

Bölling-Bechinger, Hiltrud

Die Bedeutung des Trauerns für die Annahme der Behinderung eines Kindes

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 37 (1988) 5, S. 175-179

urn:nbn:de:bsz-psydok-32805

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Autismus

- Buchard, F.*: Verlaufstudie zur Festhaltetherapie – Erste Ergebnisse bei 85 Kindern (Course Study at Holding Therapy – First Results with 85 Children) 89
- Dalferth, M.*: Visuelle Perzeption, Blickkontakt und Blickabwendung beim frühkindlichen Autismus (Visual Perception, Eye-Contact and Gaze-avoidance in Early Childhood Autism) 69
- Kischkel, W.*: Autistisches Syndrom bei Störung des fronto-limbischen Systems: ein Fallbeispiel (Autism as Disorder of the Fronto-Limbic System: A Case Report) 83
- Klicpera, C., Mückstein, E., Innerhofer, P.*: Die Ergänzung von Implizitsätzen durch autistische, lernbehinderte und normale Kinder (The Completion of Presupposed Information by Autistic-, Learning Disabled and Normal Children) 79

Erziehungsberatung

- Buchholz, M.B.*: Macht im Team – intim (Power in Teams – intimate) 281
- Domann, G.*: Systemische Therapie in einer öffentlichen Institution – Kontextuelle Erfahrungen (Systemic Therapy in a Public Institution. Experiences in the Framework of a Counseling Centre) 257

Familientherapie

- Buchholz, M.B.*: Der Aufbau des therapeutischen Systems. Psychoanalytische und systemische Aspekte des Beginns von Familientherapien (The Construction of the Therapeutic System. Psychoanalytic and Systemic Aspects of the Beginning of Family Therapy) 48
- Reich, G., Huhn, S., Wolf-Kussl, C.*: Interaktionsmuster bei „zwangsstrukturierten Familien“ (Patterns of Interaction and Therapy of Families with Obsessive-Compulsive Structure) 17
- Reich, G., Bauers, B.*: Nachscheidungskonflikte – eine Herausforderung an Beratung und Therapie (Post-Divorce Conflicts – a Challenge to Counselling and Therapy) 346
- Sperling, E.*: Familienselbstbilder (Family-Self-Images) 226

Forschungsergebnisse

- Berger, M.*: Die Mutter unter der Maske – Zur Problematik von Kindern adoleszenter Eltern (The Mother beneath the Mask: On the Developmental Problems of Children of Adolescent Parents) 333
- Blanz, B., Lehmkuhl, G.*: Phobien im Kindes- und Jugendalter (Phobias in Childhood and Adolescence) 362

- Disch, J., Hess, T.*: „Gute“ und „schlechte“ systemorientierte Therapie: Eine katamnestic Vergleichsstudie in einem kinderpsychiatrischen Ambulatorium („Good“ and „bad“ Systemic Orientated Therapies: a Katamnestic Comparison Study in a Psychiatric Ambulatorium for Children) 304
- Gerlach, F., Szecsenyi, J.*: Der Hausarzt als „Screening Agent“ in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (The Family doctor as a „Screening Agent“ in Child- and Youth-Psychiatric Care) 150
- Grundner, R., Götz-Frei, M.L., Huber, H.P., Kurz, R., Sauer, H.*: Psychologische Operationsvorbereitung bei 4–8-jährigen (Psychologic Treatment Alternatives in Preparation for Surgery of In-Hospital Pediatric Patients between the Ages of 4 and 8 Years) 34
- Hobrücker, B., Köhl, R.*: Zur Faktorenstruktur von Verhaltensproblemen stationärer Patienten (Children's Behaviour Problems during Residential Treatment: A Factor Analytic Approach) 154
- Rohmann, U.H., Elbing, U., Hartmann, H.*: Bedeutung von Umwelt- und Organismusfaktoren bei Autoaggressionen (Significance of Environmental and Individual Variables in Autoaggressive Behavior) 122
- Szilárd, J., Vetró, Á., Farkasinszky, T.*: Elektive aggressive Verhaltensstörungen (Elective Aggressive Behavior Disturbances) 121
- Torbahn, A.*: Angst vor der Operation bei Kindern und ihren Müttern (Preoperative Anxiety in Children and Their Mothers) 247
- Walter, R., Kampert, K., Remschmidt, H.*: Evaluation der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in drei hessischen Landkreisen (Evaluation of Psychiatric Services for Children and Adolescents in Three Rural Counties) 2

Jugendhilfe

- Brönneke, M.*: Familientherapie in der Heimerziehung: Bedingungen, Chancen und Notwendigkeiten (Family Therapy in Connection with the Upbringing of Children in Children's Homes: Conditions, Chances and Necessities) 220
- Holländer, A., Hebborn-Brass, U.*: Entwicklungs- und Verhaltensprobleme von Kindern eines heilpädagogisch-psychotherapeutischen Kinderheims: Erste Ergebnisse einer mehrdimensionalen Klassifikation (Developmental and Behavioral Problems of Children at the Onset of Psychotherapeutic Residential Care: First Results of a Multidimensional Diagnostic Classification) 212

Praxisberichte

- Kaiser, P., Rieforth, J., Winkler, H., Ebbers, F.*: Selbsthilfe-Supervision und Familienberatung bei Pflegeeltern (Supervision of Self-Help Groups and Family Therapeutic Counseling of Foster Families) 290

