

**PTK-Fortbildung
München, 7.März 2015**

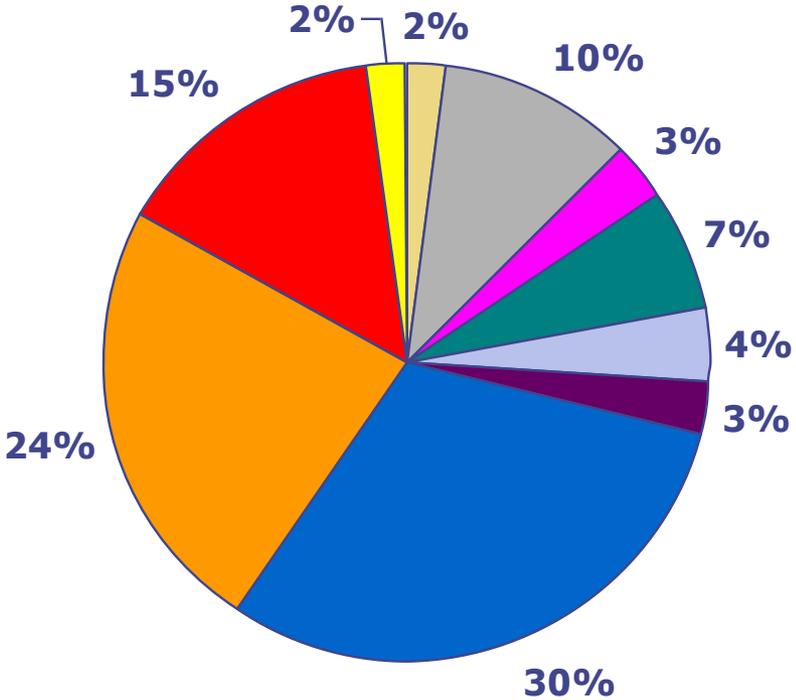
**Verlust, Trauer und
Tod – wie begleite ich
Kinder und
Jugendliche**

**Vortrag:
Systemisch orientierte
kinderpsychologisch-
therapeutische Begleitung
in der pädiatrischen
Palliativversorgung**

Esther Fischinger

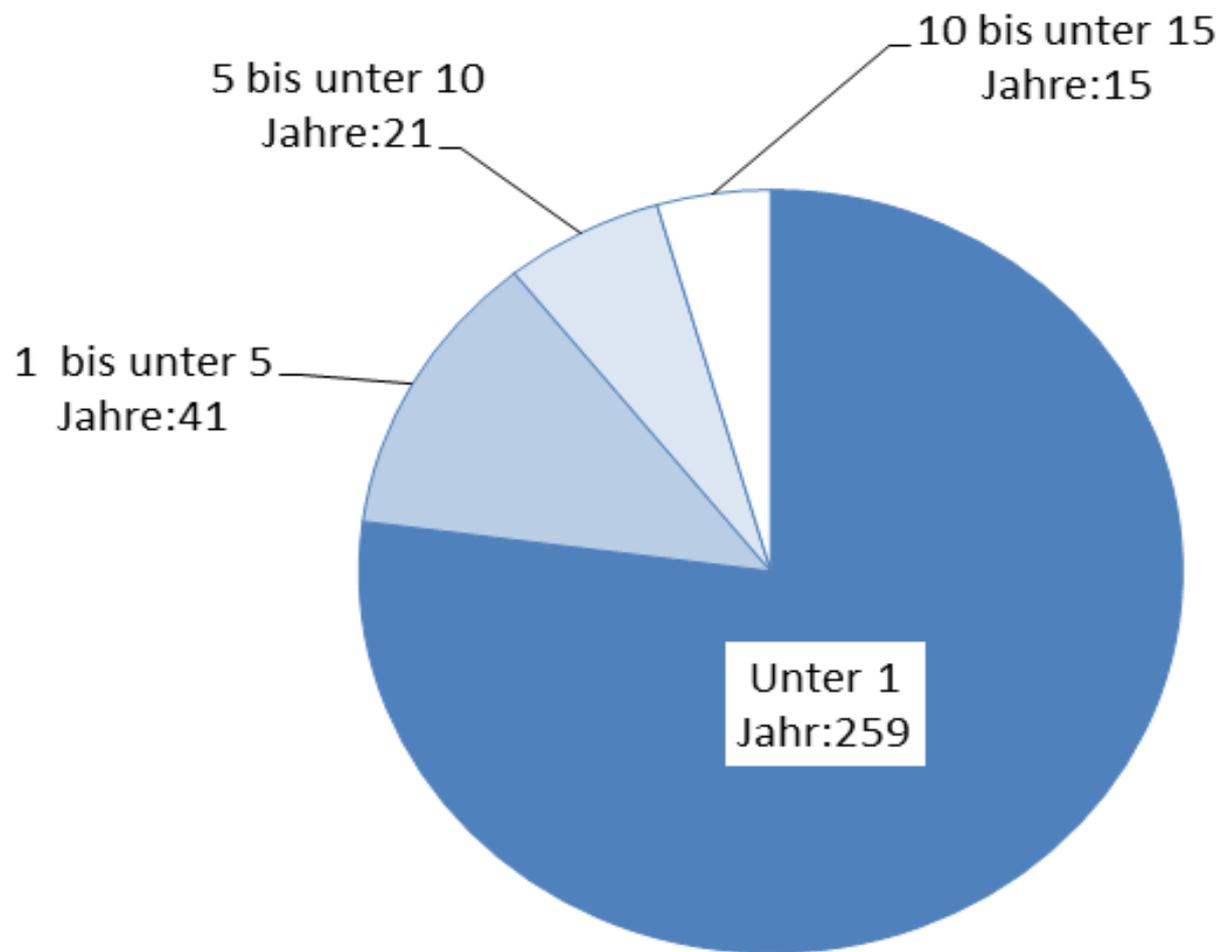


In Deutschland sterben jedes Jahr ca. 3300 Kinder und Jugendliche an lebensverkürzenden Krankheiten



