Aufgabe der Begleitung im engeren und weiteren Bereich der Palliative Care müssen professionell geschult werden, um immer bessere Begleitung leisten zu können.

„Zusätzlich jedoch braucht es noch eine Befähigung, darüber hinaus noch *umzugehen* mit dem, was trotzdem – trotz allem – und immer noch in einem übrigbleiben wird: Die Erfahrung des ‚deskilling‘ als Folge der Schleusentür – die Tren-

²⁸ Ruthmareijke Smeding, Die Trauer der Carer, in: Smeding & Heitkönig-Wilp 2014, 30.

nung von Leben und Tod. Diese Erfahrung nun kann nur einsam (wissen, wie man ‚gestrickt‘ ist) und gemeinsam getragen werden.“²⁹

Diese Beschreibung des Erlebensraumes legt nahe, keine totale Trennung von professionellem und ehrenamtlichem Tun anzunehmen, sondern von einem *komplementären Miteinander von Haupt- und Ehrenamtlichen* auszugehen, bei dem sich die *Reflexionsvielfalt und -tiefe* unterscheiden, grundsätzlich jedoch zuerst und immer wieder auf individuelle Erfahrung einzugehen und dann *kompetentes und fachliches oder professionelles* Vorgehen weiter auszubauen.³⁰ Es geht schon hier um den Anteil, der bei der Begleitung von Menschen von Smeding als *Loch in der Mitte* und von Weiber als *Geheimnis* ihres Lebens bezeichnet wird, was in der Begleitung abgeschattet auch das *Geheimnis* und *Loch* des Begleiters oder der Begleiterin betrifft.

5. Erfahrungen aus der seelsorglichen Notfallbegleitung

Potenziell psychotraumatisch erlebte Ereignisse sind als lebensbedrohlich wahrgenommene Situationen, bei denen Körper und Seele sich nicht entziehen können. Beim Verlust eines nahen Menschen können, wie es sich besonders in der notfallseelsorglichen Begleitung zeigt, mindestens kurzfristig und dann auch immer wieder eine Reihe von schockhaften Reaktionen wie bei einem Psychotrauma auftreten.³¹ Sie wirken auch auf Begleitende sehr eindrücklich.

²⁹ Smeding 2014, 31.

³⁰ Vgl. Ruthmareijke Smeding, Trauerbegleitung. Ehrenamt und Professionalität, in: Smeding & Heitkönig-Wilp 2014, 211–212.

³¹ Gerhard Dittscheidt, Menschen im Notfall helfen. Zur pastoralen Grundlegung der Notfallseelsorge in Kirche und Gesellschaft (Studien

Die genannten Aspekte der *psychotraumatologischen* Diagnostik und des *hirnphysiologischen* Deutungszusammenhangs sowie des salutogenetischen Modells der Begleitung mit seiner Annahme der *Ressourcenorientierung* sowie vor allem der Ansatz, eine *sichernde* und *einbettende* und insgesamt *würdigende*³² *Container-Funktion* zu übernehmen, sind wichtige Eckpunkte zum Verständnis und zur Begrenzung der eigenen Praxis. Die *Sinnigkeit der Begleitung* in der (noch) dramatischen bzw. plötzlichen Situation selbst steht weitestgehend außer Frage. Allerdings ist ein intuitives Verstehen oder Handeln nur bis zur Grenze des Begleitenden hilfreich. Hier können Wissen und Schulung eine Unterstützung der Unterstützer sein.