Psychotherapie

- Bauers, W.:* Erfahrungen mit Indikationsstellungen zur stationären psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen (Experiences with Indications for the Psychotherapeutic Indoor-Treatment of Children and Adolescents) 298
- Ebttinger, R., Ebttinger, J.:* Der Traum in der Psychotherapie psychotischer Kinder (Dreaming in the Psychotherapy of Psychotic Children) 131
- Jernberg, A. M.:* Untersuchung und Therapie der pränatalen Mutter-Kind-Beziehung (Investigation and Therapy of Prenatal Relation between a Mother and her Child) 161
- Maxeiner, V.:* Märchenspiel als Gruppenpsychotherapie für behinderte Kinder (Playing Fairy Tales as a Group Therapy for Developmentally Retarded Children) . . . 252
- Streeck-Fischer, A.:* Zwang und Persönlichkeitsentwicklung im Kindes- und Jugendalter (Compulsion and Personality Organisation in Childhood and Youth) . . 366
- Neuser, J.:* Kinder mit Störungen der Immunabwehr in Isoliereinheiten (Children with Impaired Immune Functioning in Protected Environments) 43
- Schleiffer, R.:* Eine funktionale Analyse dissozialen Verhaltens (Analysis of the Function of Antisocial Behavior) 242
- Strehlow, U.:* Zwischen begründeter Sorge und neurotischen Ängsten – Reaktionen Jugendlicher auf die Gefahr einer HIV-Infektion (Between Reasonable Concern and Neurotic Fears – Response of Adolescents to the Threat of a HIV-Infection) 322
- Strömer, N., Kischkel, W.:* Festhaltungstherapie (Holding Therapy) 326

Tagungsberichte

- Bericht über das VII. Internationale Symposium für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters am 23. und 24. 10. 1987 in Würzburg 58
- Bericht über den 8. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Varna . . . 24

Übersichten

- Braun-Scharm, H.:* Psychogene Sehstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Psychogenic Visual Disturbances in Children and Adolescents) 38
- Bölling-Bechinger, H.:* Die Bedeutung des Trauerns für die Annahme der Behinderung eines Kindes (The Importance of Grief in Accepting a Child's Ecology) . . . 175
- Diepold, B.:* Psychoanalytische Aspekte von Geschwisterbeziehungen (Psychoanalytic Aspects of Sibling Relations) 274
- Engel, B.:* Wandlungssymbolik in Andersens Märchen „Die kleine Meerjungfrau“ (Symbolism of Transfiguration in Andersen's „The Little Mermaid“) 374
- Herzka, H. S.:* Pathogenese zwischen Individuation und psychosozialer Ökologie (Pathogenesis between Individuation and Psycho-Social Ecology) 180
- Hummel, P.:* Der gegenwärtige Forschungsstand zur Sexualdelinquenz im Jugendalter (The Actual State of Research in Sexual Delinquency in the Days of Youth) . 198
- Kammerer, E., Hütsch, M.:* Gehörlosigkeit aus der Sicht des Kinder- und Jugendpsychiaters. Teil 1: Medizinische Aspekte, Epidemiologie und entwicklungspsychologische Aspekte (Deafness from a Child- and Youth-Psychiatric Point of View. Part 1: Medical Aspects, Epidemiology, and Aspects of Developmental Psychology) 167
- Kammerer, E., Hütsch, M.:* Gehörlosigkeit aus der Sicht des Kinder- und Jugendpsychiaters. Teil 2: Soziale und emotionale Entwicklung, kinderpsychiatrische Morbidität, Bedeutung des familiären und sozialen Umfelds (Deafness from a Child-Youth Psychiatric Point of View. Part 2: Social and Emotional Development, Child-Psychiatric Morbidity, Significance of Family and Social Environments) 204
- Kiese, C., Henze, K. H.:* Umfassende Lateralitätsbestimmung in der Phoniatischen Klinik (Comprehensive Determination of Laterality in the Phoniatic Clinic) . . 11
- Lanfranchi, A.:* Immigrantenfamilien aus Mittelmeerländern: Systemische Überlegungen zur Beziehung Herkunftsfamilie – Kernfamilie (Immigrant Families from Mediterranean Countries) 124
- Buchbesprechungen*
- Affolter, F.:* Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache . . 139
- Beaumont, J. G.:* Einführung in die Neuropsychologie . . 186
- Beland, H. et al. (Hrsg.):* Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 20 142
- Beland, H. et al. (Hrsg.):* Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 21 191
- Bettelheim, B.:* Ein Leben für Kinder – Erziehung in unserer Zeit 138
- Borbély, A.:* Das Geheimnis des Schlafes. Neue Wege und Erkenntnisse der Forschung 357
- Börsch, B., Conen, M. L. (Hrsg.):* Arbeit mit Familien von Heimkindern 356
- Chasseguet-Smirgel, J.:* Zwei Bäume im Garten. Zur psychischen Bedeutung der Vater- und Mutterbilder . . . 185
- Collischonn-Krauss, M.:* Das Trennungstrauma im ersten halben Lebensjahr 356
- Dalferth, M.:* Behinderte Menschen mit Autismussyndrom. Probleme der Perzeption und der Affektivität . . 235
- Dam, M., Gram, L.:* Epilepsie 313
- Diergarten, A., Smeets, F.:* Komm, ich erzähl dir was. Märchenwelt und kindliche Entwicklung 188
- Dietl, M. W.:* Autonomie und Erziehung im frühen Kindesalter. Zur Bedeutung der psychoanalytischen Autonomiediskussion für die frühkindliche Erziehung . . . 236
- Dimitriev, V.:* Frühförderung für „mongoloide“ Kinder, das Down-Syndrom 61
- Eagle, M. N.:* Neuere Entwicklungen in der Psychoanalyse 185
- Ebertz, B.:* Adoption als Identitätsproblem 63
- Feldmann-Bange, G., Krüger, K. J. (Hrsg.):* Gewalt und Erziehung 191
- Fengler, J., Jansen, G. (Hrsg.):* Heilpädagogische Psychologie 384
- Friedmann, A., Thau, K.:* Leitfaden der Psychiatrie 141
- Gruen, A.:* Der Wahnsinn der Normalität. Realismus als Krankheit – eine grundlegende Theorie zur menschlichen Destruktivität 380

