

Aus **Deutsches Pfarrerblatt - Heft: 4 / 2009**

Alle Rechte vorbehalten, Vervielfältigung nur mit Genehmigung des Deutschen Pfarrerblatts.

Seelsorge nach traumatischen Erlebnissen

Kalter Schweiß auf dem Rücken

Von: Prof. Dr. Kerstin Lammer

Was erlebt ein Mensch, den ein belastendes Erlebnis so sehr stresst, dass er oder sie dadurch traumatisiert wird? Und welche Faktoren helfen Menschen, die ein Trauma erleiden, psychisch gesund zu bleiben? Vor dem Hintergrund des Amoklaufs von Winnenden erläutert Kerstin Lammer, zweite Vorsitzende des Seelsorge-Ausschusses der VELKD, wie man Traumatisierungen erkennt und seelsorglich kompetent interveniert.

Der Amoklauf von Winnenden hat landesweit Bestürzung ausgelöst. Opfer und Zeugen wurden und werden von Notfallseelsorgern und Notfallpsychologen betreut – aber auch mittelbar Betroffene. Denn um einem den kalten Schweiß auf den Rücken zu jagen, reicht allein schon das Wissen: Der Schrecken hat sich an meiner Schule, in meiner Nähe ereignet. Es hätte mich oder meine Kinder treffen können. Ich müsste es hilflos mit ansehen und könnte gar nichts dagegen tun.

»Reden lassen! Die Schüler müssen aussprechen können, was sie erlebt haben, was sie empfinden. Ich gebe ihnen Raum für die Angst und das Weinen.« Solche und ähnlichen Rezepte äußerten manche Hilfskräfte in Radio- und Fernsehinterviews. Erinnern und erzählen lassen, dabei auf die Gefühle fokussieren – das gehört zum kleinen Einmaleins von Seelsorgern und Psychologen, und diese Grundtechniken sind in vielen Fällen probate Mittel seelischer Erster Hilfe. Aber nicht bei Traumatisierten! Und um die handelt es sich zum Teil in Winnenden. Nach traumatischen Erlebnissen helfen diese Techniken nicht nur nicht, sie schaden sogar, weil sie die Traumatisierung vertiefen.

Was erlebt ein Mensch, den ein belastendes Erlebnis so sehr stresst, dass er oder sie dadurch traumatisiert wird? Und welche Faktoren helfen Menschen, die ein Trauma erleiden, psychisch gesund zu bleiben? Das wird im ersten Teil des folgenden Artikels erläutert. Im zweiten Teil wird dargestellt, wie man Traumatisierungen erkennt und seelsorglich kompetent interveniert. Im letzten Teil wird das Thema noch über die Seelsorge hinaus erweitert. Denn zur Prävention und zur Bewältigung von Traumata können auch auf anderen kirchlichen Praxisfeldern sinnvolle Beiträge geleistet werden, z.B. auf dem Feld der Religionspädagogik.

Jeder zwölfte Mensch wird traumatisiert

Winnenden wird bald schon lange her sein. Die Aufregung legt sich. Aber in den Klassen und im Lehrerzimmer, in der Nachbarschaft und bei der Polizei bleiben traumatisierte Menschen zurück – und nicht nur dort. Epidemiologische Studien zeigen, wie verbreitet Traumatisierungen in westlichen Industriegesellschaften sind:

- 60–70% der Erwachsenen haben schon mindestens ein Trauma erlitten,
- in Deutschland 22 % der Jugendlichen zwischen 14 und 24 Jahren.
- Nicht nur Katastrophenereignisse wie der Tsunami oder 9/11, Eschede oder der Amoklauf von Winnenden sind die häufigsten Ursachen, sondern jede Art von erlittener Gewalt und, ganz alltäglich: Unfälle.
- 8% der Bevölkerung erkranken im Laufe ihres Lebens mindestens ein Mal an den dauerhaften Folgen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), also jeder zwölfte Mensch. Es handelt sich um eine der häufigsten psychischen Störungen überhaupt.

