

Maria Elisabeth Aigner

Leben nach der Katastrophe

Trauma und Traumatisierung als Herausforderung für die Seelsorge

„Die erste Fährte ist der Anfang einer Schnur, an deren Ende sich ein Wesen bewegt; ein Geheimnis, das alle paar Schritte etwas über sich preisgibt und dir immer mehr über sich erzählt, bis du das Wesen fast sehen kannst, noch bevor du es erreicht hast.“¹ Wer die Fährte des Traumas aufnimmt, begibt sich in eine ähnliche Situation wie der Fährtensucher in dem Text „The Tracker“.

Die Beschäftigung mit dem Phänomen erfordert Spürsinn, Aufmerksamkeit und Konzentration – auf uns selber, auf unser Gegenüber und auf jeden einzelnen Schritt hin, der die Komplexität dieses Themas enthüllt. Trauma heißt, dass eine Person Opfer oder Zeuge/Zeugin eines Ereignisses ist, bei dem das eigene Leben oder das Leben anderer Personen bedroht war oder eine ernste Verletzung zur Folge hatte. Die Reaktionen der Betroffenen beinhalten Gefühle von intensiver Angst, Hilflosigkeit und Entsetzen². Traumatische Erfahrungen gleichen einem Sturz ins Bodenlose, erschüttern das bisherige Lebensgefüge und damit das eigene Selbst- und Weltbild – nicht selten auch das Gottesbild.

Psychotraumatologische Grundlagen

Der Begriff „Trauma“ kommt aus dem Griechischen und heißt zunächst „Wunde“. Als medizinischer Terminus beschreibt er eine Verletzung des Gewebes. Diese physiologische Bezeichnung wurde auf das psychische Geschehen übertragen. Mit dem Begriff „Trauma“ verbinden sich Konzepte, die erst allmählich präzisiert wurden. Zuerst hatte sich die Traumaforschung international vor allem der Extremtraumatisierung durch Krieg und Holocaust zugewandt. Erst in den letzten zehn Jahren wurde diese Forschung erweitert auf die Gebiete der Katastrophen- und Unfallfolgen und auf sexuelle Gewalterfahrung, aber auch auf andere Ereignisse, die objektiv gesehen keine Katastrophe darstellen, aber subjektiv für einen Menschen traumatisierende Folgen haben können.

Zu beachten ist, dass es einen Unterschied zwischen „Trauma“ und „Traumatisierung“ gibt. „Trauma“ bezeichnet das grenzverletzende Geschehen, „Traumatisierung“ meint hingegen die Diagnose dazu, also das, was durch das Trauma ausgelöst wird. In der Regel wirken sich interpersonelle Traumata, also jene Traumata die

Menschen anderen Menschen zufügen, am schlimmsten aus³. Als ganz grundlegende und bahnbrechende Erkenntnis in der Traumaforschung erwies sich die Entdeckung, dass es bei Traumata und den damit in Verbindung stehenden Traumatisierungen nicht um eine psychische, sondern um eine komplexe psycho-physiologische Reaktion handelt. Man hat herausgefunden, dass Menschen auf Bedrohung primär instinktiv und biologisch und erst sekundär psychisch und kognitiv reagieren⁴.

Neurobiologische und stressphysiologische Grundlagen bei Traumatisierungen

Eine Traumatisierung ist die Folge einer Bedrohung oder Stressbelastung von besonderer Heftigkeit und Dauer⁵. Die betroffene Person kann diese Belastung nicht durch eigenes Handeln verändern. Sie kommt in eine Situation der Ohnmacht und Hilflosigkeit. Für diese Ohnmachtssituation gibt es das Bild der sogenannten „traumatischen Zange“⁶. Ist eine Situation existenzbedrohend, werden, wie in einem Reflex, bestimmte basale Überlebensmechanismen aktiviert. Es handelt sich dabei um Bindungssuche, Flucht und Kampf. Durch Aktivierung des Sympathikus werden im Körper die nötigen Kraftreserven aktiviert. Wenn es nun aber von außen keine Hilfe gibt und weder Flucht noch Kampf möglich sind, dann entstehen Hilflosigkeit, Ohnmacht und das Gefühl des Ausgeliefertseins.