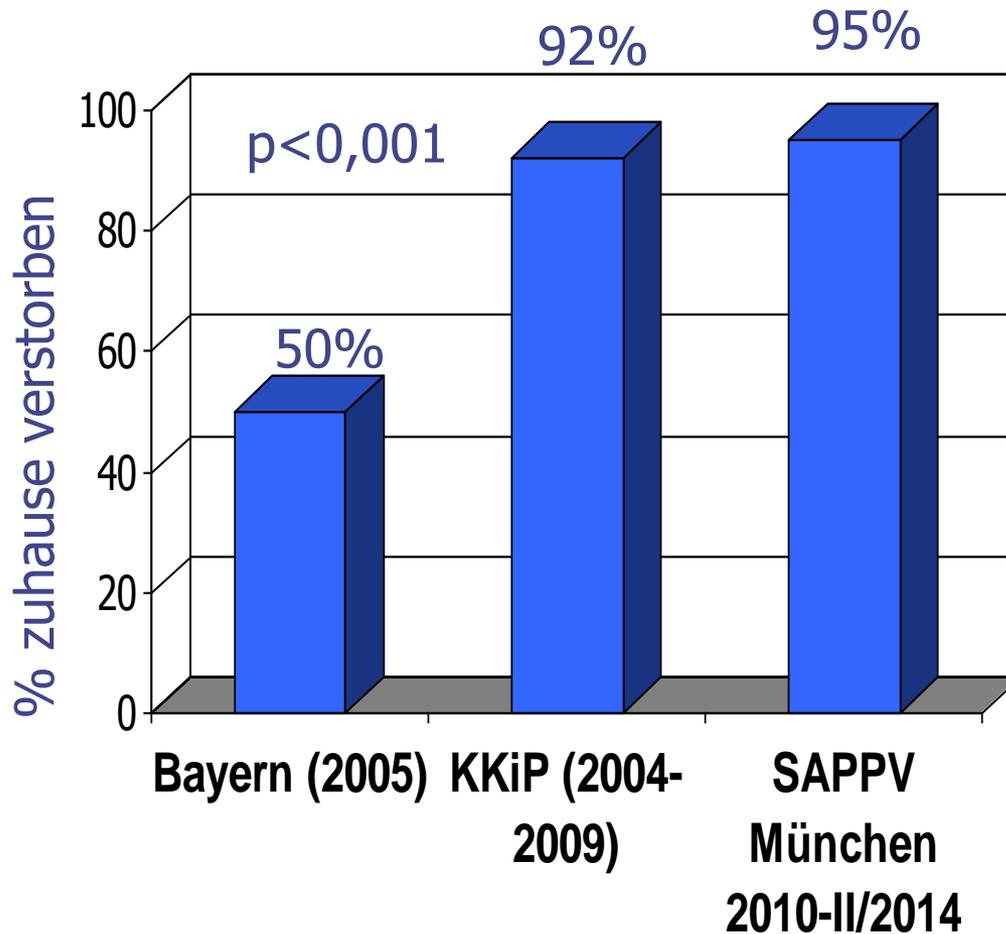
Todesursachen < 20 Jahre (2013, n = 3282)
Quelle: Statistisches Bundesamt

Verteilung der 336 Kinder, die 2013 in bayerischen Krankenhäusern verstarben, nach Altersgruppen



Datenquelle: Statistisches Bundesamt

Sterbeort im Vergleich (1 –16 Jahre)



Lebenslimitierende Krankheiten (päd. Pall. Vers.)

- Akut lebensbedrohliche Erkrankungen mit
wahrscheinlichem Therapieversagen
(z.B. Multiorganversagen, extreme Frühgeburtlichkeit, progressive
Krebserkrankung)
- Chronische Erkrankungen mit
unterdurchschnittlicher Lebenserwartung
(z.B. Cystische Fibrose)
- Progrediente Erkrankungsformen ohne
Heilungsoption (z.B. Mukopolysaccharidose)
- Mehrfachbehinderungen aus neurologischem
Formenkreis: Hirn- und Rückenmarkserkrankungen
(Akutgeschehen schwere Zerebralparese)

„Unter Palliativversorgung versteht man die aktive und umfassende Versorgung, die Körper, Seele und Geist eines Kindes gleichermaßen berücksichtigt und die Unterstützung der betroffenen Familie gewährleistet. Sie beginnt mit Diagnosestellung (.....) Es ist Aufgabe der professionellen Helfer das Ausmaß der physischen, psychischen wie sozialen Belastung des Kindes zu erkennen und zu minimieren. Wirkungsvolle pädiatrische Palliativversorgung ist nur mithilfe eines breiten multidisziplinären Ansatzes möglich, der die Familie und öffentliche Ressourcen mit einbezieht.“ (Zernikow 2008)