<i>Haeberlin, U., Amrein, C.</i> (Hrsg.): Forschung und Lehre für die sonderpädagogische Praxis	188	<i>Potreck-Rose, F.</i> : Anorexia nervosa und Bulimia. Therapieerfolg und Therapieprozeß bei stationärer verhaltenstherapeutischer Behandlung	186
<i>Hartmann, J.</i> : Zappelphilipp, Störenfried. Hyperaktive Kinder und ihre Therapie	314	<i>Prekop, J.</i> : Der kleine Tyrann	386
<i>Hirsch, M.</i> : Realer Inzest. Psychodynamik des sexuellen Mißbrauchs in der Familie	27	<i>Psychologie heute</i> (Hrsg.): Klein sein, groß werden	313
<i>Horn, R., Ingenkamp, K., Jäger, R. S.</i> (Hrsg.): Tests und Trends 6. Jahrbuch der Pädagogischen Diagnostik, Bd. 6	233	<i>Rath, W.</i> : Sehbehinderten-Pädagogik	315
<i>Institut für analytische Psychotherapie</i> (Hrsg.): Psychoanalyse im Rahmen der Demokratischen Psychiatrie, Bd. I u. II	61	<i>Reinecker, H.</i> : Grundlagen der Verhaltenstherapie	105
<i>Jernberg, A. M.</i> : Theraplay. Eine direkte Spieltherapie	315	<i>Reiser, H., Trescher, G.</i> : Wer braucht Erziehung. Impulse der Psychoanalytischen Pädagogik	99
<i>Jung, C. G.</i> : Seminare – Kinderträume	143	<i>Remschmidt, H.</i> (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung	386
<i>Kagan, J.</i> : Die Natur des Kindes	102	<i>Rennen-Allhoff, B., Allhoff, P.</i> : Entwicklungstests für das Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter	63
<i>Kast, V.</i> : Wege aus Angst und Symbiose. Märchen psychologisch gedeutet	26	<i>Ross, A. O., Petermann, F.</i> : Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen	188
<i>Kast, V.</i> : Mann und Frau im Märchen	382	<i>Rothenberger, A.</i> : EEG und evözierte Potentiale im Kindes- und Jugendalter	314
<i>Keeney, B. P.</i> : Konstruieren therapeutischer Wirklichkeiten. Theorie und Praxis systemischer Therapie	265	<i>Schlung, E.</i> : Schulphobie	101
<i>Kegel, G.</i> : Sprache und Sprechen des Kindes	232	<i>Schmidt-Denter, U.</i> : Soziale Entwicklung. Ein Lehrbuch über soziale Beziehungen im Lauf des menschlichen Lebens	387
<i>Kernberg, O. F.</i> : Innere Welt und äußere Realität. Anwendungen der Objektbeziehungstheorie	185	<i>Schneider, W.</i> : Deutsch für Kenner. Die neue Stilkunde	26
<i>Klann, N., Hahlweg, K.</i> : Ehe-, Familien- und Lebensberatung. Besuchsmotive und Bedarfsprofile: Ergebnisse einer empirischen Erhebung	232	<i>Schultz, H. J.</i> (Hrsg.): Angst	381
<i>Klein, G., Kreie, G., Kron, M., Reiser, M.</i> : Integrative Prozesse in Kindergartengruppen	311	<i>Schultz-Gambard, J.</i> : Angewandte Sozialpsychologie – Konzepte, Ergebnisse, Perspektiven	187
<i>Knapp, A.</i> : Die sozial-emotionale Persönlichkeitsentwicklung von Schülern. Zum Einfluß von Schulorganisation, Lehrerwahrnehmung und Elternengagement	28	<i>Schweitzer, J.</i> : Therapie dissozialer Jugendlicher. Ein systemisches Behandlungsmodell für Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe	385
<i>Koechel, R., Ohlmeier, D.</i> (Hrsg.): Psychiatrie-Plenum. Beiträge zur Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Sozialpsychologie aus Praxis und Forschung	385	<i>Seifert, T., Waiblinger, A.</i> (Hrsg.): Therapie und Selbsterfahrung. Einblick in die wichtigsten Methoden	235
<i>Kollbrunner, J.</i> : Das Buch der Humanistischen Psychologie	312	<i>Shapiro, E. G., Rosenfeld, A. A.</i> : The Somatizing Child. Diagnosis and Treatment of Conversion and Somatization Disorders	234
<i>Kollmar-Masuch, R.</i> : Hat der Lehrer in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Chance?	356	<i>Simmons, J. E.</i> : Psychiatric Examinations of Children	140
<i>Kooij, R. v. d., Hellendoorn, J.</i> (Hrsg.): Play, Play Therapy, Playresearch	141	<i>Solnit, A. J. et al.</i> (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 40)	60
<i>Kornmann, A.</i> (Hrsg.): Beurteilen und Fördern in der Erziehung. Orientierungshilfen bei Erziehungs- und Schulproblemen	190	<i>Solnit, A. J. et al.</i> (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 41)	103
<i>Kutter, P., Paramo-Ortega, R., Zagermann, P.</i> (Hrsg.): Die psychoanalytische Haltung. Auf der Suche nach dem Selbstbild der Psychoanalyse	185	<i>Solnit, A. J. et al.</i> (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child (Vol. 42)	382
<i>Lempp, R., Schiefele, H.</i> (Hrsg.): Ärzte sehen die Schule	265	<i>Stafford-Clark, O., Smith, A. C.</i> : Psychiatrie	103
<i>Lifton, B. J.</i> : Adoption	104	<i>Steinhausen, H. C.</i> : Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie	379
<i>Linn, M., Holtz, R.</i> : Übungsbehandlung bei psychomotorischen Entwicklungsstörungen	264	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Zur Psychologie und Psychopathologie des Säuglings – neue Ergebnisse in der psychoanalytischen Reflexion	99
<i>Lukas, E.</i> : Rat in ratloser Zeit – Anwendungs- und Grenzgebiete der Logotherapie	266	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Das Märchen – ein Märchen? Psychoanalytische Betrachtungen zu Wesen, Deutung und Wirkung von Märchen	311
<i>Manns, M., Herrmann, C., Schultze, J., Westmeyer, H.</i> : Beobachtungsverfahren in der Verhaltensdiagnostik	357	<i>Stork, J.</i> (Hrsg.): Über die Ursprünge des Ödipuskomplexes – Versuch einer Bestandsaufnahme	381
<i>McDaniel, M. A., Pressley, M.</i> (Eds.): Imagery and Related Mnemonic Processes. Theories, Individual Differences, and Applications	384	<i>Visher, E. B., Visher, J. S.</i> : Stiefeltern, Stiefkinder und ihre Familien	138
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Prognose psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter	316	<i>Wexberg, E.</i> : Sorgenkinder	264
<i>Nitz, H. R.</i> : Anorexia nervosa bei Jugendlichen	140	<i>Wilk, L.</i> : Familie und „abweichendes“ Verhalten	100
<i>Payk, R., Langenbach, M.</i> : Elemente psychopathologischer Diagnostik	29	<i>Zundel, E., Zundel, R.</i> : Leitfiguren der Psychotherapie. Leben und Werk	189
<i>Petermann, F., Petermann, U.</i> : Training mit Jugendlichen	233	<i>Zwiebel, R.</i> : Psychosomatische Tagesklinik – Bericht über ein Experiment	263
<i>Petzold, H., Ramin, G.</i> (Hrsg.): Schulen der Kinderpsychotherapie	383	Autoren der Hefte: 25, 60, 98, 137, 184, 231, 263, 310, 355, 378	
		Tagungskalender: 30, 64, 106, 144, 193, 237, 267, 317, 358, 388	
		Mitteilungen: 31, 65, 107, 145, 194, 238, 269, 318, 359, 388	