Wie man Traumatisierungen erkennt und richtig damit umgeht, ist also gesellschaftlich und gesundheitspolitisch hoch relevant. Nicht umsonst werden traumatisierende Ereignisse in den Medien mit enormer Aufmerksamkeit verfolgt. Das Thema ist auch *existentiell* relevant. Denn jedes Trauma vergegenwärtigt: Das Leben ist verletzlich, zerbrechlich; und unsere eigenen Möglichkeiten, es zu kontrollieren, sind begrenzt. Wie kann man damit leben? Ereignisse wie Winnenden stoßen an Grundfragen der menschlichen Verfasstheit. Und: Das Thema ist *seelsorglich* relevant. Denn die gängigsten Methoden der Seelsorge sind in Fällen von Traumatisierung kontraindiziert; sie müssen hier vermieden und durch andere Interventionen ersetzt werden.

Ursachen und Wirkungen von Traumatisierung

Was erlebt ein Mensch, den ein belastendes Erlebnis so sehr stresst, dass er dadurch traumatisiert wird? Was ist Traumatisierung, wie entsteht sie, und wie wirkt sie sich aus? Die empirischen Kenntnisse darüber entstammen der psychotraumatologischen Forschung;¹ den theoretischen Hintergrund bildet die kognitive Stress-Theorie nach Richard S. Lazarus und anderen.²

Der griechische Begriff *trauma* bedeutet Verletzung. Ein *Psychotrauma* ist eine psychische Verletzung, die durch extremen psychischen Stress entsteht. Traumatisierung ist also eine Stressreaktion auf belastende Ereignisse.

Nun ist es nicht so, dass bestimmte Ereignisse *an sich* traumatisierend wirken, sondern ein Ereignis wirkt *dann* traumatisierend, wenn man eine Situation als existenziell bedrohlich und die verfügbaren Bewältigungsressourcen als völlig unzureichend erlebt. *Erlebt* jemand eine Situation als extrem bedrohlich, *erlebt* jemand sich selbst als völlig hilflos preisgegeben oder nicht? Ein Ereignis, egal wie gravierend oder wie harmlos es Außenstehenden erscheint, ist nie per se, sondern immer nur *potentiell* traumatisierend. Von zwei Menschen kann durch dasselbe Ereignis der eine traumatisiert sein, die andere nicht. Nach einem Autounfall hört bei einer Person das starke Angsterleben nach zwei Nächten mit Albträumen auf, sie zuckt vielleicht noch ein bisschen zusammen, wenn sie wieder quietschende Reifen hört. Aber eine andere Person reagiert so darauf, dass sie über Monate hinweg vor Angst nicht mehr in ein Auto einsteigen kann. Entscheidend ist der subjektive Faktor der Wahrnehmung oder Bewertung.

Die Anlässe, auf die Menschen am häufigsten mit Traumatisierung reagieren, sind: alle Formen von Gewalt, auch sexualisierte Gewalt, Unfälle und die *Beobachtung* von Gewalt und Unfällen.

Beobachtbare Symptome

Die empirische Forschung hat gezeigt, an welchen beobachtbaren Symptomen man Traumatisierung erkennt.

Stellen Sie sich vor, es ist Nacht, Sie sind zu Fuß unterwegs, Sie müssen durch einen unbeleuchteten Park, Ihnen ist etwas unheimlich zumute, es ist dunkel, Sie sind ganz allein – da knackt es hinter Ihnen im Gebüsch. Wie reagiert Ihr Körper?

Er zuckt zusammen – Muskelkontraktion. Dann richtet er sich wieder auf und fährt herum in Richtung des Geräusches – man nennt das »Orientierungsreflex«. Die Augenlider und Pupillen werden weit, die Haut bildet Schweiß. Das Gesicht wird blass, denn alles Blut fließt in die großen Muskeln, die zu Kampf oder Flucht gebraucht werden. Die Atmung wird flach und beschleunigt. Zittern zeigt die Muskel- und Nervenanspannung an.

Die Liste ist um viele neurophysiologische Symptome erweiterbar, aber es sind diese *sichtbaren* Körpersymptome, an denen eine Alarmreaktion diagnostisch zu erkennen ist.