Multidisziplinarität und Multiprofessionalität
sind Standard in pediatric palliative care
Entscheidend für die Qualität der Begleitung
ist aber das

nicht-konkurrierende Kooperieren

das den Patienten erlaubt die Schatztruhe
unterschiedlichster Kompetenz-/
Beziehungsangebote zu nutzen und sich mit
einem Minimum an psychodynamische
Verstrickungen und Loyalitätskonflikten durch
- unter den Teammitgliedern kommunizierte und
wechselseitige achtsam begleitete –
Rollenverteilungen
zu entlasten



**Das Ganze ist mehr als die Summe seiner
Teile**

oder

**wie es ein kleines 7-jähriges Mädchen
im Verlustschmerz nach Suizid des Vaters
formulierte:**

**„Alles einzeln ist schön –
aber alles zusammen ist wunderschön“**



Und das „Ganze“ (systemischer
Ansatz, transdisziplinäres Verständnis)
kann auch mehr

Implikationen systemisch aufmerksamer
„Reise-Begleitung“
im Kontext der pädiatrischen
Palliativversorgung

- Multiplizität der menschlichen Psyche
- Morphostase und Morphogenese arbeiten als aufeinander bezogene Gegenspieler
- Homöostase ist immer ein dynamisches Phänomen
- Alle Systeme schwingen unter- und miteinander und beeinflussen sich permanent

- Soziale Systeme kommunizieren (schaffen sich) ihre Wirklichkeit selbst
- Es existiert keine objektive, sondern nur eine vereinbarte „Realität“
- Aussagen über die „Wahrheit“ sind Beschreibungen eines für wahrgenommenen Zustandes

- Familiäre Systeme unterliegen einer aktiven Eigensteuerung, autopoetische Kräfte sind permanent wirksam
 - diesen Selbst-Gestaltungswillen können wir stützen und fördern
- Helfersysteme beeinflussen Klientensysteme allein durch Anwesenheit, Beobachtung, Haltung, Einstellung, Hypothesenbildung etc.
(Kybernetik 2.Ordnung)

Alle Interaktionen sind prinzipiell zirkulärer und reziproker Natur

Jede Form, in der ein schmerzvoller
Verlust beantwortet wird,
ist

- **sowohl** ein Versuch der Bewältigung
- **als auch** ein Akt der Kommunikation
im Netzwerk der Trauernden

Verlustantwort und Trauerreaktion
eines Individuums sind

einerseits eingebettet
in persönliche Reifungsprozesse

unterstützen aber immer auch

Entwicklungsschritte für die
Bindungs- und Bezugssysteme
von Angehörigen wie Helfern

Worden, (1996)

beschreibt bei Verlust einer primären Bindungsperson
die wesentlich Einfluss nehmenden Größen

- **Art der Bindung (sicher, unsicher-
vermeidend, unsicher-ambivalent oder
desorientiert-desorganisiert)**
- **Stärke der Bindung**
- **Art und Umstände des Todes**
- **vorangehende Verlusterfahrungen**
- **elterliches Modellverhalten**

(nach Romer, 2007, S 58)

Wie entwickeln sich unsere konkreten Vorstellungen vom Sterben und vom Tod ?

Im **Säuglingsalter**: „Nicht-Anwesenheit“ der Bindungsperson existentiell.

Im **Kleinkindalter** ist der Tod immer noch eine „Abwesenheit auf Zeit“.

Reale und phantasierte Welt sind eng miteinander verflochten. Magische

Selbstüberschätzung kann zu schuldbehaftete Vorstellungen führen

(gesamtes **Vorschulalter**). Der Tod ist nun „Existenzspielart“ des Lebens, der Verlust längst nicht mehr nur „Ahnung“, aber Erkenntnis noch nicht dauerhaft ertragbar

Großes Bedürfnis nach Information („naturalistische“ Details) im ersten

Grundschulalter: Ehrliche Erklärungen wichtig /Suche nach der Wahrheit:

Verwesungsprozesse/Wunsch bei Beerdigung dabei zu sein. Vorerfahrungen mit Abschied und Verlust ermöglichen die Einordnung ins bereits erweiterte kognitive Bezugssystem des Kindes. Der Tod wird als irreversible Größe erfasst, für die eigene Person jedoch noch nicht konsequent zugelassen.

Je weniger das eigene Betroffensein beim **älteren Schulkind**

von der Endgültigkeit und Unumkehrbarkeit geleugnet werden kann, umso eher Auseinandersetzung über projektive Identifikation mit dem „Täter“

In der **Vorpubertät** bei ausreichender emotionaler Stabilität: Sachliche

Annäherung an das tatsächliches Ende des Lebens.

Mit in der Regel **10 Jahren** ist das „intellektuelle Konstrukt“ vom Tod ausgereift und unseren Verständnismöglichkeiten vergleichbar.

Awareness Context

Glaser & Strauss 1965 in Zernikov: „Palliativversorgung..“

- **closed awareness** (geschlossenes Wissen): Der Patient erkennt den baldigen Tod nicht, alle anderen schon
- **suspect awareness** (Wissensverdacht): Der Patient hat den Verdacht, dass andere etwas wissen. Er versucht diesen Verdacht zu bestätigen oder zu entkräften.
- **mutual pretense** (gegenseitige Täuschung) beide Seiten wissen, dass der Pat. sterben muss, aber sie täuschen sich gegenseitig.
- **open awareness** (offenes Wissen): beide Seiten wissen, dass der Patient sterben muss und agieren offen

In der pädiatrischen Palliativarbeit
kennen wir vorrangig:

- suspect awariness (vereinzelt)
- mutual awariness (häufig)
- open awariness (selektiv)