Die Bedeutung des Trauerns für die Annahme der Behinderung eines Kindes

Von Hiltrud Bölling-Bechinger

Zusammenfassung

Eltern behinderter Kindern trauern. Sie erleben in der Behinderung ihrer Kinder einen großen Verlust. Wir stoßen auf Formen der gesunden und chronischen Trauerarbeit. Nach meinen Erfahrungen dauert eine normale Trauerarbeit mindestens 2 Jahre. Ob diese je vollständig abgeschlossen werden kann, erscheint unsicher, da im Gegensatz zum Tod eines Menschen ein behindertes Kind täglich an den Verlust erinnert. Dabei sind viele theoretische Fragen noch nicht geklärt. Berichte von Eltern lassen mich vermuten, daß die Fachleute in Behindertenfragen oft selbst nicht ahnen, in welch schwierigen emotionalen Situationen Eltern behinderter Kinder sich befinden. Eltern behinderter Kinder fühlen sich häufig zusätzlich bestraft und versagend, weil sie tief im Trauerprozeß stecken und die Aufträge von Fachleuten nicht ausführen können. Zuhören und abwarten sind in diesen Phasen bessere Hilfen. Allerdings benötigen wir dazu mehr Zeit, mehr Geduld und mehr Wissen. Für Eltern mit chronischen Formen des Trauerns sind m.E. jedoch mehr Bemühungen psychotherapeutischer Art erforderlich, wenn auch diesen und deren gesunden Kindern ein befriedigenderes Leben ermöglicht werden soll.

1 Einleitung

Können wir noch trauern? Woher sollten wir es können. Bei wem haben wir denn schon einmal Trauer gesehen? Mit wem haben wir schon einmal getrauert? Sind das nicht auch Fragen an uns Fachleute. Ich denke schon. Anteile der Trauer begegnen mir fast täglich, wenn ich Eltern über die Behinderung ihres Kindes aufklären muß. Die Aufklärung, daß das Kind behindert ist, bedeutet für Eltern ein tief einschneidendes Ereignis. Sie bedeutet Abschied von der Vorstellung, ein gesundes Kind zu haben. Wenn wir Eltern behinderter Kinder helfen

wollen, dann ist eine der Grundlagen hierfür unsere eigene Bereitschaft mitzutauern. Drei Erfahrungen zwangen mich in meiner beruflichen Tätigkeit, mich mit dem Thema der Trauerarbeit in ihrer Bedeutung für die Annahme der Behinderung eines Kindes durch die Eltern auseinanderzusetzen:

- a) Einige Eltern reagieren in Informationsgesprächen über die Behinderung extrem aggressiv, ablehnend, meine Fachkompetenz, meine Person in Frage stellend; sie brachen den Kontakt zunächst ab und nahmen ihn oftmals nach einem bestimmten Zeitraum wieder auf. Diese Eltern schilderten mir in den nachfolgenden Beratungsgesprächen ihre durchlebten Ängste, ihre Verzweiflung und ihre Sorgen um die Zukunft des Kindes.
- b) Einige behinderte Kinder machten in der Frühförderung trotz aller Mühen der Pädagogen keine Fortschritte. Nach Veränderung des Settings im Sinne einer Elternanleitung durch einen Psychologen erfuhren wir folgendes: Für die Eltern beinhaltete die Frühtherapie, bzw. pädagogische Frühförderung des behinderten Kindes zugleich auch die Hoffnung, daß die Behinderung dadurch vermindert bzw. behoben werden könnte. Daher versuchten und versuchen viele Eltern selbst unter hohen zeitlichen und finanziellen Opfern ihren behinderten Kindern möglichst viele Therapien angedeihen zu lassen. Die behinderten Kinder spürten und spüren den Leistungsdruck der Eltern, der aus der Angst vor der Realität herrührt und reagieren häufig mit Verweigerung, Auto- und Fremdaggressionen. Tragischerweise können die behinderten Kinder die ihnen noch verbliebenen Fähigkeiten nicht mehr voll entfalten. Wir müssen daher mit der Entwicklung zusätzlicher Retardierungen und Neurosen beim behinderten Kind rechnen. Die Eltern selbst werden durch die vielen Möglichkeiten der Therapien für ihre Kinder und die unklaren, allzu schonenden Aussagen der Therapeuten über die Be-

hinderung der Kinder verführt, sich der Realität der Behinderung ihrer Kinder nicht zu stellen. Die notwendige Trauerarbeit der Eltern um die Behinderung wird dadurch häufig verhindert.

- c) Langzeitkontakte mit 5 Müttern behinderter Kinder im Sinne von klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie haben mir erst verdeutlicht, wie schwer es für Eltern ist, kein gesundes Kind zu haben. Ich bin heute oft noch sehr betroffen, wie groß die Enttäuschung, die Verzweiflung und Trauer der mir bekannten Eltern sind.