Angenommen, das Knacken im Gebüsch ging nicht von einem nachtaktiven Igel aus, sondern von einer wirklichen Gefahr. Dann setzen biologisch gesteuerte Überlebensreflexe

ein, die wir mit den Tieren teilen: In Sekundenbruchteilen entscheidet das Reptilienhirn (=Stammhirn), ob Sie angreifen oder fliehen, je nachdem, ob Sie sich für über- oder unterlegen halten. Ist beides nicht möglich, erstarren Sie und erleiden wehrlos das Geschehen. *Diese Situation*, wenn jemand weder kämpft noch flieht, sondern *in Hilflosigkeit erstarrt*, ist es, in der Traumatisierung entsteht.

Einige der psychophysiologischen Folgen eines erlittenen Traumas sind:

- das *Fortsetzen der Alarmreaktion*, mit den eben dargestellten Körpersymptomen;
- *starke Angst und Aggression* – hier wirken die latenten Flucht- und Angriffsreaktionen nach, die während der Erstarrung gestaut wurden; man bleibt quasi innerlich in Flucht- oder Kampfbereitschaft. Todesangst und Mordswut gehen bei Traumatisierung oft Hand in Hand.
- Die Wahrnehmung wird *fragmentiert*, d.h. Einzeleindrücke werden ohne Zusammenhang gespeichert, je nach Grad der Traumatisierung kann das Erlebte evtl. auch nicht versprachlicht werden.
- Die Sinneseindrücke des traumatischen Erlebnisses dringen tief in Gedächtnis und Körpergedächtnis ein, man nennt das »*Intrusion*«. Die Bilder und Körperempfindungen werden zwanghaft immer wieder wiederholt, man wird nachts durch Alpträume, tagsüber durch Flashbacks überfallen; Kinder spielen die Szenen oft immer wieder.
- Das Gegenteil geschieht bei der *Dissoziation*: Das Bewusstsein wird abgespalten vom eigenen Körper und von dem, was dem Körper geschieht, so dass man das traumatisierende Ereignis aus der Distanz erleben kann, so, als würde es einer anderen Person geschehen. Menschen, die sexuellen Missbrauch erlitten haben, haben ihn oft psychisch überlebt, indem sie sich von ihrem Körper dissoziiert haben.

Dissoziative Techniken sind bereits als eine frühe Form der Traumaverarbeitung anzusehen und können auch therapeutisch genutzt werden. Alle anderen o.a. Phänomene sind einer kognitiven und emotionalen, auch einer sprachlichen Verarbeitung zunächst kaum zugänglich. In der akuten Phase einer Traumareaktion sind weniger Sprechen, Denken, Fühlen hilfreich. Vielmehr brauchen Traumatisierte äußere und sensorische, körperlich wahrnehmbare Impulse, die ihnen zeigen, dass die Alarmsituation nicht mehr besteht, und dieses Erleben auf einer vegetativen Ebene verankern.

Eine akute Belastungsreaktion klingt in den meisten Fällen innerhalb von drei Tagen bis spätestens vier Wochen ab. Ist das nach vier Wochen noch nicht der Fall, werden die beschriebenen Symptome chronifiziert und gesteigert, dann spricht man von einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Sie kann über Jahre anhalten und mit schweren Einschränkungen psychischer und somatischer Art sowie im Sozialverhalten einhergehen. Die Betroffenen befinden sich dauerhaft in einem psychophysiologischen Erregungszustand, der sie extrem stressanfällig macht, und/oder sie halten eine dauerhafte

Dissoziation aufrecht und vermeiden jede potentielle Erregung. Solche Menschen können auch bei positiven Erregungszuständen in Panik geraten, z.B. wenn sie sich verlieben; sie begeben sich deshalb oft in soziale Isolation.

Was schützt vor Traumatisierung? Salutogenese nach Aaron Antonovsky

Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky³ ist der Begründer der Salutogenese, d.h. seine Fragestellung ist nicht: wie wird jemand krank, sondern: wie bleibt jemand gesund. Er hat in den 70er Jahren in Israel Menschen untersucht, die den Horror von Konzentrationslagern und mehrere Kriege überlebt hatten. Ein Drittel der Untersuchten war erstaunlicherweise psychisch völlig gesund! Den Faktor, der dies begünstigt hatte, nennt Antonovsky (neben verschiedenen Widerstandsressourcen) »sense of coherence«, zu deutsch: Kohärenzgefühl oder Zusammenhangssinn. Dabei handelt es sich nach Antonovsky um ein dynamisches Gefühl der Zuversicht, dass es Menschen ermöglicht, Wechselfällen des Lebens psychisch standzuhalten.