1) Auch die Vermeidung von der – im Auge des idealtypisch geprägten Betrachters – präferierten „offenen Kommunikation“ ist eine ernsthafte und ernst zu nehmende Botschaft : Sie gewährt magischen Schutzraum, erhält die vertrauten impliziten Muster, gibt dem Unausgesprochenen eine Chance zu schwingen und noch nicht (in Worten) fixiert zu werden, sucht und findet andere Wege der Mitteilung (non-verbal: körpersprachlich, gestalterisch)

2) Findet sich bei Perspektivwechsel oft ein kluges Management des Unbewussten eines schwer kranken Kindes: Es beantwortet die verschiedenen „Angebote“ auf angemessen unterschiedliche Weise;

systemisch formuliert ist „der Unterschied, der einen Unterschied macht“ das entscheidende hilfreiche agens für eine prozessuale Annäherung Die Signale (dürfen nicht nur) variieren, sie variieren systematisch in Feinabstimmung zwischen den Anteilen des Patienten und den Bereitschaften seiner Bindungs-/Bezugspersonen und sie variieren über die Zeit des Ent-Wicklungs-Weges in der Finalphase

3) Also korrespondiert das innere (psychische) System des Kindes/ Jugendlichen situations- und personenabhängig mit dem äußeren System seiner Umgebung und darüberhinaus über seine jeweiligen „Schlüsselsignale“ mit den passenden „Türschlössern“ jedes Einzelnen seiner Familie und seiner Betreuer

4) Ob direkt oder indirekt, sprachlich oder über andere kreative Ausdrucksformen, im selbstvergessenen oder adressierten Spiel über den antizipierten Abschied sich mitgeteilt, gemeinsam geschwiegen oder geweint wird, ist nicht von vorrangiger Bedeutung – wesentlich ist das die aktualisierte Bindungsenergie ein beziehungsbares Gegenüber findet, das in den un- bzw. vorbewussten Ausgleichsbewegungen zwischen Annahme und Leugnung der Todesnähe mitschwingt.

Wie komme ich mit Kindern und Eltern ins Gespräch?

Raum gewähren/Angebote unterbreiten/ offene Fragen als Königsdisziplin:

- Hintergrundwissen/Vermutungen/
Phantasien eruieren
 - „wer weiß (noch) Bescheid“
- „wer wäre ein Wunschgesprächspartner“
- “ Was ist das Leichteste, was das Schwerste vom Doc zu erfragen“
 - „wer in der Familie , glaubt Mama, kann Sonja wohl am besten verstehen“
- „wer würde Dich wohl ohne Worte trösten“

**„Eine angemessene
Information ist jene,
welche von der Familie kommt
und zu ihr zurückkehrt“**

Guy Ausloos 2000

Gespräche mit Kindern über Leben und Tod

Episodisch

sequentiell

rollenverteilt

oft antizyklisch

zur Erwartung der Erwachsenen

Charta für schwerstkranke Kinder

**- Modell_eines „Behandlungsvertrages“-
(frei nach Prof.Niethammer,Tübingen)**

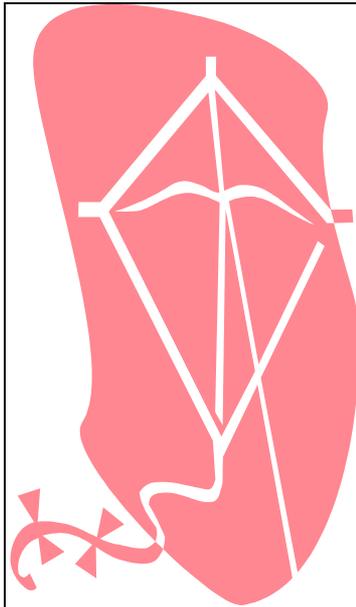
- Du darfst wissen, was Du wissen möchtest**
- Wir werden Dich nicht anlügen**
- Wir werden nur wirklich notwendige Behandlungen durchführen...**
- ...und dafür sorgen, dass es Dir dabei so gut wie möglich geht**

Fortsetzung:

- **Wir werden darauf achten, dass Du Zeit haben wirst... zu spielen, vorgelesen zu bekommen, mit Deiner Familie zu sein, Musik zu hören, Freunde zu empfangen,**
- **Wir werden zuhören**
- **Du kannst uns sagen, was Dir wichtig ist**
- **Du wirst nicht alleine sein**

Verbale und non-verbale Botschaften (antizipatorisches Wissen)

schwerstkranker Kinder



- Signale „zwischen den Zeilen“
- Scheinbar „unverständliche“ Botschaften
- „Phantastische“ Begegnungen
- Vermächtnisse
- Aufträge
- Veränderungen im Körperkontakt
- Vorwegnehmende Bildelemente

....The subject for study is intercommunication
between me and the patient
meeting on equal terms each teaching the other and
getting enriched by the experience of involvement....

What we do in our work is
to arrange a professional setting made
up of time and space and behaviour
– and see what happens.

