

Flügge, Ingrid

Nach dem Terroranschlag auf eine Schulklasse

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 34 (1985) 1, S. 3-8

urn:nbn:de:bsz-psydok-30761

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

Aus Praxis und Forschung

<i>Barthe, H.-J.</i> : Gruppenprozesse in der Teamsupervision – konstruktive und destruktive Effekte (Processes in the Course of Teamsupervision—Constructive and Destructive Effects)	154
<i>Beck, B., Jungjohann, E. E.</i> : Zur Inanspruchnahme einer regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungseinrichtung (A Longitudinal Study on Discharged Patients from a Residential Treatment Center for Children and Adolescents)	142
<i>Bovensiepen, G.</i> : Die Einleitung der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung durch das Familien-Erstinterview (The First Family-Interviews as Introduction to the Psychiatric Inpatient Treatment of Children and Adolescents)	187
<i>Braun, H.</i> : Sozialverteilung einiger Psychosomatosen im Kindes- und Jugendalter (Social Distribution of Some Psychosomatic Disorders in Childhood and Adolescence)	172
<i>Castell, R., Meier, R., Biener, A., Artner, K., Dilling, H., Weyerer, S.</i> : Sprach- und Intelligenzleistungen gegenüber sozialer Schicht und Familiensituation (Language and Intelligence Performance in 3–14 Years old Children Correlated to Social Background Variables)	269
<i>Dellisch, H.</i> : Zwei Formen einer frühen Störung der Eltern-Kindbeziehung und ihre Auswirkung auf die Schule (Two Forms of Early Interference in Parent-Child-Relationship and Their Consequences on the School Age Level)	120
<i>Dühßler, K.</i> : Von den Anfängen der Kinderpsychotherapie – aufgezeigt am Schicksal eines elternlosen Mädchens (The Beginning of Child Psychotherapy in Germany—Illustrated with the Case History of an Orphaned Girl)	256
<i>Fertsch-Röver-Berger, C.</i> : Familiendynamik und Lernstörungen (Family and Learning-disorders)	317
<i>Flügge, I.</i> : Nach dem Terroranschlag auf eine Schulklasse (After a Murderous Assault in a School Class)	90
<i>Friedrich, H.</i> : Chronisch kranke Kinder und ihre Familien (Children with Chronic Diseases and Their Families)	2
<i>Haar, R.</i> : Die therapeutische Beziehung in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – Überlegungen zur Behandlungstechnik (The Therapeutic Relationship in Analytic Child and Adolescent Psychotherapy)	296
<i>Heigel-Evers, A., Heigl, F., Beck, W.</i> : Psychoanalytisch-interaktionelle Therapie bei Patienten mit präödiptalen Störungsanteilen (Psychoanalytic Interaction Therapy with Patients Suffering from Disorders with Preodipal Components)	303
<i>Hobrücker, B., Kühl, R.</i> : Eine Einschätzungsliste für Erzieher bei stationärer kinderpsychiatrischer Behandlung (Rating-List for Educators During a Stationary Treatment in a Child Psychiatry)	288
<i>Hopf, H. H.</i> : Träume in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit präödiptalen Störungen (Dreams in Psychotherapy of pre-oedipal-disturbed Children and Adolescents)	37
<i>Jorswieck, E.</i> : Verteilung von Mädchen und Jungen bei Kindern, die während Langzeitanalysen geboren wurden (The Distribution of Girls and Boys among Children born while longtime Analyses)	154
<i>Kammerer, E., Göbel, D.</i> : Stationäre jugendpsychiatrische Therapie im Urteil der Patienten (Catamnestic Evaluation of an Adolescent Psychiatric Inpatient-Treatment)	315
<i>Knöll, H.</i> : Zur Entwicklung der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland und Westberlin (On Development of Analytic Children and Juvenile Therapy in the Federal Republic of Germany and in West Berlin)	123
<i>Kögler, M., Leipersberger, H.</i> : Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie – Die Bedeutung der Gruppenversammlung (Psychotherapy Integrated into Inpatient Child and Adolescent Psychiatry. The Significance of the Group Meeting)	320
<i>Krause, M. P.</i> : Stottern als Beziehungsstörung – Psychotherapeutische Arbeit mit Eltern stotternder Kinder (Stuttering as an Expression of Disturbed Parent-Children Relationship)	9
<i>Kunz, D., Kremp, M., Kampe, H.</i> : Darstellung des Selbstkonzeptes Drogenabhängiger in ihren Lebensläufen (Selfconcept Variables in Personal Records of Drug Addicts)	15
<i>Langenmayr, A.</i> : Geschwisterkonstellation aus empirischer und klinisch-psychologischer Sicht (Empirical and Clinical Aspects of Sibling Constellation)	219
<i>Lehmkuhl, G., Bonney, H., Lehmkuhl, U.</i> : Wie beeinflussen Videoaufnahmen die Wahrnehmung familiärer Beziehungen? (How do Video Recordings influence the Perception of Family Relationships?)	254
<i>v. Lüpke, H.</i> : Auffällige Motorik – Versuch einer Erweiterung der Perspektive (Unusual Motoricity—New Perspectives)	32
<i>Meijer, A.</i> : Psychotherapie von adolescenten Asthmapatienten (Psychotherapy of Adolescent Asthma Patients)	210
<i>Müller-Küppers, M.</i> : Der Kinderpsychiater als Vater – Der Vater als Kinderpsychiater (the Child Psychiatrist as a Father—the Father as a Child Psychiatrist)	49
<i>Panagiotoopoulos, P.</i> : Integrative Eltern-Kind-Therapie. Ein Modell zur Behandlung des Erziehungsprozesses (A Modell of Integrative Parents-Child-Therapy)	309
<i>Paul, G.</i> : Möglichkeiten und Grenzen tagesklinischer Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Possibilities and Limits of Day-patient Treatment in Child Psychiatry)	263
<i>Plassmann, R., Teising, M., Freyberger, H.</i> : Ein 'Mimikry'-Patient: Bericht über den Behandlungsversuch einer selbstgemachten Krankheit (The Mimicry Patient: A Report on the Attempt at Treating a Self-inflicted Illness)	84
	133