2 Der Trauerprozeß

2.1 Vorbemerkung

In der Literatur wird das Wort „Trauer“ selten verwendet für den Zustand, in dem sich Eltern befinden, wenn sie von der Behinderung ihres Kindes erfahren. Nach Durchsicht der Literatur (Bowlby, 1980, 1983; Kast, 1982) bin ich ziemlich sicher, daß der Gefühlszustand der Eltern behinderter Kinder sehr ähnlich oder gar gleich ist dem von Menschen, die durch Tod einen schweren Verlust erlitten haben. Es besteht die Gefahr der Chronifizierung von Trauer bei Eltern behinderter Kinder; ich werde später im Kapitel „Chronische Trauerarbeit“ darauf eingehen. In nicht psychotherapeutisch orientierter Literatur (vgl. Schuchardt, 1985) wird in diesem Zusammenhang eindeutig von Trauer gesprochen, ebenso taucht dieser Terminus für diese emotionale Situation bei den Kanadierinnen McFarland und K. V. Schilling (1985) auf.

Ich möchte nun anhand der Phaseneinteilung von V. Kast von meinen Erfahrungen mit Eltern berichten, die eine normale Trauerarbeit durchlitten haben, und von Eltern, die nur schwer die Trauer über ihr behindertes Kind bei sich zuließen. In früheren Arbeiten über die Verarbeitung von Behinderung (z.B. bei Balzer und Rolli, 1975) werden 5 Phasen genannt, wobei Trauern als 4. Phase zitiert wird (Schockphase, Erkennen des Problems, Akzeptieren, Trauern, Einplanen des Verlustes in das Leben). Bowlby spricht von 3 Phasen der Trauer: Angst und Auflehnung, Verzweiflung und Desorganisation, Lösung und Reorganisation. Ich habe mich für die Einteilung von V. Kast entschieden, weil sie am besten auf die Trauer der Eltern um die Behinderung des Kindes übertragbar ist.

2.2 Der normale Trauerprozeß von Eltern um die Behinderung ihres Kindes

- a) Phase der Betäubung und des Nichtwahrhabenwollens:

Von Müttern, die Kinder mit Mißbildungen geboren haben, erfahre ich oft sehr authentisch in den Anamnesen, wie sie ihr Kind zunächst erlebt haben. Eine Mutter berichtete mir sehr offen, daß sie ihr Kind mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte nicht haben wollte, daß sie es ablehnte. Ihr Mann habe das Kind in den ersten 3 Wochen

versorgt. Erst mit der Bemühung um die Schwierigkeit der Ernährung habe sie sich langsam als Mutter gefühlt.

Die meisten Eltern werden von großer Betroffenheit überwältigt, wenn ich sie über eine kognitive Behinderung ihres Kindes informieren muß, vor allem, wenn es sich um eine geistige Behinderung handelt. Manche Eltern reagieren, als ob sie schon alles gewußt hätten, ungeteilt. In Zweitgesprächen, die ich seit neuerer Zeit immer einplane, stellen Eltern erst Fragen zur Diagnose, die ich vorher ausführlich besprochen hatte. Ich gehe heute davon aus, daß die Wahrnehmung der Eltern in dieser Phase selektiv ist – aufgrund der großen Betroffenheit. Andere Eltern scheinen in diesen Gesprächen am liebsten wegzulaufen zu wollen. Abrupte Verabschiedungen sind Hinweise hierfür. Ich habe den Eindruck, daß nicht die Unerwartetheit dieser Nachricht Eltern primär erschrickt, sondern die plötzlich Realität gewordenen Befürchtungen. Je mehr Eltern erschrecken, um so länger verharren sie in dieser Betäubungsphase.

- b) Phase der Trauer, aufbrechender Zorn und Entwicklung von Schuldgefühlen:

Unruhe befallt in dieser Phase die Eltern. Gefühle der Ambivalenz treibt Eltern, vor allem die Mütter, hin und her. Zorn und Schuldverschreibungen auf Fachleute, Fragen nach dem eigenen Anteil an Schuld wechseln sich ab. Dem behinderten Kind gegenüber wechseln Gefühle der liebenden Fürsorge mit Gefühlen der Aggression. Besonderen emotionalen Belastungen, d.h. Ambivalenzgefühlen sind Eltern autistischer bzw. kommunikationsgestörter Kinder ausgeliefert. Grund hierfür ist die sich verbreitende Meinung, eine Kommunikationsstörung sei einseitig durch die Mutter verursacht. Daß auch Reaktionen des Kindes unklar und damit schwer lesbar für die Eltern sind, ist oft noch wenig bekannt. Die Trauerarbeit könnte durch derartige Informationen erleichtert werden. Der Berater selbst wird in diesen Strudel der ambivalenten Gefühle hineingezogen, einerseits ist er als Fachmann gefragt, andererseits wird er nach allen Regeln der Kunst in Frage gestellt im Hinblick auf seine Qualifikation.

In dieser Phase entscheidet sich aber auch häufig, ob sich eine positive Beziehung zwischen Berater und Eltern über einen längeren Zeitraum entwickeln kann. Die Kenntnis des Beraters über Trauerprozesse, die Kenntnis seiner eigenen Verletzbarkeit ist das Fundament für das Verstehen der Eltern für die zukünftige Arbeit. Dann erst haben Eltern die Möglichkeit, sich auf die Trauerarbeit um ihr behindertes Kind einzulassen und nicht an der Trauer zu ersticken.

- c) Phase der Trauer: Suchen und sich trennen:

Nach der ersten Diagnose beginnen Eltern ihre Kinder genauer anzusehen. Zweifel über die Diagnose tauchen auf, vor allem, wenn Kinder sehr hübsch aussehen und noch klein sind (unter 5 Jahren). Andere Fachleute der gleichen Sparte werden zu Rate gezogen, Eltern wandern oft von Klinik zu Klinik, von Berater zu Berater. Versuche der Integration in Regelkindergärten bei Ablehnung fachlicher Unterstützung werden gemacht, oft auf Ko-

sten des Kindes. Die Kinder erhalten ein volles Therapieprogramm. So gibt es Kinder, die bis zu 5mal pro Woche zu drei verschiedenen Therapeuten geschleppt werden. Vor allem Mütter nehmen große Anstrengungen auf sich. Unzählige Fachliteratur, oft im Grenzbereich zur Seriosität, wird angeboten und verschlungen.