Der besonderen Situation bzw. dieser *besonderen Zeit* und ihrer Psychodynamik angesichts des plötzlichen Todes hat sich Andreas Müller-Cyran in seinen Forschungen intensiv zugewendet. Zunächst irritierend fachsprachlich, bezeichnet er das notfallseelsorgliche Handeln bei plötzlichem Tod als eine *peritraumatische Intervention*, die so früh wie möglich, d. h. noch in der potenziell traumatisierenden Situation, selbst unternommen werden soll (vgl. Betonung der

zur Theologie und Praxis der Seelsorge; Bd. 91), Würzburg 2014; Gerhard Dittscheidt, Seelsorge im Notfall – eine grundsätzliche Herausforderung für Seelsorge heute, in: Erich Garhammer, Hans Hobelsberger, Martina Blasberg-Kuhnke & Johann Pock (Hrsg.), Seelsorge: die Kunst der Künste. Zur Theologie und Praxis von Seelsorge (Studien zur Theologie und Praxis der Seelsorge; Bd. 100), Würzburg 2017, 57–68.

³² Vgl. Erhard Weiher, Spiritualität und Würdeempfinden. Möglichkeiten spiritueller Begleitung am Lebensende, in: Norbert Feinendegen, Gerhard Höver, Andrea Schaeffer & Katharina Westerhorstmann (Hrsg.), Menschliche Würde und Spiritualität in der Begleitung am Lebensende. Impulse aus Theorie und Praxis, Würzburg 2014, 411–424.

Bedeutung der sterbeseitigen Tür im Schleusenbild von Smeding), um einen (Trauer-)Prozess zu eröffnen.³³

Inhaltlich und seelsorglich erschließt er diese Zeit, indem er das Phänomen des notfallseelsorglich zugesagten ‚*Ich bin jetzt da*‘ mit der Daseins-Zusage des biblischen Gottes verbindet. Auch dieser verspricht, dass er das Leid seines Volkes gesehen hat (vgl. Ex 3,7) und dass er da ist (vgl. Ex 3,17), im Schweigen und in der Sprach- und Trostlosigkeit der akuten Situation.

Genau hier sieht Müller-Cyran die *Möglichkeit*, der tiefen Trostlosigkeit der Menschen in den benannten Situationen ein personales, stabilisierendes Angebot zu machen, eine *Seelsorge am Karsamstag*. Dabei kann es zu einer empathischen Nähe zwischen Betroffenen und Seelsorger kommen. Es geht nicht, dann und dort allzu schnell in den Osterjubel der Auferstehung zu fliehen:

„Vielleicht stellt der Karsamstag ‚das Auge des Hurrikans‘ von Tod und Auferstehung dar: vorher in der Trauer (in der Vergegenwärtigung von Leiden und Tod Jesu) geht es bewegt und emotional dicht zu, ebenso nachher in der Freude mit der Entdeckung des leeren Grabes und der Gestalt annehmenden Gewissheit der Auferstehung. Am Karsamstag jedoch steht alles still, kein Hauch bewegt sich: Wie das Auge des Hurrikans, könnte der Karsamstag in seiner Ereignislosigkeit im Mittelpunkt der Erfahrung von Tod und Auferstehung stehen – freilich leicht verkennbar. Die Situation, in der die Seelsorge im Notfall des plötzlichen Todes die Hinterbliebenen begleitet,

³³ Vgl. Andreas Müller-Cyran & Marion Krüsmann, Trauma und frühe Interventionen, Stuttgart 2005; Andreas Müller-Cyran, Notfallseelsorge – Seelsorge am Karsamstag, in: Markus Graulich & Martin Seidnader (Hrsg.), Unterwegs zu einer Ethik pastoralen Handelns, Würzburg 2011, 140–149.

bildet etwas von dem Nichtmehr und Nochnicht des Karsamstags ab [...]“³⁴

Ich habe für die Begleitung in einer solchen Situation eine umfassende *mäeutische Kompetenz* zur Begleitung bei plötzlichem oder dramatisch erlebtem Tod beschrieben, die das Ziel hat, an die Welt des Gegenübers anzuknüpfen und ihr oder ihm verschiedene, im Schock getrennte Dimensionen wieder zugänglich zu machen,

„(a) beginnend im Lebenskontext, durch Wahrnehmen und Gestalten des diakonisch Erforderlichen, innere und äußere Ressourcen zu suchen, zu aktivieren und Vernetzungen zu bedenken und ins Spiel zu bringen,

(b) in einer Krise zu begleiten und zu beraten, um körperliche und psychische Erfordernisse gemeinsam abzuwägen, sodass Betroffene besser entscheiden können,

(c) den Anderen in seiner Not entlang an seinen Bedürfnissen und Fähigkeiten so zu begleiten, dass er zu sich und seinen geistlichen, individuellen und gemeinschaftlichen Quellen findet.