<i>Reinhard, H. G.</i> : Zur Daseinbewältigung bei Kindern mit Enkopresis (Coping Styles of Children with Encopresis)	183	Ehrungen	
<i>Schattner-Meinke, U.</i> : Über die psychoanalytische Behandlung eines 10jährigen Jungen mit Gilles de la Tourette-Syndrom (Psychoanalytic Treatment of a tenyear-old Boy suffering from Tourette's Syndrome)	57	<i>Thea Schönfelder</i> zum 60. Geburtstag	70
<i>Schemus, R.</i> : Erleiden und Gestalten bei Anfallskrankheiten im Kindesalter (Suffering and Construction on Convulsive (Epileptic) Illness Amongst Children)	19	<i>Manfred Müller-Küppers</i> zum 60. Geburtstag	71
<i>Schmitt, G. M.</i> : Psychotherapie der Pubertätsmagersucht aus der Sicht kognitiver Theorien (Treatment of Anorexia Nervosa from Point of View of Cognitive Theories)	176	<i>Curt Weinschenk</i> zum 80. Geburtstag	276
<i>Schweitzer, J., Weber, G.</i> : Scheidung als Familienkrise und klinisches Problem – Ein Überblick über die neuere nordamerikanische Literatur (Divorce as Family Crisis and Clinical Problem: A Survey on the American Letrature)	44	In memoriam: <i>Marianne Frostig</i>	277
<i>Schweitzer, J., Weber, G.</i> : Familientherapie mit Scheidungsfamilien: Ein Überblick (Family Therapy with Families of Divorce: A Survey)	96	<i>Rudolf Adam</i> zum 65. Geburtstag	286
<i>Steinhausen, H.-Ch.</i> : Das Selbstbild Jugendlicher (The Self-Image of Adolescents)		Buchbesprechungen	
<i>Thimm, D., Lang, R.</i> : Angst vor dem EEG – Beispiel einer systematischen Desensitivierung (Fear of EEG-Recording – An Example of Systematic Desensitization)	225	<i>Baake, D.</i> : Die 6- bis 12jährigen	200
<i>Zschesche, S.</i> : Psychologische Probleme bei Kindern und Jugendlichen in der Kieferorthopädie (Psychologic Problems Caused by Defective Development of Teeth or Jaws in Children and Adolescents)	149	<i>Biener, K.</i> (Hrsg.): Selbstmorde bei Kindern und Jugendlichen	281
		<i>Brezovsky, P.</i> : Diagnostik und Therapie selbstverletzenden Verhaltens	282
Pädagogik und Jugendhilfe		<i>Buchholz, M. B.</i> : Psychoanalytische Methode und Familientherapie	23
<i>Brunner, R.</i> : Über Versagung, optimale Versagung und Erziehung (Frustration, Optimum Frustration and Education)	63	<i>Cremerius, J.</i> : Vom Handwerk des Psychoanalytikers. Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik	279
<i>Hüffner, U., Mayr, T.</i> : Formen integrativer Arbeit im Elementarbereich – erste Eindrücke von der Situation in Bayern (Forms of Integrative Preschool Education – first Impressions of the Situation in Bavaria)	101	<i>Datler, W.</i> (Hrsg.): Interdisziplinäre Aspekte der Sonder- und Heilpädagogik	245
<i>Imhof, M.</i> : Erziehung zur Konfliktfähigkeit mit Hilfe von Selbsterfahrungsarbeit in der Schule (Education towards the Ability to Conflict with the Ais of Encounter Groups in School)	231	<i>Eggers, Ch.</i> (Hrsg.): Bindungen und Besitzdenken beim Kleinkind	75
<i>Schniedermeier, P.</i> : Vergessene? – Jugendliche im Maßregelvollzug (The Forgotten Ones? – Adolescents under Corrective Punishment)	239	<i>Einsiedeln, W.</i> (Hrsg.): Aspekte des Kinderspiels	280
		<i>Farau, A., Cohn, R. C.</i> : Gelebte Geschichte der Psychotherapie. Zwei Perspektiven	247
Tagungsberichte		<i>Friedmann, A.</i> : Leitfaden der Psychiatrie	25
Kinder- und Jugendpsychiatrisches Symposium am 15. Mai 1985 in Berlin	195	<i>Fritz, A.</i> : Kognitive und motivationale Ursachen der Lernschwäche von Kindern mit einer minimalen cerebralen Dysfunktion	248
Bericht über das internationale Symposium „Psychobiology and Early Development“ vom 21.–23. Januar 1985 in Berlin	243	<i>Freundeskreis Peter-Jürgen Boock und die Fachgruppe Knast und Justiz der Grün- Alternativen Liste (GAL) Hamburg</i> (Hrsg.): Der Prozeß – Eine Dokumentation zum Prozeß gegen Peter-Jürgen Boock	113
2. Europäisches Symposium über Entwicklungsneurologie vom 15.–18. Mai 1985 in Hamburg	244	<i>Gäng, M.</i> : Heilpädagogisches Reiten	163
		<i>Gerlicher, K.</i> (Hrsg.): Schule – Elternhaus – Beratungsdienste	76
		<i>Goldstein, S., Solnit, A. J.</i> : Divorce and Your Child	24
		<i>Hafer, H.</i> : Die heimliche Droge – Naturphosphat	114
		<i>Hartmann, H. A., Haubl, R.</i> (Hrsg.): Psychologische Begutachtung	24
		<i>Heun, H.-D.</i> : Pflegekinder im Heim	28
		<i>Hurme, H.</i> : Life Changes during Childhood	161
		<i>Jaffe, D. T.</i> : Kräfte der Selbstheilung	27
		<i>Jäger, S.</i> : Der diagnostische Prozeß	246
		<i>Jäger, R. S., Horn, R., Ingenkamp, K.-H.</i> (Hrsg.): Tests und Trends Bd. IV	281
		<i>Jochimsen, R. P.</i> : Spiel- und Verhaltensgestörtenpädagogik	199
		<i>Klosinski, G.</i> : Warum Bhagwan? Auf der Suche nach Heimat, Geborgenheit und Liebe	249
		<i>Konrad, R.</i> : Erziehungsbereich Rhythmik. Entwurf einer Theorie	199
		<i>Lagenstein, I.</i> : Diagnostik und Therapie cerebraler Anfälle im Kindesalter	78
		<i>Lazarus, H.</i> : Ich kann, wenn ich will	326
		<i>Lempp, R.</i> (Hrsg.): Psychische Entwicklung und Schizophrenie	163

<i>Mangold, B.</i> : Psychosomatik nicht epileptischer Anfälle	26	<i>Simon, F. B., Stierlin, H.</i> : Die Sprache der Familientherapie – Ein Vokabular	110
<i>Michaelis, R., Nolte, R., Buchwald-Saal, M., Haas, G. H.</i> (Hrsg.): Entwicklungsneurologie	325	<i>Tinbergen, N., Tinbergen, E. A.</i> : Autismus bei Kindern	110
<i>Mortier, W.</i> (Hrsg.): Moderne Diagnostik und Therapie bei Kindern	246	<i>Vofß, R.</i> (Hrsg.): Helfen . . . aber nicht auf Rezept	246
<i>Nissen, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie des Schulalters	200	<i>Westphal, R.</i> : Kreativitätsfördernde Methoden in der Beratungsarbeit	326
<i>Pascher, W., Bauer, H.</i> (Hrsg.): Differentialdiagnose von Sprach-, Stimm- und Hörstörungen	201	<i>Ziehe, T.</i> : Pubertät und Narzißmus	324
<i>Petermann, F., Petermann, U.</i> : Training mit aggressiven Kindern	78	Diskussion/Leserbriefe: 73, 161, 196	
<i>Seifert, W.</i> : Der Charakter und seine Geschichten – Psychodiagnostik mit dem thematischen Apperzeptions-test (TAT)	26	Mitteilungen: 29, 80, 115, 165, 202, 250, 283, 328	

Aus der Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Erwachsene des Main-Taunus-Kreises
(Leiterin: Dipl.-Psych. I. Flügge)

Nach dem Terroranschlag auf eine Schulklasse

Von Ingrid Flügge

Zusammenfassung

Es wird über die psychologische Beratungstätigkeit nach dem Terroranschlag auf eine Schulklasse berichtet, der mit dem Tod von sechs Menschen endete. Hauptsächlich werden Fragestellungen, Probleme und Lösungswege des fachlichen Handelns in dieser Extremsituation geschildert. Obwohl Berater bei uns üblicherweise noch nicht speziell darauf vorbereitet sind, kommt die Verfasserin aufgrund der Erfahrungen zu dem Schluß, daß in derartigen Fällen der Ort des Geschehens umgehend – und sei es ungefragt – aufgesucht werden sollte, und zwar möglichst durch ein kleines Beraterteam und nicht nur einen Berater. Nur so können die Angebote an psychologischer Hilfe, von deren Bedarf in solchen Situationen immer ausgegangen werden muß, von Anfang an in die örtlichen Gegebenheiten eingepaßt und mit den übrigen Hilfsmaßnahmen sinnvoll koordiniert werden.