Um zu überleben, setzt in dieser Situation ein Starrezustand oder Totstellreflex ein, der als Einfrieren – das sogenannte „freezing“ – bezeichnet wird. Die englische Kurzformel für diese traumatische Zange lautet: „no flight, no fight – freeze and fragments“. Der Körper ist hoch angespannt, jedoch bewegungslos. Im Zustand des Einfrierens (*freezing*) funktionieren die Wahrnehmung und die Wahrnehmungsverarbeitung nicht mehr wie gewohnt. Es kommt zur Ausblendung von Wahrnehmungsinhalten und zur fragmentierten und dissoziierten Speicherung von Wahrnehmungen.

Fragmentierung und Dissoziation

Unter normalen Umständen speichert der Mensch die unterschiedlichen Wahrnehmungsinhalte einer Situation⁷. Die damit in Zusammenhang stehenden Bilder, Gefühle und Gedanken, aber auch Geräusche, Gerüche und Körperwahrnehmungen werden in unterschiedlichen Hirnregionen aufgenommen und im Thalamus gesammelt und an das Mittelhirn – zu den beiden Mandelkernen (Amygdalae) – weitergeleitet. Dort wird emotional bewertet, ob es sich um eine Bedrohung handelt oder nicht. Die Wahrnehmungsinhalte werden dabei mit Vertrautem und Erlerntem, das in der Großhirnrinde gespeichert ist, verglichen. Wird im Mittelhirn keine ernst-

hafte Bedrohung festgestellt, lassen sich die Wahrnehmungsinhalte versprachlichen und zeitlich und räumlich einordnen. Damit werden sie im biografischen, episodischen Gedächtnis „abgelegt“, sodass eine Geschichte entsteht, die in der Erinnerung Vergangenheit wird („Es war einmal ...“).

Steht ein Mensch aber unter traumatischem Stress, wird in den Amygdalae reflexhaftes Reagieren ausgelöst. Sowohl das Sprachzentrum als auch das einordnende Gedächtnis werden unterversorgt und gewissermaßen „abgeschaltet“:

„Wahrnehmungsinhalte der traumatischen Situation können nicht zusammengefügt, versprachlicht und zeitlich eingeordnet werden. Sie werden als Fragmente an unterschiedlichen Stellen des Großhirns gespeichert. Da sie zu keiner Geschichte werden konnten, werden sie auch nicht zu Vergangenheit. Bildlich gesprochen: Der Satz ‚Es war einmal ...‘ zu Beginn fehlt.“⁸

Wenn aber nun irgendwann später assoziative Verbindungen zu fragmentiert gespeicherten Wahrnehmungsresten entstehen, lassen sich diese nicht der Vergangenheit zuordnen. Durch die Wahrnehmungsreste werden erneut die Gefühle, Gedanken, Bilder oder Körperempfindungen aus der alten Situation ausgelöst. Man spricht auch davon, dass das, was geschehen ist, „antriggerbar“ ist, d. h. durch Schlüsselreize anschaltbar wird.

Posttraumatische Belastungsstörung

Dass es bei einem Trauma zu einer Traumatisierung und somit zu einer akuten Belastungsreaktion kommt, ist völlig normal⁹. Oft lassen sich diese Reaktionen ohne oder mit nur minimalen Interventionsformen gut bewältigen¹⁰. Sind die Belastungsreaktionen nicht bewältigbar, kann es zu einer sogenannten posttraumatischen Belastungsstörung kommen.

Von einer posttraumatischen Belastungsstörung spricht man dann, wenn es später – nach Monaten oder Jahren – zu einem Anstieg von Symptomen kommt. Oft lassen sich diese Symptome fürs erste gar keiner bestimmten Situation zuordnen. Die posttraumatische Belastungsstörung ist eine von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte psychische Erkrankung. In der Regel werden ihr drei Symptomgruppen zugeordnet: Es kommt zu Symptomen des Wiedererlebens (also *flash backs*, Alpträume, zwanghaftes Erinnern usw.) oder zu Symptomen, die als Reaktion auf Vermeidungsversuche des Sich-Erinnerns entstehen (z. B. soziale Isolation, emotionale Empfindungslosigkeit, Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch) und schließlich zu körperlichen Symptomen, die dadurch entstehen, dass der Körper nicht verstanden hat, dass die traumatische Situation endgültig vorbei ist (z. B. Herzrasen, Unruhe, Schlaflosigkeit, Atemnot, Konzentrationsstörungen usw.).