Große Toleranz und Offenheit wird in dieser Zeit vom Berater verlangt, Unterbrechungen des Kontaktes der Eltern zum Berater sind einzukalkulieren. Nach den Kontrolldiagnosen kommen die Eltern meist wieder zu uns zurück. Nach diesen Diagnosen ist die Realität für die Eltern meist offenbar. Eltern äußern dann ihre Trauer, indem sie sich oft zurückziehen von der Verwandtschaft, von Freunden und Nachbarn. Häufig erkennt zuerst nur ein Ehepartner (meist die Mutter) die Behinderung. Grundsätzliche Fragen an die Ehe, an die Beziehung zum Kind werden neu gestellt.

d) Phase der Trauer: Eine neue Erfahrung mit sich und der Umwelt:

Die Beziehung zwischen Eltern und Berater verändert sich nun: Eltern wollen meist nicht mehr nur eine Diagnose erstellt haben, sie suchen um Rat nach, wie sie ihr behindertes Kind besser verstehen und damit erziehen können. Die Erziehung des behinderten Kindes wird als besondere Aufgabe anerkannt. Das behinderte Kind selbst wird nicht mehr einseitig als ein Kind mit vielen Defiziten gesehen, sondern ganzheitlich als Mensch mit Stärken und Schwächen. Die Eltern, vor allem die Mütter, solidarisieren sich untereinander, schließen sich oft zu Gruppen zusammen und unterstützen sich gegenseitig.

Jetzt können die Mütter sich eher von ihren Kindern trennen und diese anderen Pflegepersonen oder Institutionen wie Sonderkindergärten überlassen. Somit gewinnen die Eltern, vor allem die Mütter, wieder mehr Zeit für sich selbst. Sie werden sich plötzlich des Gefühls bewußt, selbst ausgesondert worden zu sein und sich ausgesondert zu haben. Der Verwandten- und Bekanntenkreis wird neu überprüft und ausgewählt im Hinblick auf seine Einstellung zur Behinderung des Kindes, Eltern sprechen mit mehr Selbstvertrauen über ihr behindertes Kind in der Öffentlichkeit. Mütter entdecken nun häufig, wie sehr sie sich verletzt und gekränkt fühlten durch das behinderte Kind. Sie setzen sich mit dieser Kränkung auseinander und versöhnen sich mit ihrem Schicksal. Danach blühen diese Mütter als Frauen wieder auf und können der Beziehung zum Mann mehr Lebensraum geben.

In der Familie werden praktische Lösungen zur besseren Lebensbewältigung mit dem behinderten Kind gesucht. Wir erleben häufig in dieser letzten Phase Scheidungen von schon zuvor sehr gefährdeten Ehen. Lösungen der Großelterngeneration werden oft nachgeholt, die Rolle als Vater oder Mutter und damit das Gefühl für das Erwachsensein wird noch einmal bewußt entdeckt, die Frage nach dem Sinn des Lebens wird offener und klarer gestellt.

3 Chronische Trauerarbeit bei Eltern mit einem behinderten Kind

Häufig begegnen mir Eltern älterer behinderter Kinder (10–20 Jahre), die noch keine Lösungen gefunden haben, mit dem Kind zu leben bzw. dies in ein Heim zu geben. Die Fragestellungen der Eltern an mich sind oft einfach, z. B. unser Kind kann sich nicht allein beschäftigen, unser Kind will nicht in die Schule usw. Eingehendere Gespräche mit den Eltern älterer behinderter Menschen geben mir Hinweise, daß diese Eltern immer noch trauern um die Behinderung: der Trauerprozeß wurde aus verschiedenen Gründen verschleppt, eine Versöhnung mit dem Schicksal hat nicht stattgefunden. Die einzelnen Trauerphasen werden verlängert oder überhaupt nicht abgeschlossen. Wenn die Trauerarbeit verharret, so ist m. E. davon auszugehen, daß diese Eltern selbst bereits vor der Geburt des behinderten Kindes Verluste erlebt hatten, die vor Auftreten der Behinderung des Kindes nicht aufgearbeitet und betrauert worden waren.

Eine junge Frau z. B. kam mit ihrem 3jährigen behinderten Kind zu mir. Wir machten vielerlei pädagogische und psychologische Anstrengungen, die Mutter in der Erziehung und Förderung ihres Kindes zu unterstützen; all unser Tun war ziemlich ineffektiv. Schließlich erfuhr ich in der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie, daß diese Frau selbst ein Adoptivkind war; von ihrer Herkunft hatte die Klientin erst in ihrem 21. Lebensjahr durch die Adoptiveltern erfahren. Es fand aber kein klärendes, befreiendes Gespräch zwischen Adoptiveltern und Adoptivtochter statt. Offensichtlich fürchteten beide Seiten dieses Thema zu besprechen. Die Klientin schleppte ihre Trauer, daß sie ihre leiblichen Eltern nicht kannte, sie nicht das leibliche Kind der Adoptiveltern war, allein mit sich in großer Einsamkeit herum. Erst jetzt konnte die Klientin ihre Sprachlosigkeit in vielen Gesprächen brechen und ihr Schicksal beweinen. Sie versöhnte sich mit ihren Adoptiveltern und mit ihrer Herkunft. Dann erst war sie imstande, sich mit der Behinderung ihres Kindes auseinanderzusetzen und diese zu verstehen.

In den einzelnen Phasen erkennen wir die Unterdrückung der Trauer oft an folgenden Merkmalen:

Die Schwierigkeit in der ersten Phase: Die Behinderung nicht wahrhaben wollen.

Eine sehr unsichere Mutter brach nach 1½ Jahren den Kontakt zu mir ab, da sie mir nicht abnehmen konnte, daß ihr Kind geistigbehindert war. Sie kam nach 2 Jahren zurück und berichtete in einer klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie. Sie selbst fühlte sich zurückgesetzt und abgelehnt von ihrer Mutter. In ihrem behinderten Kind erlebte sie diese Zurücksetzung noch einmal. Alte Gefühle von Kränkung, verletztem Selbstwertgefühl wurden neu belebt, aber auch Gefühle der Aggression und Abwehr gegen die Zurücksetzung äußerte die Klientin.