Das Ereignis

Mancher Leser wird sich an die Nachricht erinnern: Es war Freitag, der 3. Juni 1983. Ein schwerbewaffneter Mann war während des Unterrichts in einen Klassenraum der Gesamtschule in einer Taunusgemeinde eingedrungen und hatte ein unvorstellbares Blutbad angerichtet. Von den knapp dreißig anwesenden Schülern des 6. Schülerjahrgangs wurden drei erschossen, ebenfalls ein zu Hilfe eilender Lehrer und ein zufällig anwesender Polizist, der in der unmittelbar benachbarten Grundschule Verkehrsunterricht erteilt hatte. Mehrere Personen wurden leichter, andere z.T. lebensgefährlich verletzt, darunter der unterrichtende Lehrer, der sich vor die Schüler gestellt hatte. Am Ende tötete der Attentäter sich selbst.

Das Drama dauerte eine knappe Stunde. Die körperlich unversehrten bzw. noch fortbewegungsfähigen Kinder konnten schon vorher aus dem Klassenraum flüchten. Andere waren der Szene bis zum Schluß ausgeliefert, bei vollem Bewußtsein, neben den toten Mitschülern, im eigenen Blut und dem der anderen, immer noch unter tödlicher Bedrohung. – Für die meisten Kinder, aber auch für viele Erwachsene, war es die erste Begegnung mit dem Tod, mit einer ganz und gar unvorhersehbaren Katastrophe. – Augenzeugen des Tatorts, die noch als Soldaten den Krieg mitgemacht hatten, berichteten fassungslos, selbst damals nichts dergleichen erlebt zu haben.

Vorbemerkungen zu dem Bericht

Als Psychologin an der zuständigen kommunalen Erziehungsberatungsstelle wurde ich zusammen mit einem Kollegen vom Schulpsychologischen Dienst, Herrn Harald Weber, gebeten, an der Gesamtkonferenz der Schule teilzunehmen, als diese am darauffolgenden Montag erstmals nach dem Attentat wieder zusammentrat. Unsere Teilnahme erfolgte auf Wunsch unserer Vorgesetzten, eines Schuldezernenten und eines Schulamtsdirektors, noch ohne spezifischen Auftrag, aber in der Erwartung vieler psychologischer Fragestellungen.

Dieses schreckliche Ereignis hat uns, wie wohl alle, die damit befaßt waren, unvorbereitet getroffen. So mußten wir gewissermaßen aus dem Stand heraus handeln. Mir persönlich war es in dieser Situation schon eine allererste Hilfe, mich der Berichte von Opfern, etwa von Terroranschlägen und Geiselnahmen, über Programme nachgehender medizinischer und psychosozialer Betreuung zu erinnern, die ich dann und wann einmal aus dem Fernsehen, aus Zeitschriften und Zeitungen eher beiläufig aufgenommen hatte. Wenn ich im folgenden über unsere Erfahrungen berichte, so in der Absicht, Kollegen über Fragestellungen und Probleme zu informieren, weil sie einmal in eine ähnliche Lage kommen könnten – und in der Hoffnung, daß die Informationen ohne jeden praktischen Nutzen bleiben mögen.

Dies wird kein „wissenschaftlicher“ Bericht im üblichen Sinne. Wir haben z. B. keine systematischen Untersuchungen über Art und Umfang der Folgen bei Opfern, Tatzeugen und dem weiteren Kreis der Betroffenen – Angehörige, anwesende Schüler und Lehrer der anderen Klassen oder der benachbarten Grundschule – durchgeführt. Der Schwerpunkt liegt auf dem fachlichen Handeln, wie es sich aus der Situation heraus entwickelte. Persönliches wird nicht ausgespart.

Vorbereitung auf den Einsatz

Das Unglück geschah, wie gesagt, an einem Freitag. Da sich die Schule in unserem Einzugsgebiet, wenn auch an dessen Peripherie, befand, war uns in unserer Stelle klar, daß wir in der einen oder anderen Weise mit den Auswirkungen zu tun haben würden. So begannen wir sofort, uns darauf einzustellen, als wir, zunächst noch gerüchteweise, von dem Attentat hörten.

Niemand von uns hatte bis dahin nennenswerte Erfahrungen in der Beratung oder Behandlung von Opfern und Zeugen so brutaler Gewalttaten. So war es naheliegend, als eine der vorbereitenden Maßnahmen die Fachliteratur zu konsultieren. Bei der Durchsicht unserer Handbücherei mußten wir feststellen, daß außer einigen Artikeln in „Psychologie heute“ nichts Einschlägiges vorhanden war (*Bastiaans*, 1978; *Betz*, 1978; *Fenyvesi*, 1978; *Salewski*, 1978; *Schneider*, 1975). Die wissenschaftlichen Bibliotheken waren zu diesem Zeitpunkt schon geschlossen. So kamen wir erst an einige wichtige Titel heran, als wir schon im Einsatz waren.

Es ist sicherlich nicht vermessen anzunehmen, daß es anderen Beratungseinrichtungen in ähnlichen Situationen in puncto Literatur nicht viel anders ergangen wäre. Nach dieser Erfahrung würde ich es als hilfreich ansehen, wenn psychologische Beratungsdienste, Gesundheitsämter u. a. mit einigen wichtigen Schriften aus dem Gebiet der Victimologie versehen wären. Von besonderem Informationswert waren in unserem Falle die Schriften von *Bastiaans* u. a. (1981), *Ochberg* (1978) und *Salewski* und *Lang* (1978).

Nebenbei bemerkt, haben wir keine einigermaßen ausführliche, zusammenfassende Darstellung in deutscher Sprache über die psychosoziale Betreuung von Opfern gefunden. Wenn es sie geben sollte, ist sie uns entgangen. Immerhin stellt *Bastiaans* es als schwach hin, daß es gerade in Deutschland, einem Land mit so viel traumatischen Erfahrungen, so wenig Spezialisten gebe, die wissen, wie in akuten Notsituationen, wie u. a. Geiselnahmen, effektiv geholfen werden muß. Als erwähnenswerte Ausnahme weist er jedoch auf die Arbeit von *Ploeger* (1974) hin, der jahrelang die Opfer des Bergwerksunglücks von Lengede im Jahre 1964 psychiatrisch betreut hat (*Bastiaans* u. a., 1981, S. 45).