This is the same as form in art – which allows of
spontaneous impulse and unexpected creative gesture.
This is what we wait for and value highly in our work and
we even hold back on our bright ideas
when they come for fear
of blocking the bright ideas
that might come from the child

Winnicott 1970

**Das „innere Team“
eines Kindes in palliativer Situation
im Bühnenbild der „ritterlichen Tafelrunde“ :**

**Es zeigen sich ein (erschöpfter) Teil , der sich
vollkommen hilflos, ängstlich fühlt,
daneben existieren „Aufmunterer,“/“Mutmacher“,
stellen Gegenspieler ihre Wut als Energie bereit ,
und kämpferische Anteile werden Wortführer,
dagegen manifestiert sich einer der verweigert
oder es positionieren sich trauernde,
antizipierende Anteile
ein weiser Beobachter empfiehlt sich....
....alle sind dem kohärenten Selbst verpflichtet**

Auch sehr extreme (Gefühls-) Zustände sind damit innere Begleiter, die verhindern, dass das gesunde (überlebende) Selbst fragmentiert

—

in diesem Verständnis gibt es keine Psychopathologie im Abschiedsprozess, so wenig wie es eine pathologische Trauer gibt! „Dysfunktionale“ Verhaltensweisen sind Ratgeber des seelischen Organismus und können integriert werden, wenn ihre Beschreibung nicht länger dem Defizit-Modell folgt

Die *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie* (Krüger, Reddemann 2007) beschreibt eindrücklich das Potential der Imagination als Ressource:

Kundige Anteile des schwer kranken Kindes können sich verwurzeln und auch vom Himmel nähren lassen (Baumübung), erleben den Wechsel der Jahreszeiten und die Metamorphosen als Prinzip des Lebens sie können sich in Schutzkleidung hüllen

Engel, Feen, Elementargeister, Krafttiere, Helden sind unzerstörbare innere Helfer /Mittler/ Übergangsobjekte

Verwundete Ich-Anteile können an einen geschützten Platz gebracht werden (das Kind ist sich selbst damit ein „sicherer innerer Ort“)

Fragen, die Kinder häufig stellen:

- Was passiert beim Sterben (klare Information)
- Tut Sterben weh? (Es gibt vielleicht kein sicheres Wissen, aber es gibt Erfahrungswerte....)
- Was passiert danach ? (Gemeinsames Phantasieren...)
- Wird jemand bei mir sein ? (Wichtigkeit bestätigen.....)
- Werde ich vergessen werden ?

(Rituale können helfen: Erklärung einer Mutter, die den Wunsch ihres Sohnes aufgreift, stellvertretend für ihn auch nach seinem Tod an den Geburtstagen der Geschwister für ein Geschenk „in seinem Namen“ zu sorgen -
sich anschließende Frage des Kindes:

Aber wenn mein „Konto“ einmal leer sein wird? Antwort :
Es wird nie leer sein, denn Du bekommst doch Dein monatliches Taschengeld darauf...)

„Die interessantesten Fragen
bleiben immer Fragen.

Sie bergen ein Geheimnis...

Jeder Antwort muss man ein

„vielleicht“

hinzufügen.

Nur uninteressante Fragen haben
eine endgültige Antwort.....“

Die Dame in Rosa, Eric-Emmanuel Schmitt

Ein Mensch ohne
Körper kann
auch
leben?!



Die Regression schwerkranker Kinder **steht im Dienste des Ich!**

Je nach Situation und Bezugsperson wechseln
regressive und progressive seelische Funktionsweisen

Regressive Verhaltensweisen
(mutistischer, depressiv-katatoner, anorektischer Art)

unterscheiden sich von der

endgültigen Regression
mit weitgehendem

Besetzungsabzug in der terminalen Phase

Mehrgenerationenperspektive -Genogramm-Arbeit-

Transgenerationale Weitergabe von

- Krisenmanagement
- Inneren Arbeitsmodellen bei der Bewältigung von Krankheit/ existentiellen Verlusterfahrungen/Traumata
- Kognitiven Überzeugungen
- epigenetisch verankerten somatischen Dispositionen

**Fokus auf Ressourcen: Systemrelevante
„Überlebensstrategien“**

**Professionelle Haltung in der
Begleitung der Kinder aus systemisch-
familienmedizinischer Sicht verlangt:**

**Anerkennung des „Spezialistenstatus“
von Eltern/Großeltern und anderen
Bezugspersonen**

**Zwei „Expertenteams“ treffen
in „dialogischer Psychoedukation“
aufeinander (Romer 2007)**

Geschwisterkinder verlieren mehrfach:

- Ihre Sicht auf die Welt ändert sich dramatisch
(Verlust der „Unschuld“)
 - ihr Selbst-Verständnis ist großer Irritation
ausgesetzt (Identitätsthemen)
- Die Aufmerksamkeit ihrer Bindungspersonen
verändert/vermindert sich durch die
Betroffenheit
der Eltern / Großeltern (eigene Trauer)
 - Ihre Geschwister-Position ändert sich
(plötzlich in der Rolle des „Ältesten“)
Sie haben ihren persönlichen Verlust
(des Beschützers, der Spielkameradin etc.)
zu verarbeiten

Geschwistertrauer

- Viele Kinder „schützen“ ihre Eltern vor der eigenen Trauer
- Selbstvorwürfe und Schuldgefühle treten auf
 - Tendenz: Sozial erwünschtes Verhalten („Überanpassung“)
 - Starke Leistungsorientierung („Wiedergutmachung“)
 - Als „Stellvertreter“ des verstorbenen Geschwisters werden z.B. dessen „Eigenschaften“ übernommen
- Verhaltensauffälligkeiten, psychosomatische Symptome, Leistungseinbrüche sind mögliche Indikatoren für das „verborgene Leid“