Der Faktor »Kohärenzgefühl« macht Menschen »resilient«. Das Wort stammt aus der Materialforschung und meint: fehlerfreundlich. Ein Material kann gebogen werden, ohne zu brechen. Ein Stehaufmännchen kann umgeworfen werden, ohne liegen zu bleiben. Ein Mensch kann Traumen erleben, ohne psychisch zu erkranken.

Das Kohärenzgefühl setzt sich aus drei Komponenten zusammen: Verstehbarkeit, Bewältigbarkeit und Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens und der Lebensumwelt. Es geht im Wesentlichen um ein Vertrauen in die eigenen Kräfte und in die Sinnerfülltheit der Welt.

Seelsorge nach belastenden Ereignissen

Was ist nun angesichts der Crux der Traumatisierung die *Aufgabe* der Seelsorge? Zur Seelsorge nach Trauma liegen einige Beiträge von Notfallseelsorgern vor, aber kaum praktisch-theologische Fachliteratur. Ich werde deshalb eigene Ausführungen vorstellen.

Seelsorgeverständnis

Folgendes Seelsorgekonzept liegt ihnen zugrunde: Bei akuter Traumatisierung geht es um eine ganz basale Unterstützung tief verängstigter und verstörter Menschen. Es ist hier nicht sinnvoll, diskursiv mit den Betroffenen über ihr Selbstverständnis zu sprechen. Wir können in solchen Fällen nur auf der Basis unserer eigenen theologischen Anthropologie, unseres eigenen Menschenbildes handeln. Meine handlungsleitende Vorstellung ist dabei die von Eilert Herms: Seelsorge soll *»den Klienten über seine gegenwärtige Hemmung hinaus zum aktuellen Vollzug derjenigen endlichen Freiheit befähigen, die ihm im Lichte theologischer Anthropologie als seine eigene Möglichkeit zugesprochen werden muss«*.⁴

Mit anderen Worten geht es darum, einerseits anzuerkennen, dass wir unser Leben nicht selbst in der Hand haben, sondern als endlich freie Wesen in hohem Grad angewiesen und ausgeliefert sind, andererseits und zugleich aber die endliche Freiheit, die wir haben, um das Leben zu gestalten, auch zu nutzen. D.h. für die Traumaseelsorge: Menschen zu verhelfen, ihre Kompetenzen und Möglichkeiten, ihre Handlungsspielräume (wenn sie auch noch so eingeschränkt seien) zu entdecken und freizusetzen.

Das beginnt schon mit der Bewertung der traumatischen Situation selbst: Jemand wird überfallen und wehrt sich nicht. Das kann interpretiert werden als: »Ich konnte überhaupt nichts tun, ich war total hilflos, ich bin und bleibe eben grundsätzlich hilflos.« Oder es kann interpretiert werden als: »Ich habe mich nicht gewehrt, damit ich nicht schlimmer verletzt oder umgebracht werde. Das war in dieser Situation eine gute und kompetente Entscheidung, in anderen kann ich anders handeln.« Mit der zweiten Wahrnehmungseinstellung bleibt ein tragfähiges Selbstkonzept bzw. ein sense of coherence erhalten.

Für die Seelsorge sind Instrumente auszuwählen, die eine solche Wahrnehmungseinstellung fördern.

Methodik der Seelsorge mit traumatisierten Menschen

Wir brauchen heute in der Seelsorge eine professionelle Qualität unserer Arbeit, die dem Vergleich mit anderen helfenden Berufen standhält. Es ist das Verdienst der Pastoralpsychologie, dass wir das erreicht haben. Seit den 70er Jahren werden in Seelsorgeausbildungen gesprächspsychotherapeutische Methoden erlernt. Die Haupt-Instrumente der Beratenden Seelsorge sind: *Erinnern- und Erzählen-Lassen und dabei auf Gefühle fokussieren*. Das wird auch in der aktuellen Seelsorgelehre von Jürgen Ziemer (2000) noch so gesehen: Seelsorge sei Erinnerungs- und Gefühlsarbeit. Diese Basis-Methoden der Beratenden Seelsorge sind in vielen Fällen passend. Aber nicht in Fällen von akuter Traumatisierung. Bei Traumatisierung liegen *besondere* Probleme vor. Hier gilt es, die Werkzeuge der Beratenden Seelsorge aus der Hand zu legen und andere zu verwenden. Sie sind der Systemischen Psychologie und ihrer Tochter, der ressourcenorientierten Beratung, entlehnt.