Vorteile der frühen Anwesenheit des Berater-Teams am Ort des Geschehens

Als wir am Montag in die Schule kamen, herrschte einerseits eine fast hektische Betriebsamkeit, da in dieser Situation auch vieles quasi Geschäftliche abzuwickeln war und die Telefone heißliefen. Andererseits schien über der Konferenz eine psychische Starre und Leere zu liegen. Die Menschen wirkten gefaßt. Man trug alle bekannten Details über das Ereignis zusammen, riß Fragen an, wie man den Kindern begegnen, ihnen bei der Verarbeitung dieses traumatischen Erlebnisses helfen könnte. Bei allem klang die Sorge durch, die Kinder könnten einen lebenslänglichen psychischen Schaden erlitten haben, ebenso eine verbreitete Unsicherheit, den Schülern in dieser Situation, noch dazu bei der eigenen maßlosen Betroffenheit, eine Hilfe sein zu können. Es war ein Gespräch gewissermaßen en famille. Wir, die beiden Psychologen, fühlten uns in dem Kreis etwas deplaciert, zumal unsere Teilnahme gewissermaßen von oben angeordnet und der Wunsch danach zunächst nicht aus dem Kollegium selbst gekommen war. Wir schienen arbeitslos, ja

sogar eher etwas im Wege. Das änderte sich in den nächsten Tagen grundlegend.

Im Nachhinein möchte ich meinen, daß unsere frühe Anwesenheit – trotz des Unbehagens, das sie uns selber bereitete – für die auf uns zukommende Arbeit wichtig war. Wir bekamen von Anfang an einen Eindruck von der Atmosphäre, den Stimmungen, den Fragen, die die Menschen vor Ort bewegten. Unter diesem Eindruck verwarfen wir auch einige Überlegungen, die wir schon hinsichtlich des Angebots an psychologischer Hilfe angestellt hatten. Darauf werde ich später noch zurückkommen.

Einen weiteren Vorteil unserer so frühen Anwesenheit sehe ich darin, daß wir auf diese Weise so schnell und so umfassend wie möglich alle Informationen über den äußeren Ablauf der Ereignisse mitbekamen. Bei unseren späteren Gesprächspartnern sahen wir häufiger, daß sie sich auch deshalb vereinsamt fühlten, weil sie sich vorstellten, einem anderen gar nicht vermitteln zu können, was sie durchgemacht hatten. Es schien dann für sie schon eine Erleichterung zu sein, mit jemand zu sprechen, der wenigstens mit den äußeren Geschehnissen vertraut war.

Schließlich stellte sich im weiteren Verlauf heraus, daß offenbar unsere Bekanntheit im Kollegium allein durch unsere sofortige Präsenz die Hemmschwelle bei der späteren Inanspruchnahme von Beratung senkte. Das zeigte sich z. B., als etwa zwei Wochen nach dem Attentat ein Schulleiternabend mit anschließenden Klassenelternversammlungen stattfand. Die Lehrer erwarteten, daß viele Fragen psychologischen Inhalts gestellt würden, denen sie sich nicht gewachsen fühlten. So schlugen sie vor, daß möglichst viele Berater als Ansprechpartner zur Verfügung stünden. Wir baten daher weitere Kollegen, an diesem Abend mit uns in die Schule zu kommen. Im Endeffekt wurden dann doch fast nur die bereits in der Schule bekannten Psychologen von Lehrern und Eltern angesprochen.

Ich muß gestehen, daß ich das erste Mal mit äußerst ambivalenten Gefühlen in die Schule fuhr. So selbstverständlich es war, zur Verfügung zu stehen, so hatte ich doch Zweifel, für diese einzigartige und hinsichtlich der sich ergebenden Anforderungen und Erwartungen gänzlich unüberschaubare Situation gerüstet zu sein. Die Verunsicherungen und Bewältigungsgängste so vieler Lehrer konnte ich nur allzu gut nachempfinden. Jedenfalls war ich sehr erleichtert, unerwarteterweise einen Kollegen vom Schulpsychologischen Dienst anzutreffen. Ihm war es, wie sich später herausstellte, umgekehrt genauso gegangen.

In der Folgezeit hat es sich vor allem aus zwei Gründen als vorteilhaft erwiesen, daß wir zu zweit vor Ort waren. Da praktisch aus der Situation heraus Konzepte für das fachliche Handeln entwickelt werden mußten, trug die Möglichkeit zum schnellen kollegialen Austausch auf der Basis eines annähernd gleichen Informationsstandes hinsichtlich der faktischen Gegebenheiten sehr zur Klärung und Vergewisserung bei. In dieser Hinsicht war es auch hilfreich, das Team der Beratungsstelle

im Hintergrund zu haben, mit dem die Lage ebenfalls besprochen werden konnte. – Zum anderen konnten wir uns fallweise in die Aufgaben der Institutionenberatung und der Kriseninterventionen teilen.

Nachdem nämlich nach den ersten Tagen mehr und mehr die Starre von den Menschen gewichen war, nahm auch das Bedürfnis nach individueller Beratung zu. Dabei ging es durchaus nicht immer um die Verarbeitung dieses akuten Ereignisses. Es kam nun bei dem einen oder anderen zu Dekompensationen. Aktuelle und zum Teil weit zurückliegende Konflikte, die unmittelbar mit dem Attentat nichts zu tun hatten, wurden jetzt als so virulent erlebt, daß Stützen gesucht wurden.

Unsere Erfahrungen hinsichtlich des Einsatzes von psychologischen Beratern möchte ich dahingehend zusammenfassen, daß sich das möglichst schnelle – und sei es ungefragte – Aufsuchen des Ortes des Geschehens empfiehlt, und zwar möglichst durch ein kleines Berater-Team und nicht nur einen Berater.

Vorüberlegung zur Organisation psychosozialer Hilfestellungen

Bei unseren Vorüberlegungen, in welcher Weise psychologische Hilfe angeboten werden könnte, hatten wir u. a. die sofortige Einrichtung einer öffentlichen Sprechstunde in der Gemeinde erwogen. Auch wurde Gesprächsweise erörtert, ob wir von uns aus auf die Familien zugehen sollten, deren Kinder unmittelbare Tatzeugen waren. Nach unseren ersten Eindrücken vor Ort stellten wir alle diese und andere Überlegungen zurück. Wir beschlossen, erst einmal die Szene genauer kennenzulernen und uns dann mit etwaigen Angeboten in die Hilfsmaßnahmen einzupassen, wie sie sich aus der ersten großen Aufgewühltheit vor Ort zu formieren begonnen hatten. Dafür waren mehrere Gründe maßgeblich.