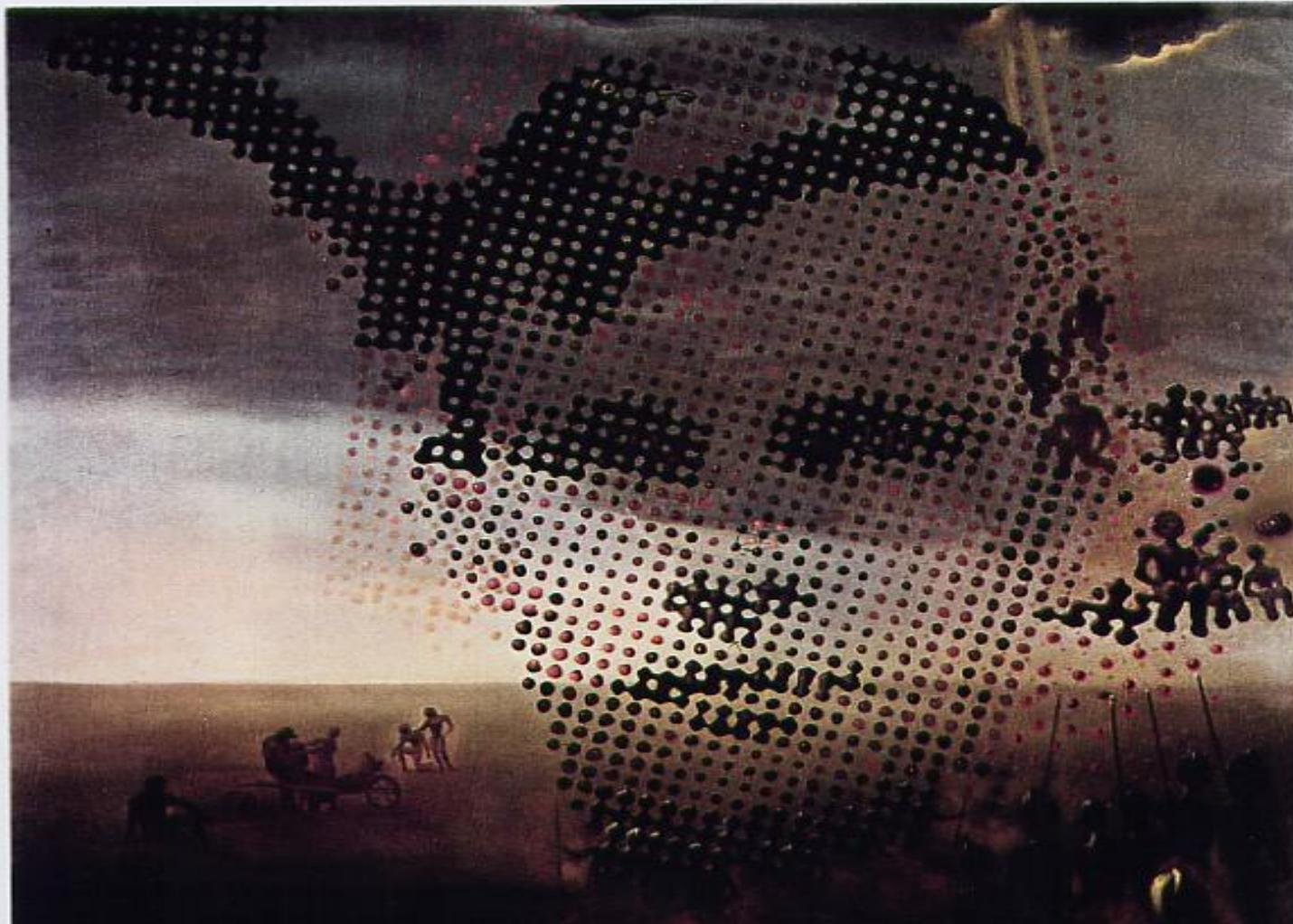
Bildnis meines toten Bruders

Portrait de mon frère mort

1963 – Öl auf Leinwand – 175 × 175 cm

Privatsammlung

Dalís Bruder hieß ebenfalls Salvador. Er wurde am 12. Oktober 1901 geboren und starb am 1. August 1903 an einer infektiösen Magen-Darm-Entzündung. Der Maler wurde am 11. Mai 1904 um 8.45 Uhr geboren.



Es geht nicht darum,
bestimmte Teile der Trauer....
etwa den intensiven Schmerz auszuleben,
sondern die unterschiedlichen
Arten der Trauer
der einzelnen Teile eines sozialen Systems
miteinander in Interaktion treten zu lassen
....um den interpersonalen Austausch
wieder zum Fließen zu bringen

Hans Goldbrunner

Mit den vorhandenen fundamentalen Affekten der Angst, der Verzweiflung, mit der Wut des betroffenen Familiensystems korrespondieren möglicherweise Gefühle von Kontrollverlust, Kränkung und Scham im Begleitersystem – auch wir haben Verlust Erfahrungen, haben Unwiederbringliches verloren, sind zerbrechlich und wissen es auch.

Lassen Sie uns also unter systemischem Blickwinkel das eigene „Trauer-Kind“ mit einladen in die Helferrunde (Supervision!)