Seelsorgepraxis mit traumatisierten Menschen

In der Praxis sehe ich für die Seelsorge mit Traumatisierten zwei Aufgaben:

Eine Vertiefung und Verschlimmerung des Traumas zu vermeiden – daher gilt es, Kontraindikationen zu beachten. Und: keinen therapeutischen, aber einen prätherapeutischen seelischen Beistand zu leisten, eine Art seelsorgliche »Erste Hilfe«.

Beides setzt die diagnostische Kompetenz voraus, Traumatisierung überhaupt zu erkennen; damit beginne ich.

Seelsorgliche Diagnostik: Traumatisierung erkennen

Die Diagnose zu stellen, ob bei einem traumatisierten Menschen eine PTBS oder ein Therapiebedarf vorliegt, ist *ärztliche* Aufgabe. *Seelsorgliche* Diagnostik meint nicht mehr als die Symptome einer akuten oder einer re-aktivierten Belastungsreaktion zu erkennen. Ich hebe nur Weniges hervor:

Beobachten Sie bei Menschen, die Ihnen Belastendes erzählen, den *Körper*. Wann immer jemand die besprochene Symptomatik zeigt: er wird blass, die Pupillen erweitern sich, die Hände zittern – Vorsicht.

Fragmentierung ist an einer extrem unzusammenhängenden *Erzählweise* zu erkennen; als Zuhörende verstehen Sie z.B. den chronologischen Ablauf der erzählten Ereignisse nicht.

Intrusion erkennen Sie als »Überflutung«: jemand gerät geradezu in einen Erzählsog, der auch Sie leicht erfassen kann, die Erzählerin hat keine Distanz zum Erzählten und keine Kontrolle darüber, sie steht selbst in der Szene, als würde sie gerade jetzt geschehen, sie ist überwältigt und beginnt vielleicht zu hyperventilieren.

Das Gegenteil zeigt sich bei *Dissoziation*: Jemand erzählt Ihnen die schrecklichsten Widerfahrnisse scheinbar unbeteiligt, es ist eine überdistanzierte, überkontrollierte Erzählweise. Er erzählt »roboterhaft« oder wie von einem Film und zeigt sich dabei mimisch und emotional starr.

Kontraindikationen beachten: Nihil nocere!

Aufgrund der intrusiven Wirkung eines Traumas ist es in der akuten Phase einer Traumatisierung *nicht* angezeigt, unkontrolliertes Erinnern und Erzählen zu fördern – wohlgemerkt, ich spreche hier *nicht* von fortgeschrittenen Stadien der Traumatherapie, dort gelten andere Regeln, aber in der *Seelsorge* gilt: Das traumatische Erleben soll nicht

reaktiviert werden, weil die erneute Reiz- und Angstüberflutung die Traumatisierung vertieft. Stattdessen ist es hier sinnvoll, den Erzählvorgang zu unterbrechen, wirklich unhöflich und direktiv zu *unterbrechen*, den Fokus von den traumatisierenden Erlebnissen wegzulenken und auszurichten auf Ressourcen, z.B. mit einer Intervention wie: »Frau Schulze, nach meiner seelsorglichen Erfahrung ist es nicht hilfreich, wenn Sie sich das Schreckliche Ihrer Erlebnisse wieder in Erinnerung rufen und immer wieder in die schlimmsten Bilder eintauchen. Ich bin interessiert daran zu erfahren (und ich denke, das kann Ihnen mehr helfen): Wie haben Sie es geschafft, das zu überleben? Wie sind Sie da heraus gekommen? Wer oder was hat Ihnen dabei geholfen?«