Aus den Berichten der Lehrer, die auch über das Wochenende Kontakt mit ihren Schülern und deren Familien gehalten hatten, glaubten wir zu entnehmen, daß bei den meisten eine deutliche Tendenz zur Abschirmung nach außen und gegen Fremde bestand. Soweit Hilfe gesucht wurde, wandte man sich an vertraute Personen, eben an die Lehrer, an die Hausärzte, an die Pfarrer. Diese allerdings waren größtenteils rund um die Uhr im Einsatz. (Auf die herausragende Rolle der Hausärzte als erste Hilfeleistende weist auch *van der Ploeg* in *Bastiaans* u. a. [1981, S.286] nach niederländischen Erfahrungen hin. Nach den Geiselnahmen bei De Punt und Bovensmilde wurde deshalb an alle niederländischen Hausärzte von offizieller Seite ein Brief zu Fragen der Hilfestellungen für Opfer versandt.) Im übrigen wurde eher der Wunsch deutlich, jetzt erst einmal in Ruhe gelassen zu werden, ein Bedürfnis, das, nebenbei bemerkt, offenbar von einigen Journalisten auf geschmackloseste Art und Weise mißachtet wurde. Unseres Erachtens durfte durch vorschnelle Aktivitäten jetzt keine zusätzliche Unruhe in den Familien erzeugt werden. Als Gesprächspartner der ersten Stunden sahen wir daher nicht so sehr die betrof-

fenen Familien selbst als vielmehr die Hilfeleistenden an, die aufgrund ihrer angestammten Funktionen und Beziehungen zunächst gefordert waren. Mit ihnen war alles Weitere zu koordinieren.

Es schien uns ratsam, alles zu vermeiden, was auf eine „Klientifizierung“ der Betroffenen hinauslaufen könnte. Die Angst, die Kinder müßten von den Erlebnissen unabweichlich psychische Dauerschäden erlitten haben, war, wie gesagt, bei Elten und Lehrern außerordentlich verbreitet. Dabei spielte sicherlich auch eine Rolle, daß wir es hier schon weitgehend mit einer Erwachsenengeneration zu tun hatten, die glücklicherweise von kollektiven Katastrophen verschont geblieben war, die infolgedessen aber auch nicht über die Erfahrungen der Kriegsgeneration verfügen, was Menschen an traumatischen Erlebnissen auszuhalten vermögen, ohne zwangsläufig lebenslänglich daran kranken zu müssen. Wir schlossen nicht aus, daß ein vorschnelles und aufdringliches Angebot psychologischer Hilfe zur Dramatisierung der Situation beitragen könnte, dann nämlich, wenn daraus auf eine Berechtigung der Ängste geschlossen werden würde. – Die Frage des zugehenden oder abwartenden Verhaltens von Helfern und der Gefahr der Klientifizierung ist auch in den Niederlanden diskutiert worden, und zwar sehr kontrovers (*van der Ploeg*, in *Bastiaans* u. a., 1981, S. 292).

Ebenso war aber voraussehbar, daß in dem einen oder anderen Fall gezielte, fachlich-psychologische Hilfe erforderlich sein würde. Es stellte sich für uns somit die Frage, einerseits für die Betroffenen die Zugangswege zur Beratung zu eröffnen und zu erleichtern, ohne andererseits die Angebote aufzudrängen. Als bester Weg erschien uns – als Kompromiß zwischen Zugehen und Abwarten – der über Multiplikatoren, die jetzt ohnehin mit den Familien Kontakt hatten. Sie genossen deren Vertrauen und konnten nach unserer Einschätzung aus ihrer intimen Kenntnis der Situation und der vielen, bei ihnen zusammenlaufenden Informationen gut beurteilen, ob fachliche Hilfen angebracht waren. Sie konnten zu deren Inanspruchnahme ermutigen und, wie das dann später auch häufiger der Fall war, persönlich den Kontakt zu den Beratern vermitteln oder herstellen. Das waren, wie gesagt, vor allem die Lehrer, aber auch die sehr engagierten Elternbeiräte, die Schulsekretärinnen, die Ärzte und Pfarrer. Die Gefahr, daß u. U. betreuungsbedürftige Familien dabei ausgelassen würden, bestand nicht. Wir hatten uns vergewissert, daß es von der Schule aus wenigstens zu allen den Familien Kontakte gab, von denen Kinder in dem bewußten Klassenraum waren. Dieser Kreis wurde alsbald über die bestehenden Beratungsmöglichkeiten informiert. U. a. wurde ein Adressverzeichnis mit allen in Frage kommenden Einrichtungen an sie verteilt. Dabei wurden auch solche außerhalb der Kreisgrenzen berücksichtigt, nachdem sich diese auf Nachfrage bereit erklärt oder schon spontan angeboten hatten, ohne Rücksicht auf etwaige Wartelisten oder regionale Zuständigkeiten einzuspringen. – Außerdem wurde auf den Elternabenden auf die Beratungsmöglichkeiten hingewiesen, und es konnten hier auch schon die

ersten Kontakte zu den anwesenden Beratern geknüpft werden.

Ablauf der Tätigkeiten

Im Rückblick läßt sich die Beratungstätigkeit nach dem Attentat in drei Phasen mit unterschiedlichen Schwerpunkten, aber fließenden Übergängen einteilen.

Phase der einzelfallübergreifenden Maßnahmen

Die erste Phase dauerte zwei bis drei Wochen und war überwiegend durch einzelfallübergreifende Maßnahmen gekennzeichnet. Es wurde dabei von uns nichts extra „veranstaltet“, sondern wir nahmen an den ohnehin laufenden Aktivitäten wie Lehrerkonferenzen und Elternversammlungen teil. Vielleicht sollte ich anmerken, daß nach der anfänglichen Reserviertheit gegenüber den an die Schule abgeordneten Psychologen sehr bald aus dem Kollegium heraus der Wunsch nach unserer Teilnahme geäußert wurde. Wir versuchten, uns, so gut wir konnten, an der Erörterung der vielen nun auftretenden Fragen psychologischen und pädagogischen Inhalts zu beteiligen. Darüber, daß wir in dieser speziellen Lage keinen Erfahrungsvorsprung vor unseren Gesprächspartnern hatten, ließen wir keinen Zweifel, auch um keine Übererwartungen aufkommen zu lassen bzw. solche abzublocken. Nach meinem Eindruck hat es die partnerschaftliche Zusammenarbeit eher gefördert. Andererseits zeigte sich, daß der Hintergrund allgemeinen psychologischen Fachwissens und beraterischer und therapeutischer Erfahrungen aber doch einiges Nützliche auch in dieser Situation hergab. Ich schreibe dies, gewissermaßen um einer Selbstunterschätzung von Beratern und einer u. U. darin begründeten Abstinenz gegenüber derartigen Einsätzen vorzubeugen. So gewiß es ist, daß durch Beratung die Betroffenen nicht von den Bürden befreit werden können, so wichtig erscheint mir das Wenige dennoch, was Berater an Hilfestellungen geben können. Daneben fanden Gespräche mit der Schulleitung, mit einzelnen Lehrern, mit Ärzten statt, die teils dem Erfahrungsaustausch, teils Überlegungen zum weiteren Vorgehen und der Koordination von Maßnahmen, teils aber auch schon der Hilfe für individuelle Problemfälle dienten.

Problemstellungen

Im wesentlichen ging es in dieser ersten Phase zum einen um Institutionenberatung. Aktuelle Fragen in diesem Zusammenhang waren beispielsweise: Wann sollte der Unterricht wieder aufgenommen werden? Möglichst bald oder sollte damit bis nach den in etwa zwei Wochen beginnenden Sommerferien gewartet werden? Wie kann man die Schüler wieder an die Schule heranführen? (Wie sich denken läßt, fürchteten sich viele Schüler davor, die Schule wieder zu betreten.) Muß insbesondere für die Schüler, die das Drama unmittelbar miterlebt hatten, an einen Schulwechsel gedacht werden? Ist es für die Kinder hilfreicher, den Unterricht wie üblich zu gestalten und sie gewissermaßen durch die Rückkehr zu gewohnten

Abläufen zu stützen? Oder sollten besondere didaktische Angebote im Sinne von Verarbeitungshilfen gemacht werden?