**Professionelle Begleitung eines im mehrfachen
Sinne abhängigen Patientenklientels
(Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene) bedeutet**

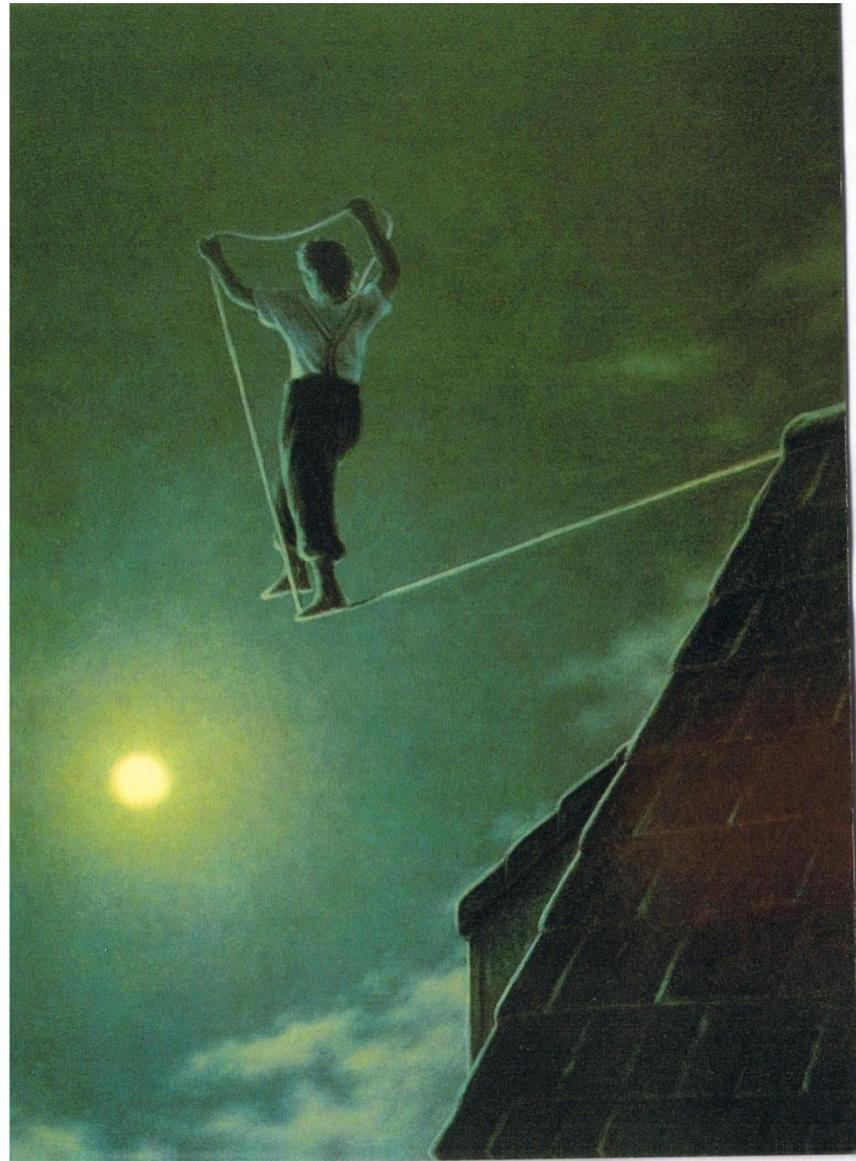
**trotz entstehender großer Nähe,
notwendigerweise besonderem Engagement,
unumgänglicher wechselseitiger Einflussnahme**

eine abstandwahrende Achtsamkeit gegenüber

**dem prioritären Schutz der
Familien -(System-) Integrität**

„Ich setzte
den Fuß in
die Luft,
und sie trug.“

Hilde Domin



E. Fischinger, Kruckenburgstraße 25, 81375 München,
Dipl.-Psychologin, Klinische Psychologin, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin,
syst. Familientherapeutin, Trauma-Therapeutin
Praxis Kinder- u. Jugendliche: 85221 Dachau, Am Oberanger 14, Tel.: 08131/ 66 95 50
Tel.: 089/ 71 88 78 und email: estherfischinger@web.de
KV-Abrechnungssitz 64/ 7103700 /LANR 209662069

Entwicklungspsychologische Aspekte der Vorstellungen vom Tod und Reaktionen auf existentielle Verluste in Kindheit und Jugendzeit

Säuglings- und Kleinstkinderzeit:

Angewiesen auf die Bindungsangebote und die Kompetenz der Eltern körperliche Erregungszustände und Affekte zu spiegeln, in Feinabstimmung regulieren zu helfen, Hilfs-Ich Funktionen zu übernehmen entwickeln sich Selbst- und Weltvertrauen, Objektkonstanz beginnt sich auszubilden, mit etwa einem $\frac{3}{4}$ - 1 Jahr beginnt das Kleinkind langsam zwischen Belebtem und Unbelebtem zu unterscheiden....dennoch werden letzterem Kriterien des Lebendigen zugeschrieben, gibt es noch kein Verständnis für den qualitativen Unterschied zwischen Trennung und Tod.

Der – auch nur passagere - Verlust von Bindungspersonen (mehrmonatige Abwesenheit) in frühesten Entwicklungsalter ist aber im Wortsinne „existentiell“, kann ohne Kompensationsangebote nicht schadlos überstanden werden; der Säugling reagiert „physiologisch“ mit Gedeih- oder Wachstumsproblemen. Deprivationssymptome sind uns ja seit Rene Spitz vertraute Zeichen einer emotionalen Mangelsituation. Die Erschütterungen auf grundsätzliche Versorgungsveränderungen, auf die nachhaltige Irritation von alternativ zur Verfügung stehenden aber trauernden Bezugspersonen können zu Regulationsstörungen mit weitreichenden Konsequenzen für das Ur-Vertrauen, die entstehenden Bindungsmuster, die Mentalisierungsfähigkeit, die Affektsteuerung usw. führen

Kindergartenalter und Vorschulalter

Im Alter von 2-4 Jahren empfindet sich das Kind in seiner Weltsicht als omnipotent selbstwirksam, ein wunderbarer Zustand, sich als Nabel des Geschehens fühlen zu dürfen, der Motor für die Entwicklungslust schlechthin....es liegt ein magischer Zauber über diesem Kleinkindalter, Dinge können gezielt manipuliert werden, Wünschen und Gedanken Ereignisse beeinflussen, der eigene Körper wird verstärkt zum Explorationsobjekt, Sprache vermittelt Vorstellung.