In der Regel fühlen sich die Betroffenen diesen Symptomen ausgesprochen hilflos ausgeliefert. Nicht selten verlieren sie die Verbindung zu sich selbst, zu Familie und

Freundeskreis, ihrer Arbeit, oft auch zu Gott. Sie haben das Gefühl, dass die Welt aus den Fugen geraten ist, oder empfinden, als ob die Zeit im Schrecken stecken geblieben wäre. Wichtig ist, dass die Betroffenen verstehen, dass ihre Reaktionen völlig normal sind und in der akuten Situation dem Überleben dienen. Das zu reflektieren und einordnen zu können, macht Menschen wieder handlungsfähig.

Was traumatisierte Menschen brauchen: Ressourcen, Trost und Resilienz

Nicht jeder, der eine heftige Bedrohung erlebt, geht traumatisiert daraus hervor. Das hängt immer von der ganz individuellen Resilienz ab, also der eigenen seelischen Widerstandskraft, und der Fähigkeit des Organismus, hohe Erregung im Nervensystem zu regulieren. Dennoch können Traumata uns auf jeder Ebene unseres Lebens beeinträchtigen oder stören – sowohl in körperlicher und sozialer Hinsicht, aber auch seelisch und geistig.

In der Begegnung mit Menschen, die als Opfer, als Zusehende, oder als Angehörige in traumatisierende Situationen involviert sind, lässt sich etwas von deren Erleben wahrnehmen. Es kann sein, dass sie verstummt und psychisch erstarrt sind und kaum Kontakt zulassen. Es kann aber auch sein, dass sie trotz der Erschütterung den Wunsch haben, wieder und wieder zu erzählen.

Die wichtigste Voraussetzung für jede Form der Unterstützung – egal ob es sich dabei um einen freundschaftlichen, therapeutischen oder seelsorglichen Kontakt handelt – ist, dass die Empfindungen vorbehaltlos ernst genommen werden und den Betroffenen Respekt und Wertschätzung entgegengebracht wird. Traumatisierte Menschen schämen sich häufig wegen ihrer irrational anmutenden Reaktionsweisen. Oft leiden sie unter sekundären Kompensationsformen, deren Ursachen lange nicht erkannt werden – dazu zählen beispielsweise Essstörungen, Suchtverhalten, Selbstverletzungen, Arbeitssucht usw. Für Menschen, die ein Trauma erlebt haben, ist es sehr schwer, sich jemandem anzuvertrauen. Sie sind geübt darin, in sozialen Situationen die Kontrolle zu behalten. Generell hilfreich ist ein alltagsorientierter Realitätsbezug, der vor Überflutung durch irrationale Affekte schützt.

Was von einem Trauma betroffene Menschen als erstes brauchen ist, dass ihnen Sicherheit vermittelt wird. Sicherheit geschaffen wird dadurch, dass sie etwa vom Unglücksort weggebracht werden, oder dass bei sozial bedingter Traumatisierung – zum Beispiel nach Verkehrsunfällen oder bei Gewalttaten – Opfer und Täter getrennt werden. Das Gefühl von Sicherheit lässt sich in erster Linie durch Anwesenheit vermitteln, das heißt: da sein, vielleicht reden, trösten, Mut machen durch Stimme, Worte, Körperkontakt. Bei Berührungen ist vorsichtig vorzugehen, weil sie nicht immer gut tun. Sie können auch Angst und Panik auslösen. Wichtig ist zu erkennen, dass es in solchen Situationen um eine spezielle Form von Kontakt geht. Es braucht für diese Situation eine bestimmte ge-

eignete „Schneise“, die von der helfenden Person fordert, liebevoll, bestimmt und klar zu sein.