Bei dem anderen großen Komplex von Fragen ging es um so etwas wie einen ersten Orientierungsrahmen für einen hilfreichen Umgang der Eltern mit den Kindern. Die Unsicherheit, wie man jetzt auf diese eingehen sollte, und die Angst, dabei Fehler zu machen, waren groß. Dies um so mehr, als so viele Eltern und Lehrer ja selbst tief von dem Ereignis erschüttert waren und nun fürchteten, in dieser Verfassung den Kindern nicht den Halt geben zu können, dessen sie zu bedürfen schienen und den zu vermitteln sie wünschten. Um nur einige der immer wiederkehrenden Fragen zu nennen: Dürften sie zeigen, wie elend ihnen selber zumute war, oder müßten sie um der Kinder willen Haltung bewahren? Sollten sie die Kinder abzulenken versuchen oder sie zum Sprechen drängen, damit sie nichts verdrängen? Sollten sie den Ängsten der Kinder vorm Alleinsein nachgeben und ihnen ihre Stimmungsschwankungen nachsehen, oder würden sie damit schlechten Gewohnheiten den Weg bahnen? – Besonders irritierend war offenbar das breite Spektrum an Symptomen, die nach dem Attentat auftraten. Es kamen so gegensätzliche Reaktionen wie Anklammern und Abkapseln, depressive Verstimmungen und Aufgekratztheit, Initiativeslosigkeit und Überaktivität, Meidung von Gesprächen über das Erlebte und geradezu zwanghaftes Reden darüber vor. – Manche Eltern hatten außerdem präzise Vorstellungen, wie sich Kinder nach einem solchen Ereignis verhalten müßten, und waren zusätzlich beunruhigt, wenn sie scheinbar paradox reagierten. So wurde häufig die Frage gestellt, welches Verhalten in einer solchen Situation als „normal“ anzusehen sei und welches möglicherweise schon tiefergehende Schädigungen anzeigte. Schließlich galt es in dieser ersten Phase, Vorkehrungen für die später mit einiger Sicherheit nötig werdenden Individualberatungen zu treffen.

Zielüberlegungen

Das Vordringlichste in der ersten Zeit nach dem Attentat schien uns zu sein, im sozialen Umfeld der Kinder eine gewisse Beruhigung zu erreichen. Später habe ich bei *Bastiaans* gefunden, daß es nach den vorliegenden Erkenntnissen als das oberste Ziel bei allen Maßnahmen anzusehen sei, bestehende Unsicherheiten zu vermindern (*Bastiaans* u. a., 1981, S. 79).

Vieles wies darauf hin, daß die Erholung der Kinder von den traumatischen Ereignissen wesentlich davon beeinflußt wurde, in welchem Ausmaß sie sich jetzt Zuhause sicher, verstanden und mit ihrem Zustand angenommen fühlten. Und das wiederum schien auch davon abzuhängen, wie die Erwachsenen mit der Situation umgingen.

Schon während des Geschehens selbst schien sich die Bedeutung des Modellverhaltens erwiesen zu haben. Die Schüler der Gesamtschule wurden durch Rundspruch des Schulleiters, die Schüler der Grundschule durch persönliche Instruktion der Schulleiterin angewiesen, sich in ih-

ren Klassenräumen einzuschließen und Ruhe zu bewahren. Wir hörten immer wieder, wie beruhigend die klaren und besonnenen Anweisungen auf die Klassen gewirkt hatten. Auch darauf, wie die folgende Zeit bis zur Entwarnung überstanden wurde, hatte offenbar das Lehrerverhalten einen erheblichen Einfluß. Es war für mich, nebenbei bemerkt, ganz außerordentlich beeindruckend, in welchem Ausmaß unter dem unglaublichen Streß dieser Situation „vernünftig“ gehandelt wurde und was jetzt dem einzelnen noch eingefallen war. Eine Lehrkraft der Grundschule hat, um nur ein Beispiel zu nennen, die Kinder offenbar dadurch relativ gut über die Runden gebracht, daß sie die ganze Zeit mit ihnen sang.

Den fachspezifischen Beitrag, den wir zur Beruhigung der Situation leisten könnten, sahen wir vor allem darin, Eltern und Lehrer, wo nötig, zu unterstützen, um ihre eigene Sicherheit wiederzufinden und Unsicherheiten im Umgang mit den Kindern zu überwinden. Dabei hielten wir das informative Moment von Beratung für genauso wichtig wie Hilfen beim Erarbeiten von elterlichen Verhaltensstrategien. Auf einige Punkte, die dabei eine Rolle spielten, möchte ich kurz eingehen.

Beratungsinhalte

1. Es wurde u. a. versucht, eine gewisse Entspannung durch Informationen zu erreichen, die die Bewertung des Erlebnisses und seiner Folgen betrafen: Wir hielten es für notwendig, die Sorge von Dauerschädigungen anzusprechen. Daß sie sich einstellen könnten, konnten wir guten Gewissens nicht in Abrede stellen. Aber daß sie zwangsläufig eintreten müßten, glaubten wir doch als unwahrscheinlich hinstellen zu können. – Wir betonten ferner, daß es nichts Ungewöhnliches sei, wenn nach einem solchen dramatischen Erlebnis der psychische Haushalt vorübergehend aus dem Gleichgewicht gerät, wie es bei so vielen Beteiligten der Fall war. – Von den aufgetretenen so gegensätzlichen Symptomen war nach unserer Auffassung aber keines als „normaler“ als sein Gegenteil anzusehen. Bei verschiedenen Menschen würden wohl vielmehr die erlebten Erschütterungen den je ihnen gemäßen Ausdruck finden.

2. Zur Entspannung und Entkrampfung hofften wir auch beitragen zu können, indem wir versuchten, subjektive Spielräume für je individuelle Wege der Erlebnisverarbeitung und der Wiederherstellung des psychischen Gleichgewichts bei Erwachsenen und Kindern zu eröffnen. So bezogen wir die Position, daß es keine für alle Kinder in gleicher Weise angemessene Verarbeitungshilfen gebe. Vielmehr glaubten wir, dazu ermutigen zu sollen, sensibel dem Weg zu folgen, den das einzelne Kind durch sein Verhalten als den ihm adäquaten zur Erlangung seines Wohlbefindens anzeigte. Denn es gab ganz offensichtlich die Kinder, die sich durch Ablenkungen am besten wieder zu fangen schienen wie auch die anderen, die sich durch Weinen, durch Sprechen erleichterten. Unsere Devise war etwa: Kinder, die sprechen wollen, nicht daran hindern. Kinder, die sich dagegen sperren, nicht dazu drängen.