Verstärkung finden Eltern für die Leugnung der Behinderung und damit der Vermeidung der Trauer auf folgenden Wegen:

- Eltern hören auf Freunde und Fachleute, die sie schonen wollen, aber die Wahrheit nicht sagen.
- Eltern flüchten in den Kummer anderer, weil sie den eigenen nicht oder noch nicht beweinen können. Diese Eltern vertreten oft mit großem Engagement die Rechte anderer Eltern vor Verwaltungen, Schulbehörden usw. In persönlichen Gesprächen spürt man jedoch die tiefe und einsame Traurigkeit dieser Eltern.
- Eltern benutzen Weltanschauungen, wonach Trauer ein Symptom des Unglaubens ist.

Phasen der chronischen Trauer der Eltern, vor allem der Mütter, sind zugleich Zeiten der starken Belastung für die übrigen gesunden Kinder der Familie: Ein Austausch über die Behinderung des Geschwisters kann nicht zwischen Eltern und gesunden Kindern stattfinden, Gefühle des Ausgesondertseins der Eltern werden auf die gesunden Kinder übertragen. Die gesunden Geschwister, vor allem die Mädchen, bekommen oft den Auftrag, für das behinderte Kind zu sorgen, es zu schützen, es miteinzubeziehen in die eigenen Spielkontakte. Dadurch aber wird das gesunde Kind oft in der Entwicklung seiner eigenen Kontakt- und Spielfähigkeit gestört, es wird überfordert durch diese allzu früh ihm zugewiesene soziale Aufgabe, es erhält andererseits wenig Unterstützung durch die Eltern, die ihre Aufmerksamkeit fast ausschließlich auf das behinderte Kind richten. In Beratungen von Eltern behinderter Kinder ist es daher unerlässlich, auch das Problem der Erziehung der gesunden Geschwister anzusprechen. Bisher wurde dieser Aspekt m. E. nicht ausreichend mitbedacht und eingeplant.

Schwierigkeiten in der 2. Phase: Aufbrechender Zorn und Entwicklung von Schuldgefühlen.

Der Zorn, die Schuldgefühle werden nach außen gerichtet, können aber auch von einem Elternteil gegen sich selbst zielen.

Z. B. glaubt ein Vater, sein 8-jähriger Sohn habe im Inkubator am Anfang noch gehört, erst als er dort herauskam, sei er taub gewesen. Oder: Ein Vater berichtet, daß der erste große Anfall seiner jetzt 11-jährigen Tochter erst in der Klinik gewesen sei, ab dort sei es mit seiner Tochter bergab gegangen. Oder: Eine Mutter beschuldigt eine Ordensschwester, ihrer an Stoffwechselstörung erkrankten, heute 8-jährigen Tochter grobfahrlässig am 3. Lebenstag den Schoppen in den Rachen gesteckt zu haben; seither habe das Kind Eßstörungen usw.

Nicht selten stellen sich Eltern bei uns vor, die auf der Grundlage solcher Vorgänge prozessieren. Die Aggressionen richten die Eltern, wenn lange keine Versöhnung gelingt, auch gegen sich selbst. Ich habe bisher zweimal erlebt, wie Mütter einen Suizid versuchten. Väter richten ihre Enttäuschung und Wut m. E. weniger gegen sich selbst. Einige der Väter bemühen sich sehr, ihre Frauen aus der Trauer zu befreien, indem sie sich in ihrer Freizeit fast ausschließlich um ihr behindertes Kind, um die Verbesserung der Organisation der Familie und Haushalt kümmern. Dadurch überfordern sich diese Männer oft, ohne daß eine für sie sichtbare Veränderung in der Haltung der Frauen und Mütter eintritt. Folge ist dann

das Gefühl des Ausgenutztwerdens und der Resignation. Der Ehepartner richtet in seiner Enttäuschung seine Wut dann gegen den anderen. Wieder andere Ehepartner lassen sich oft gar nicht auf den Versuch ein, den trauernden Partner zu unterstützen. Viele der Ehemänner entziehen sich in dieser Phase der Verantwortung und gehen ihre eigenen Wege. Wenn nicht die Ehepartner versuchen, gemeinsam das Problem der Trauer um ihr behindertes Kind zu bewältigen, sind diese Ehen extrem gefährdet. Viele der Mütter behinderter Kinder versuchen in der Phase, in der sie selbst den Entzug des Ehemannes spüren, Hilfe beim Berater zu suchen, er möge doch den Ehemann motivieren, sie mehr zu unterstützen. Für den Berater ist dies eine große Verführung, sich zum Handlanger der Mutter machen zu lassen und damit zur Zerrüttung der Ehen noch zusätzlich einen Beitrag zu leisten.

Wenn solche Eltern sehr spät oder überhaupt nicht psychotherapeutische Hilfe erhalten, erleben wir das traurige Bild von gealterten, überforderten Eltern mit ihrem erwachsenen, einsamen, behinderten Kind, die dann nach vielen, vielen Gesprächen sagen: „Mein Leben, das ich mir erhoffte, habe ich bisher nicht leben können“; Trauer über nicht nachholbares Leben durchzieht die Herzen dieser Familienmitglieder.

Früherfassung im psychotherapeutischen Sinne ist hier entscheidend für die Lebensplanung solcher Familien. Zu meinem Erstaunen stoße ich mit diesen Gedanken bei vielen Pädagogen, Pädiatern und bei vorgesetzten Behörden noch auf wenig Verständnis.

Schwierigkeiten in der 3. Phase: Suchen und sich trennen.

Von Eltern wird ein hohes Maß an Kraft verlangt, dieser Isolierung ins Auge zu sehen und sie zu bekämpfen. Ohne Unterstützung von außen ist die Bewältigung einer Behinderung für Eltern kaum zu schaffen. Unter solchen Bedingungen vermeiden Eltern oft das Suchen nach einer klaren Diagnose aus Angst, der Realität der Behinderung zu begegnen. Diese Eltern nehmen große Anstrengungen auf sich und reisen oft von Beratungsstelle zu Beratungsstelle, von Kinderzentrum zu Kinderzentrum in der Hoffnung, eine günstigere Diagnose und Prognose für ihr Kind gestellt zu bekommen.