Auch auf Gefühle zu fokussieren, sie zu aktivieren oder zu vertiefen, ist in der Trauma-Seelsorge *nicht* angezeigt. Wenn Intrusion vorliegt, ist keine Verstärkung der Angst erträglich, von der die Betroffenen bereits überschwemmt sind. Wenn Dissoziation vorliegt, *können* Traumatisierte oft nicht sagen, was sie fühlen, weil die Gefühllosigkeit Teil des Symptoms ist – nach Gefühlen gefragt zu werden, löst dann erneut ein Erlebnis von Hilflosigkeit aus. Zum Anderen ist ja die Dissoziation nicht nur ein Problem, sondern auch eine Lösung: das Trauma wurde ja *mittels* der Dissoziation physisch und psychisch überlebt. Darum ist es eher sinnvoll, die Dissoziation als kompetente Strategie zu bestätigen und zu würdigen, etwa so: »Sie konnten diese Situation überleben, indem Sie sich mental in die Distanz gerettet haben.«

So weit zu den Kontraindikationen. Wenn man sie beachtet, ist der Basisstandard von Professionalität erreicht: nihil nocere, nicht schaden.

Prätherapeutische Intervention: Seelsorgliche Erste Hilfe

Was kann Seelsorge Traumatisierten *positiv* anbieten? Ihre Aufgabe ist nicht, Traumatherapie zu leisten – dazu braucht man eine spezielle Ausbildung. Aber Sie können prätherapeutische Angebote machen. Die generelle Richtung ist, alles zu vermeiden, was als gefährdend, alarmierend, aufregend und verunsichernd wahrgenommen werden kann, im Gegenteil alles unterstützen, was – viele PsychotherapeutInnen sagen: »Sicherheit und Kontrolle« vermittelt; ich sage lieber: was bergend wirkt, Vertrauen stärkt und Kompetenzen aktiviert.

Dazu dienen die drei Methoden: Stabilisieren, Orientieren und Ressourcen aktivieren.

Stabilisieren

- Stabilisieren heißt zuerst: Traumatisierte aus der Gefahrensituation oder aus der Erinnerung daran entfernen und an einen bergenden Ort bringen, ein zu Hause, eine Kirche,...
- Stabilisierend wirkt es, eine beruhigende Beziehung zu erleben, z.B. zu Ihnen als

vertrauenswürdiger seelsorgender Person.⁵ Die Vergegenwärtigung der Gottesbeziehung. Die Möglichkeit, sich im Gebet an ein Gegenüber zu wenden. Die performative Darstellung dieses behütenden Gegenübers im Segen. Dies alles allerdings nur, wenn es der traumatisierenden Person vertraut und recht ist.

- *Rituale*, die strukturierend und kanalisierend wirken;
- weiterhin alle *Alltagsroutinen*, z.B. geregelter Tagesablauf, zur Schule oder zur Arbeit gehen;
- alles, was die *eigene Kompetenzen* erleben lässt, z.B. Kinder oder ein Haustier zu versorgen; bestätigen Sie das;
- alles, was *Genuss und Freude* vermittelt, was jemand gern tut; fragen Sie auch danach – nicht nur nach dem Schlimmen;
- schließlich: *Techniken der Selbstberuhigung*. Dazu sind Körperübungen und Imaginationsübungen aus dem systemischen Handwerkskasten geeignet, die z.T. sehr leicht zu erlernen sind (etwa die Tresorübung oder die Reise zum bergenden Ort sind Ihnen vielleicht bekannt). Hier ist aber auch an die Schätze der christlichen Tradition zu denken, an Meditation oder Rezitation biblischer Bilder wie Ps. 23: »und ob ich schon wanderte im finstern Tal, fürchte ich kein Unglück, denn du bist bei mir, dein Stecken und Stab trösten mich. Du deckst vor mir einen Tisch im Angesicht meiner Feinde. Du salbst mein Haupt mit Öl...«

Alles, was vertrauensbildend, stärkend und strukturierend wirkt, stabilisiert.