Wenn wir auch annahmen, daß das Äußern von Gedanken, Erinnerungen und Gefühlen im Prinzip jetzt das Hilfreichere sei, hielten wir es für problematisch, Abwehrreaktionen zu unterbinden oder aufzubrechen und ihre Funktion im psychischen Gleichgewichtshaushalt zu ignorieren. Wir hielten es für wahrscheinlich, daß das Abwehrverhalten mit dem zurückkehrenden Gefühl subjektiver Sicherheit aufgegeben werden und das Verarbeiten einsetzen würde. Entsprechend wichtig schien uns, daß die Erwachsenen sich jetzt nicht durch rigide Vorstellungen von einem optimalen Erzieherverhalten einzwängten und sich u. U. Verhaltensweisen auferlegten, die ihrer Verfassung nicht entsprachen und von den Kindern als unecht und verunsichernd erlebt werden könnten. In diesem Zusammenhang hielten wir es nicht für überflüssig, die Erfahrung zu vermitteln, daß Halt geben und Haltung oder Fassung bewahren nicht identisch sein müssen. Wir hatten von so manchen Fällen gehört, in denen die Kinder sich erst entlasten konnten, nachdem auch die Erwachsenen gewagt hatten, ihre Trauer und Erschütterung zu zeigen. Zum Teil gaben die Eltern solche Erfahrungen auch in den Elternzusammenkünften selber weiter.

Es war interessant, was die Lehrer nach dem ersten Unterrichtstag berichteten. Diejenigen, die sich vorher dafür ausgesprochen hatten, regulären Unterricht zu machen, waren damit offenbar ebensogut zurecht gekommen, wie die anderen, die sich auf die eine oder andere Weise auf das Attentat und seine Folgen bezogen. Da mag self-fulfilling-prophecy im Spiel gewesen sein. Entscheidender war nach meinem Eindruck, daß jeweils der Weg erfolgreich war, bei dem sich die Lehrer selber sicher fühlten und den deshalb zu wählen auch empfohlen worden war.

3. Von entscheidender Bedeutung für die Erholung der Kinder hielten wir den Umgang mit deren Ängsten, von denen – über alle Altersstufen – Allein- und Dunkelängste, aber auch Ängste vor einem neuen Überfall am verbreitetsten gewesen sein dürften. In den ersten Nächten nach dem Attentat wird es nicht viele Schüler gegeben haben, die allein in ihren Zimmern schliefen. So mancher schaffte nicht einmal mehr allein den Gang zur Toilette. Daneben waren Eltern ratlos wegen der stimmungsmäßigen Labilität und der Schlafstörungen, die bei vielen Kindern auftraten. Wahrscheinlich sind die meisten Eltern in dieser Situation ihrem Gefühl gefolgt und haben dem Wunsch nach Nähe nachgegeben, haben die Unausgeglichenheit verstanden und akzeptiert. Einige waren aber doch in Sorge, damit Erziehungsfehler zu beheben. Wir versuchten, die Sorge, so gut wir konnten, zu nehmen. Die Zeit unmittelbar nach dem Attentat verglichen wir mit der Rekonvaleszenz und gaben der Wiederherstellung der Gesundheit und des Wohlbefindens entschieden den Vorrang gegenüber erzieherischen Erwägungen. Diesen Prozeß sahen wir gefährdet, wenn sich die Kinder jetzt mit ihren Ängsten – als dem Gegenpol von Sicherheit – alleine überlassen blieben. Wir glaubten, daß sich die Kinder am ehesten würden erholen können, wenn sie unter dem Schutz und in der Nähe ihrer eng-

sten Bezugspersonen das Gefühl von Sicherheit zurückgewinnen. Dann würden sich, das war die Annahme, auch die meisten regressiven und abwehrenden Verhaltensweisen wieder verlieren.

Heranführung an die Schule

Im großen und ganzen scheint die Angst der Erwachsenen um die Kinder größer gewesen zu sein, als es glücklicherweise durch den späteren Verlauf gerechtfertigt worden wäre. Bei der Mehrzahl bildeten sich die Symptome nach Tagen oder wenigen Wochen zurück. Damit sollen allerdings nicht die Folgen bagatellisiert werden, die bei einer Minderheit anhielten bzw. erst mit Verzögerung auftraten und auch jetzt, etwa ein halbes Jahr danach, noch nicht behoben sind.

Eine Woche nach dem Attentat wurde die Schule wieder geöffnet. Wohl zu aller Überraschung gab es keine überdurchschnittliche Fehlquote. Es fehlten außer den noch Stationären nur 16 von etwa 860 Schülern. Wir haben zu den Befürwortern der möglichst baldigen Wiedereröffnung der Schule gehört. Von einem längeren Abwarten, insbesondere bis nach den Schulferien, haben wir uns keinen Abbau der Ängste – der Schüler vor der Schule und der Lehrer vor den verängstigten und traumatisierten Schülern – versprochen, eher das Gegenteil. Wir sahen es wie der Schulleiter, der dem Sinne nach gesagt hatte, daß wahrscheinlich den Lehrern die Wiederbegegnung mit den Schülern am besten helfen werde, die Befangenheit ihnen gegenüber zu verlieren. Allerdings sollte kein Schüler zum Schulbesuch gezwungen werden, der ihn sich noch nicht zutraute. Außerdem erhofften wir uns einen therapeutischen Effekt von dem mit Sicherheit zu erwartenden Sprechen einiger über das Erlebte für jene anderen, die bis dahin noch abgewehrt oder die keine rechte Gelegenheit dazu gehabt hatten. Sei es, daß sie nun auch aktiviert oder daß sie durch bloßes Zuhören vielleicht zu einer Art konkommittierender Aufarbeitung angeregt würden. Doch sollte auch hier die Möglichkeit, „aus dem Felde zu gehen“, gegeben werden, falls Schüler dies schwer ertragen könnten.

Da wir wußten, daß viele Schüler sich anfangs gar nicht vorstellen konnten, diese Schule je wieder zu betreten, orientierten wir uns hinsichtlich der Heranführung an die Schule am Prinzip der schrittweisen Annäherung, möglichst im Schutz einer vertrauten Gruppe. Wir empfahlen bzw. bestärkten entsprechende Absichten, vor allem die Klassen aus dem betroffenen Jahrgang zunächst außerhalb der Schule wieder zusammenzuführen (die Kinder, die sich in dem überfallenen Klassenraum befanden, waren aus mehreren Klassen zum Kursunterricht zusammengefaßt). Eine Lehrkraft lud dann die Kinder erst einmal zu sich nach Hause ein, andere fanden andere Wege. Beispielsweise folgte eine Klasse der Einladung aus der Schule eines anderen Ortes und kam auf diese Weise wieder mit Schumatmosphäre in Berührung. Für die dann folgende Woche war seit langem eine sog. Projektwoche geplant, die ohnehin z.T. außerhalb der Schule verbracht werden sollte. – Für die Viertklässler der be-

nachbarten Grundschule, die in wenigen Wochen in die Gesamtschule umgeschult werden sollten, befürworteten wir eine Schulbegehung noch vor den Ferien mit ihren alten Klassenlehrern und in den ihnen vertrauten Klassenverbänden.

Nach der Sommerpause, als auch die Mehrzahl der Verletzten schulfähig war, mußten einige sehr wenige häufiger den Unterricht wegen akuter Angstzustände verlassen. Inzwischen sind wieder alle Kinder in der Schule und scheinen gut durchzuhalten. Keines mußte infolge des Attentats wechseln.