Die gesamte Familie isoliert sich von Nachbarn, ein Vater sagt dann z. B. zu seiner behinderten Tochter: „Wenn die (die Kinder auf der Straße) dich nicht wollen, dann bleib grad weg.“ Zu mir sagte der Vater: „Mit den Eltern der Nachbarkinder rede ich nicht mehr.“ Ein Elternteil begibt sich dann meist in eine symbiotische Beziehung mit dem behinderten Kind, z. B. kommt eine 11-jährige, geistigbehinderte Tochter Nacht für Nacht in das Bett der Mutter. Die Mutter legt sich daraufhin in das Bett der Tochter. Der Vater wacht Morgen für Morgen mit seiner Tochter auf.

Eltern arbeiten mit ihren Kindern oft bis zur Erschöpfung. Therapeuten werden danach ausgewählt, ob sie bereit sind, in diese symbiotische Beziehung einzusteigen, andere werden disqualifiziert. Die Therapien, meist 3–4

pro Woche, werden im Hause durchgeführt. Geschwister werden beauftragt, mitzuhelfen bei der Versorgung, Betreuung und Förderung des behinderten Geschwisters. Mir scheint oft, als ob die Tränen in diesen Familien erstarrt seien. Nur vorsichtig wage ich selbst, mit solchen Familien zu arbeiten; wie auf einer Gratwanderung fürchte ich einerseits den Abbruch oder andererseits selbst verschlungen zu werden.

4 Die Rolle des Beraters im Trauerprozeß von Eltern

Der Berater der Eltern in Fragen der Behinderung des Kindes wird häufig zu einem Begleiter der Eltern während des Trauerprozesses. In den Grundtätigkeiten des Beraters wie Anamnese, Exploration und Beobachtungen des Kindes wird der Verlust der Eltern, kein gesundes Kind zu haben, ständig angesprochen. Der erfahrene Berater kann schon zu einem sehr frühen Stadium des Kontaktes wahrnehmen, ja diagnostizieren, in welchem Stadium der Trauer Eltern sich befinden. In vielen Fällen beginnt der Kontakt zwischen Eltern und Berater dann, wenn Eltern die Behinderung zwar vermuten, aber noch nicht kennen, also in einer Phase, in der der Berater oft Ablehnung, Aggressionen erfährt. Die Motivation der Eltern zu weiteren als zu diagnostischen Kontakten scheint zunächst sehr gering zu sein. Für mich als Berater bedeutete früher diese Motivationsschwäche einerseits und die starke Betroffenheit der Eltern andererseits eine sehr große emotionale Belastung und Hilflosigkeit. Die Frage beschäftigte mich sehr: Was ist es, was macht es Eltern so schwer, meinen fachlichen Rat umzusetzen.

Ich mußte eine lange Expedition hinter mich bringen, die mich auf zwei Wege führte: (a) die Begleitung von Eltern behinderter Kinder über Jahre; (b) das gründliche Kennenlernen meiner selbst.

Die ersten Jahre der Begleitung von Eltern verbrachte ich vor allem mit Beobachten, Zuhören, Mittrauern. Ich erkannte die Entwicklung der Beziehungen, Kämpfe um Auflösungen symbiotischer Beziehungen und die Melancholie, die oft auf den Familien lastete. Ich lernte zu differenzieren zwischen gesunder Trauerarbeit und pathologischen Formen. Ich entschloß mich, mit Eltern, die längere Zeit Kontakt zu mir hatten und sich im Trauerprozeß verfangen, selbst partnerzentriert therapeutisch zu arbeiten oder weiterzuverweisen. So kamen Eltern zur Therapie, die ohne ein behindertes Kind nie auf den Gedanken gekommen wären, therapiebedürftig zu sein. Es freut mich nun zu erleben, wie Eltern, vor allem Mütter, sich zu ihrem behinderten Kind bekennen, sei es im Wartezimmer des Arztes, sei es im Restaurant; wie Ehemänner,

die sich vorher entzogen, den Mut und die Kraft ihrer Frauen bewundern lernen. Ich hoffe sehr, daß wir bald eine selbstbewußtere Generation Eltern behinderter Kinder haben werden.

Für mich wurde zweierlei wichtig: Zunächst meine eigene Kränkbarkeit neu zu entdecken, mich schützen zu lernen vor den Eltern und sie auch einmal zu konfrontieren mit den Verletzungen, die sie mir zufügten und dann selbst den Tunnel des Trauerns durchlebt zu haben und die befreiende Kraft des Trauerprozesses erfahren zu können.

Summary

The Importance of Grief in Accepting a Child's Handicap

Parents of handicapped children feel grief, experiencing the handicap of their child as a great loss. We find forms of both healthy and chronic grief. In the author's experience, normal grief lasts approximately 2 years. Whether grieving in such cases ever finds an end is uncertain since in contrast to grief at the death of a person, a handicapped child is a daily reminder of loss.

Parent reports suggest that specialists dealing with handicaps are themselves often unaware of the difficult emotional situation in which parents of handicapped children find themselves. They often also feel that they are being punished and that they fail because grief prevents them from carrying out specialists' advice. Listening and waiting are of more help during this phase. However, this requires more time, more patience, and more knowledge. In the author's opinion, greater psychotherapeutic efforts are necessary for parents suffering from chronic forms of grief if these parents and their healthy children are to live more satisfying lives.

Literatur

- Balzer, B., Rolli, S. (1975): Sozialtherapie mit Eltern behinderter Kinder. Weinheim. – Bowlby, J. (1980): Das Glück und die Trauer. Stuttgart. – Bowlby, J. (1983): Verlust, Trauer und Depression. Hamburg. – Freud, S. (1975): Trauer und Melancholie, Studienausgabe Bd. 3. Frankfurt. – Hackenberg, W. (1983): Die psychosoziale Situation von Geschwistern behinderter Kinder. Heidelberg. – Kast, V. (1982): Trauern. Stuttgart. – McFarland, K. von Schilling (1985): Eltern und ihre Trauer. Der Kinderarzt, 11. – Schuchardt, E. (1985): Warum gerade ich? Offenbach.

Anschr. d. Verf.: Dipl.-Psych. Hiltrud Bölling-Bechinger, Sonderpädagogisches Beratungszentrum, Friedrich-Ebert-Anlage 51 c, 6900 Heidelberg 1.