Wird hiervon ein (Teil-)Ziel erreicht, ist es möglich, dass Betroffene eine ihnen angemessene und von ihnen selbst (mit-) getragene Möglichkeit haben, individuelle oder gemeinsame Trauer, einen Verlust oder Leid wahrzunehmen und zu gestalten“³⁵.

Schließlich ist Thomas Zipperts Hinweis auf Zugänge zur symbolischen Welt gerade von Menschen im Schock hilfreich. Es sind auch hier vor *allem einfache symbolische Ele-*

³⁴ Andreas Müller-Cyran, *Spiritual Care angesichts des plötzlichen Todes*, in: Eckhard Frick & Traugott Roser (Hrsg.), *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen* (Münchner Reihe Palliative Care; Bd. 4), Stuttgart 2009, 237–243, hier: 237.

³⁵ Dittscheidt 2014, 372.

mente aus der nächsten Umgebung, die beachtet und erschlossen werden müssen.³⁶ Ebenso ist es sehr aufschließend, ein angemessenes Ritual zu finden. Anknüpfungen an christliche Formen in angepasster Auswahl mögen hier (noch) sinnvoll sein. Gleichwohl kann die Situation für die Betroffenen wie für den Begleitenden auch bedrängend offenbleiben:

„Ob durch Takt und Feingefühl das Haus [der Raum, G. D.] so wieder zu einem heiligen Ort im traditionellen Sinn werden kann? Ob der Glauben und die Frömmigkeit der Beteiligten so ihren Ausdruck finden können, aber auch etwas von dem weiteren Horizont unseres Glaubens aufscheinen kann? Wir haben es nicht in der Hand.“³⁷

Diese Handlungs- und Verstehenszugänge, die sich im Rahmen der seelsorglichen Begleitung von Menschen in der Schocksituation des plötzlichen oder des besonderen Todes im Bereich der Notfallseelsorge entwickelt und bewährt haben, sind niedrigschwellig und an sich schnell plausibel. Ihr Gewicht erhalten sie angesichts der Herausforderung in als dramatisch erlebten Situationen. Parallelen und Unterschiede zur Trauerbegleitung sollten insofern aufgrund der unterschiedlichen Rahmen erkennbar sein. Bei beiden geht es jedoch zugleich darum, *in ungewöhnlich belastenden Umständen Möglichkeiten des Gegenübers zur Integration zu fördern*.

³⁶ Vgl. Thomas Zippert, Notfallseelsorge. Grundlegungen, Orientierungen, Erfahrungen (VDWI 25), Heidelberg 2006, 217–218. 221–222.

³⁷ Zippert 2006, 222.

6. Ergebnisse

Im Bericht wurden verschiedene Aspekte erschwerter und potenziell traumatisierender Verläufe im Zusammenhang mit dem Erleben von Sterben, Tod und Trauer miteinander verbunden.

Das Thema der Trauer selbst unterliegt bereits der eingehenden Entwicklung, die die Nähe zu Traumpädagogik und Psychotraumatologie bzw. -therapie nahelegt. Zugleich zeigt sich bei genauer Betrachtung der psychotraumatologischen Nomenklatur und auch des salutogenetischen Ansatzes, dass es Schnittmengen und erkennbare Unterschiede gibt.

Gleichzeitig können bei gemeinsamer Betrachtung salutogenetischer, (notfall-, krankenhaus- und palliativ-)seelsorglicher und trauerpädagogischer Modelle jeweils Rollenprofile, Inhalte und Ziele besser benannt und operationalisiert werden.