Phase der Einzelfallorientierung

Die zweite Phase war überwiegend einzelfallorientiert. Es fanden Individualberatungen für Schüler und deren Familien statt, bei denen sich eine spontane Besserung nicht eingestellt hatte bzw. bei denen eine verzögerte Symptombildung eingetreten war. Die nun stärkere Einzelfallbetreuung wurde sicherlich auch durch die beginnenden Sommerferien und Urlaubsreisen begünstigt. Über die Zugangswege zu den Klienten hatte ich schon in einem anderen Zusammenhang berichtet. – Bei den Symptomen standen diverse Ängste, Zwangserinnerungen, psychische Verstimmungen und psychosomatische Beschwerden – Kopfschmerzen, Gastritiden, Schlafstörungen, Alpträume – im Vordergrund. Die Betreuungen erfolgten in Absprache mit den behandelnden Ärzten auf deren Empfehlung.

Für einige überraschend war, daß unter den Betroffenen keineswegs nur Schüler waren, die sich in dem bewußten Klassenraum befunden hatten, ebenso, daß zunächst völlig unauffällige Schüler jetzt massive Symptome zeigten. – Es schien uns in diesem Stadium wichtig, die Multiplikatoren zu bitten, ihr Augenmerk nicht nur auf die Opfer und Tatzeugen zu richten, sondern den Kreis der potentiell Geschädigten weiter zu ziehen.

Die Zahl der Klienten, die psychotherapeutische Hilfen in Anspruch genommen haben, war nach unserem Eindruck geringer, als wir erwartet hatten. Zu genauen Angaben sind wir aus mehreren Gründen nicht in der Lage, u. a. weil es außer uns noch andere Adressaten gab. Es gab Hinweise, daß aber auch in dieser Extremsituation die sonst bekannten Barrieren bei der Inanspruchnahme psychosozialer und psychiatrischer Beratungen noch wirksam waren. – Mit aller Vorsicht möchte ich vermuten, daß Kinder mit Belastungen in der Vorgeschichte überrepräsentiert waren. In methodischer Hinsicht wurde jetzt mit psychotherapeutischen Ansätzen kombiniert mit Erziehungsberatung gearbeitet.

Phase der Gruppenarbeit

Ab den Herbstferien arbeitete dann der Schulpsychologe, der im übrigen noch längere Zeit einmal pro Woche Schülern, Eltern und Lehrern in der Schule mit Sprechstunden zur Verfügung stand, mit einer Therapiegruppe. Die Gruppenarbeit erschien uns sinnvoll, nachdem wir

festgestellt hatten, daß einzelne Schüler glaubten, nur sie allein hätten noch Symptome, sich dessen schämten, an ihrer Normalität zweifelten und sich vereinsamt fühlten. Tatsächlich schien die allgemeine Tendenz zu sein, möglichst bald zum normalen Schulalltag zurückzukehren und das Erlebte mit sich und in der Familie abzumachen. So wurden beispielsweise auch keine – noch keine? – Angebote für Lehrer- oder Elterngruppen angenommen. Bei Vorsondierungen wegen eines projektierten Volkshochschulkurses für Eltern zum Thema Angst fanden sich wenig Interessenten. In der Gruppe wurden psychotherapeutische Gespräche geführt und außerdem Entspannungstechniken erlernt.

Positive Erfahrungen

In der zitierten Literatur werden Beispiele auch von positiven psychischen Veränderungen nach Geiselnahmen, Terroranschlägen u. a. angeführt, etwa, nun intensiver zu leben, besser zwischen echten und Bagatellproblemen unterscheiden zu können, mehr Verständnis für den Partner zu haben u. a. Auch davon haben wir etwas bei dem einen oder anderen gesehen. Ich möchte den Bericht nicht abschließen, ohne die positiven Erfahrungen zu erwähnen, die ich bei den Beratungen unmittelbar nach dem Attentat gemacht habe. Da waren die vielen Beispiele souveränen Verhaltens während des Geschehens, das beispiellose tätige Engagement der vielen Helfer vor Ort, die Welle der Hilfsbereitschaft von außen, die Erfahrungen einer selbstverständlichen und komplikationslosen Zusammenarbeit. Da waren die vielen von tiefem Ernst getragenen Gespräche mit so jungen Menschen über die Begegnung mit dem Tod, die Unvorhersehbarkeit möglicher Katastrophen. Niemals zuvor habe ich in dieser Eindringlichkeit und in diesem Ausmaß erlebt, eine welch elementare Reaktion in Situationen der Bedrohung das sprichwörtliche Zusammenrücken in der Not, die Suche von menschlicher Nähe ist und welche Ressourcen der Gesundung in ihrer Gewährung liegen. Das grausame, von einem Menschen verursachte Ereignis hat, gleichsam in einer Gegenbewegung, Saiten von Menschlichkeit und Mitmenschlichkeit angeschlagen, die unter dem normalen Alltag oft verstummt oder übertönt erscheinen.

Summary

After a Murderous Assault in a School Class

This is a report about psychological counseling after a murderous assault in a school class, whereby six persons lost their lives. The main importance in this paper is put upon questions, problems and the ways of professional dealings in such an extraordinary situation. Neither in general psychologists here are yet specifically prepared for such tasks like that, nor were the helpers in the case described. However, based on experience, the author pleads for active looking up about the places of such accidents. It is suggested that precautions for offering psychological helps are foreseen, even if these have not been immediately asked for. It is to be emphasized that the necessity of psychological help in such cases doubtlessly exist. The situations in question should be investigated as soon as possible there and then. For only by this way from the very beginning psychological activities can be fitted up into the given circumstances and sensibly coordinated with other measures of help. Moreover, if at all possible, a small team of advisers should go there instead of one single helper alone.

Literatur

Bastiaans, J. (1978): Interview mit dem Hrsg.: Die wirklichen Leiden beginnen nach der Befreiung. In: *Psychologie heute*, 5, 66–72. – *Bastiaans, J., D. Mulder, W. K. van Dijk, H. M. van der Ploeg* (1981): *Mensen bij Gijzelingen*. Alphen aan de Rijn: Verlag A.W. Sijthoff. – *Beltz, M. u. a.* (1978): Das Schlimmste ist, nichts tun zu können. In: *Psychologie heute*, 5, 57–63. – *Fenyvesi, C.* (1978): Mit den Erinnerungen muß man leben. In: *Psychologie heute*, 5, 63–65. – *Ochberg, F.* (1978): The Victim of Terrorism: Psychiatric Considerations. In: *Terrorism*, 1, 147–168. – *Ploeger* (1974): Lengede – zehn Jahre danach. Medizinisch-psychologische Katamnesen einer extremen Belastungssituation. In: *Psychother. med. Psychol.*, 24, 137–143. – *Salewski, W.* (1978): Interview mit dem Hrsg.: Nicht Hitler's Children, sondern unsere Kinder. In: *Psychologie heute*, 5, 48–55. – *Salewski, W. und P. Lang* (1978): Die neue Gewalt und wie man ihr begegnet. Locarno: Verlag Droemer. – *Schneider, H. J.* (1975): Wer wird Opfer eines Verbrechens? In: *Psychologie heute*, 2, 32–38.

Anschr. d. Verf.: Diplompsychologin Ingrid Flüge, Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, Jahnstraße 17, 6232 Bad Soden /Ts.