Orientieren

- Dazu gehört, eine durch die Eindrücke des Traumas überflutete Person zurück *ins Hier und Jetzt zu holen*, am besten *auf einer sensorischen Ebene*; hier können z.B. einfache Körperübungen oder Berührungen hilfreich sein.
- Zur Orientierung gehören *Raum, Zeit, Umfeld*: Wo und bei wem wird die Klientin sich in den nächsten Stunden und Tagen aufhalten, was tut sie am nächsten Morgen, was ist die nächste Aufgabe, was die nächste Unterstützungsmöglichkeit? Wo schläft das Kind heute, wer macht ihm morgen Frühstück und bringt es zum Kindergarten etc.?
- Zur Orientierung kann die *Realitätsprüfung* gehören. Schreckliche Bilder sollen nicht unnötig oft abgerufen und nicht immer wieder in einer Weise durchlebt werden, die die intrusiven Gefühle noch vertieft. Aber manchmal sind die Bilder der eigenen Phantasie schlimmer als die wirklichen. So erzählte der Vater eines in Winnenden getöteten Mädchens, er habe seine jüngere Tochter davor bewahren wollen, den Leichnam der erschossenen Schwester zu sehen. Doch dann habe das Mädchen so schreckliche Phantasien davon entwickelt, wie ihre Schwester zugerichtet sein könnte, dass die

Pfarrerin geraten habe, sie solle sich lieber mit eigenen Augen davon überzeugen, wie die Tote aussehe. Diese Intervention war gut – aus Sicht der Trauma-Seelsorge, weil in diesem Fall unkontrollierte Phantasien schlimmer wirkten als die Realität, und aus Sicht der Trauer-Seelsorge, weil dem hinterbleibenden Mädchen so eine sinnenhafte Realisierung des unfassbar plötzlichen Todes und eine Verabschiedung von ihrer verstorbenen Schwester ermöglicht wurde.⁶

- Zum Orientieren gehört die so genannte *Psychoedukation*: Oft befürchten Traumatisierte, den Verstand zu verlieren, weil manche ihrer Symptome im normalen Alltag keinen Sinn machen. Klären Sie darüber auf, woher diese Symptome kommen und dass sie *normal* sind!
- Schließlich: Geben Sie *ethische* Orientierung: »Was Ihnen angetan wurde, war böse. Der Täter ist schuldig, nicht Sie.«

Ressourcen aktivieren

Ich nenne hier nur Grundsäulen:

- Nahrung, Kleidung, Behausung, Einkommen – steht das zur Verfügung, ist hier evtl. diakonische Hilfe nötig?
- Soziales Netz: Familie, Freunde, Gemeindegruppe – sie sollten Traumatisierte nicht allein lassen.
- Identität, Selbstkonzept: Wer und was ist jemand, außer traumatisiert? Was ist seine oder ihre Geschichte, außer dem Trauma? Was kann und will er im Leben? Wen oder was liebt sie, was stärkt und erfreut sie etc.?
- Religion, Wirklichkeitskonzept: Wie kann ich eine Welt verstehen, in der mir dieses traumatische Ereignis und vieles Anderes geschehen ist?

Mit den letzten beiden Punkten, Selbstkonzept und Wirklichkeitskonzept, ist der Bogen zurück zum Kohärenzkonzept und zur Religion geschlagen. Ich komme zum abschließenden Ausblick auf die kirchliche Arbeit insgesamt.

Interdisziplinäre Erweiterung

Es wird kaum möglich sein, in der Seelsorge auf das Selbst- und Weltkonzept eines akut

traumatisierten Menschen grundlegend oder verändernd einzuwirken. Aber wer in guten Zeiten ein tragfähiges Selbst- und Weltkonzept entwickeln konnte, wird eine Traumatisierung besser überstehen. Das ist durch die Resilienz- und Kohärenzforschung belegt. Zur Entwicklung eines »sense of coherence« können Sie auf allen kirchlichen Arbeitsfeldern beitragen, im Gottesdienst, in der kirchlichen Bildungsarbeit usw. und besonders in der Religionspädagogik, denn dieser Sinn wird am stärksten in der Zeit bis zum 17. Lebensjahr entwickelt.

Oben habe ich Seelsorge als *Vollzug* christlicher Anthropologie charakterisiert. Andere kirchliche Arbeitsfelder können der *Vermittlung* dieser Anthropologie dienen: Mein Leben ist eben nicht nur dann lebenswert, wenn ich es unter Kontrolle habe und autonom bin, wenn ich also, wie Fliege und Nina Ruge sagen: gut auf mich aufpasse, und alles wird gut. Ein solches Konzept ist aus meiner Sicht sehr viel unrealistischer als ein christliches, das die Freiheit des Menschen als endlich betrachtet und ihn selber als gebrochen, aber geliebt und getragen.