Im späteren Kindergarten- existieren vielleicht bereits erste „Lerninseln“ zum Thema Umgang mit Tod und Trauer (Großeltern erkranken, versterben, ein Haustier wird überfahren). Die kognitiven Voraussetzungen reifen, das Magische wird überwunden durch die Auseinandersetzung mit der Realität, das Bedürfnis konkreter und anschaulicher Auseinandersetzung wächst (Beerdigungsrituale für einen toten Vogel, erneutes Wiederausgraben und überprüfen seines „Zustandes“). Die Kinder „switchen“ in ihren Erklärungen. Der Todeszustand ist von außen herbeigeführt, jemand muss dafür verantwortlich sein, es gibt sozusagen einen „Töter“, aber noch keinen endgültigen mit dem Leben unvereinbaren Zustand. Kinder- Spiele „tot zu sein“ täuschen darüber hinweg, dass die Irreversibilität noch nicht stabiler Bestandteil des Todeskonzeptes ist

Bis zu dieser Entwicklungsphase ist Tot-Sein kein endgültiger Zustand sondern eine „Spiel-Art“ des Lebens, der Tod ist vorübergehender Natur. Die Trauer der Kinder zeigt sich stark unterschiedlich, es kann zu archaischen Ängsten kommen (Krankheitserfahrungen/invasive Therapiemaßnahmen),

aufgrund der magischen Überzeugungen entstehen möglicherweise massive Schuldgefühle (Rivalität, Todeswünsche) vorübergehend kann es zu regressiven Verhaltensweisen, zu Entwicklungsrückschritten kommen

Schulkinder mit 6-8 Jahren stehen vor der Herausforderung sich mit neuen Strukturen und Organisationssystemen die Welt auf der immer wichtiger werdenden Sachebene zu erschließen. Der Tod wird in seiner Endgültigkeit und Unumkehrbarkeit begriffen, Ursache-Wirkungszusammenhänge, biologische Faktoren für die Krankheitsentstehung und das Sterben in zunehmender Komplexität verstanden, aber es ist immer noch der Tod „der anderen“ ; die Universalität des Phänomens, das heißt die Tatsache, dass „auch ich sterben werde“, muss lange abgewehrt werden, ist zum Teil sehr angstausslösend und wird erst am Ende dieser Entwicklungsphase akzeptiert. In Kinderbildern zeigt sich der „Aggressor“ durch Identifikation entmachtet (Darstellungen von Kampfrobootern, Vernichtungsmaschinen, martialischen „Tötern“)

Ab etwa 9/ 10 Jahren ist das intellektuelle Konstrukt ausgereift, der Tod wird dem erwachsenen Verständnis analog erfasst. Es kommt oft zu einer „Pseudo-Sachlichkeit“, mit Hilfe des Abwehrmechanismus der Intellektualisierung wird die notwendige Distanzierung geleistet. Verluste können antizipiert werden, Trauer drückt sich im gesamten Spektrum der zur Verfügung stehenden Gefühlsäußerungen aus. Kinder dieses Alters reagieren mit eigenen Erkrankungsängsten, manche ziehen sich zurück, verweigern, einige funktionieren demonstrativ, andere zeigen sich sehr symbiotisch bedürftig.

Jugendalter: Hormonelle Turbulenzen, libidinöse Neubesetzung des Körpers, Identitätsthemen, Zugehörigkeitserleben zur jetzt ungeheuer wichtigen peergroup machen die Auseinandersetzung mit dem Thema noch einmal schwierig. Verletzungen der körperliche Integrität wiegen schwer (Verlust von Haaren durch deine Chemotherapie), die Versicherung in der Normalität geborgen zu sein wird dringend benötigt. Verlust einer nahen Bezugsperson bringt zusätzlich oft einen massiven Loyalitätskonflikt mit sich, denn die aktivierten Kohärenzbemühungen der Familie laufen der Befriedung von entwicklungspsychologisch wichtigen Autonomiebedürfnissen entgegen. Jugendliche reagieren manchmal emotionskarg oder flüchten aus dem Hochspannungsfeld, aber eher um den Durchbruch zu vermeiden, denn ihre Verwundbarkeit ist groß. Versagensängste , Leistungseinbrüche, Risikoverhalten (Abusus, Selbstgefährdungen) treten auf, oft sind Jugendliche stark identifiziert mit dem gleichgeschlechtlichen (erkrankten oder verstorbenen) Elternteil und übernehmen Verantwortung für das Familiensystem.

Jede Trauererfahrung, jedes Verlusterleben triggert bereits erlittene Trennungserfahrungen, in jeder Entwicklungsstufe gibt es einen „link“ zu den durchschmerzten früheren Abschieden! Alle Verluste werden in jeder weiteren Entwicklungsphase erneut einer altersgemäßen Integration zugeführt; gelingt dies nicht, so entstehen blockierte, erschwerte, prolongierte Trauerprozesse.

Kinder und Jugendliche mit Vorverwundungen durch kumulative Verluste, durch Traumatisierung, durch schwere Erkrankungen durchlaufen diese Entwicklungsschritte beschleunigt im Sinne einer NOTREIFUNG!