Die Welt ist eben nicht, wie mancher psychologischer Sprachgebrauch suggeriert, ein »sicherer« Ort, wo mir nichts Böses widerfahren kann. Auch hier finde ich die christliche Auffassung realistischer, die mit dem Leiden rechnet und es sogar ins Gottesbild integriert, die die dunkle Seite der Lebenswirklichkeit nicht ausgeblendet und nicht in falsche Eindeutigkeiten auflöst.

Breche ich selbst oder bricht meine Welt und mein Gott zusammen, wenn es mir übel ergeht? Oder kann ich davon leben, dass mir Gott vormals gnädig gewesen ist, mich auch durchs finstere Tal geleitet hat, dass mich Ströme des Wassers – die ja kommen! – nicht ersäufen und dass er mich – was mich auch verletzt, versehrt und verschämt hat – freundlich ansieht und sein Angesicht über mir leuchten lässt?

Wir betonen neuerdings die Bedeutung der Psychoedukation, also der psychologischen Erziehung und Bildung. Die Möglichkeiten von *religiöser* Erziehung und kirchlicher Bildungsarbeit liegen dort, wo sie Menschen ein Selbst- und Weltkonzept vermittelt, das tragfähig ist, wenn ihnen Schlechtes widerfährt.

Literatur:

Zur Trauma-Forschung:

R.S. Lazarus, Stress and Emotion, 2006, darin: 129-164 Stress and Traum

G. Fischer/ P. Riedesser, Lehrbuch der Psychotraumatologie, 1998

J.M. Horowitz, Stress Response Syndromes, PTSD, Grief and Adjustment Disorders, 3rd ed. 1997

Zur Trauer-Begleitung:

K. Lammer, Den Tod begreifen. Neue Wege in der Trauerbegleitung, Neukirchen-Vluyn, 4. Aufl. 2006

K. Lammer, Trauer verstehen. Formen – Erklärungen – Hilfen, Neukirchen-Vlyun, 2. Aufl. 2007

Zur Trauma-Resistenz:

A. Antonovsky, Unraveling the mystery of health, London 1987; dt. Ausgabe: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen 1997

Empfehlung zur präventiven Arbeit mit Jugendlichen:

A. Beyer/ A. Lohaus, Stressbewältigung im Jugendalter. Ein Trainingsprogramm, Göttingen 2006

Anmerkungen:

1 Vgl. z.B.: P. Levine/ A. Fredrick, Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers, 1998; G. Fischer/ P. Riedesser, Lehrbuch der Psychotraumatologie, 1998; M.S. Scheeringa et al., New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children, in: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42 (5), 2003, 561-570.

2 Vgl. z.B.: R.S. Lazarus, Stress and Emotion, 2006, darin: 129-164 Stress and Trauma; R.S. Lazarus/ R. Launier, Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt, in: J.R. Nitsch (Hg.), Stress, Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen, 1981, 213-259; J.M. Horowitz, Stress Response Syndromes, PTSD, Grief and Adjustment Disorders, 3rd ed. 1997

3 A. Antonovsky, Unraveling the mystery of health, London 1987; dt. Ausgabe: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen 1997.

4 E. Herms, Pastorale Beratung als Vollzug theologischer Anthropologie, in: WzM 29 (1977), 202-223, hier 221.

5 Vgl. dazu auch: R. Kachler, Seelsorge nach Schicksalsschlägen. Wenn nichts mehr ist, wie es war, in: Deutsches Pfarrerberblatt 1/2009.

6 Vgl. zur Trauer-Begleitung K. Lammer, Den Tod begreifen. Neue Wege in der Trauerbegleitung, Neukirchen-Vluyn, 4. Aufl. 2006 sowie K. Lammer, Trauer verstehen. Formen – Erklärungen – Hilfen, Neukirchen-Vlyun, 2. Aufl. 2007.

Deutsches Pfarrerblatt, ISSN 0939 - 9771

Herausgeber

Verband der Vereine evangelischer Pfarrerinnen und Pfarrer in Deutschland e.V.
Mainbrücke 16
96264 Altenkunstadt