Sicherheit kann ebenso durch Information geschaffen werden. Dabei ist genau zu beobachten, wie die Betroffenen reagieren: Befinden diese sich nämlich in der Phase der Reizüberflutung, dann haben Entspannung und Beruhigung Vorrang vor Information. In der Akutphase müssen Abwehrmechanismen immer akzeptiert werden, weil sie einen unverzichtbaren Selbstschutz darstellen. Ist ein basales Sicherheitsgefühl wieder hergestellt, gilt es, als empathischer und einfühlsamer Gesprächspartner bzw. -partnerin zur Verfügung zu stehen. Es ist sinnvoll, den Betroffenen Verständnis darüber zu vermitteln, dass ihre Stress- und Traumareaktionen völlig normal sind.

Ein anderer wichtiger Punkt ist, zu wissen, dass es im Kontakt und in der Arbeit mit traumatisierten Menschen häufig zu Gegenübertragungsreaktionen kommt. Als problematische Reaktionsmuster Betroffener und Angehöriger lassen sich benennen: Handlungsunfähigkeit („Ich kann überhaupt nichts tun!“); Betroffenheitsfixierung („Man kann nur noch heulen!“); Resignation und Rückzug („Ich will nichts mehr hören davon!“); Ignorieren, Verdrängen („So schlimm ist das auch wieder nicht, das Leben geht weiter.“)¹¹.

Es kann sein, dass das empathische Bemühen in große Unsicherheit und Verletzlichkeit kippt, oder dass es zu Intellektualisierung und fassadenhaftem Verhalten auf der Seite der helfenden Personen kommt. Zwei andere Extreme der Gegenübertragung wären Verleugnung und Distanzierung inklusive starker Rückzugstendenzen einerseits oder andererseits eine Grenzvermischung durch Überengagement. Trauma-Betroffene reagieren auf die unbewussten Abwehrmechanismen ihrer vertrauten Bezugspersonen sehr sensibel, weil sie diese Reaktionen von ihrem neutralen Umfeld kennen.

Die seelsorgliche Beratung und Begleitung nach traumatischen Erfahrungen

Die Frage danach, wie eine traumazentrierte Seelsorge aussehen soll, lässt sich nicht ohne Basissenntnisse aus der Psychotraumatologie und Traumatherapie beantworten. Eine angemessene Betreuung erfordert spezielle Kenntnisse und auch eine besondere Sensibilität. Das Thema rührt an tief verwurzelte gesellschaftliche Tabus. In der Begleitung geht es darum, Traumatisierungen überhaupt einmal zu erkennen¹². Das ist nicht einfach und bedeutet vor allem, es grundsätzlich für möglich zu halten, dass das Erleben, das Verhalten, die Leiden einer Person Folgen einer Belastungserfahrung und von Traumatisierungen sein könnten. Das Verhalten des Gegenübers kann als Auswirkung einer traumatischen Situation oder als Reaktion auf einen freezing-Zustand verstanden werden.

Es ist wichtig, den Betroffenen zu erklären, dass die Symptome Folgen einer normalen, neurobiologischen Reaktion auf eine außergewöhnliche Belastung sind.

Diese Verhaltensweisen nicht zu pathologisieren, sondern als Überlebensstrategie zu würdigen, hat für die Betroffenen eine entlastende Funktion. Damit sich traumatisierte Menschen reorientieren können, benötigen sie ein Gegenüber, das Zeugnis gibt von einem Selbst-, Welt- und nicht zuletzt Gottesbild jenseits der Traumatisierung. Die neurobiologische Beschaffenheit des Gehirns einer traumatisierten Person hat noch nicht verstanden, dass die belastende Situation zu Ende ist.

Stabilisierend wirkt auf die Betroffenen das Einüben von Gedanken und Bildern von Sicherheit. Rituale beispielsweise stabilisieren durch ihre Vertrautheit und ihre Handlungsoptionen, Gebete ermöglichen Versprachlichung, biblische Hoffnungsbilder können den Bildern des Grauens entgegengestellt werden. Solche Imaginationen und symbolische Handlungen dienen dazu, die Angst, Bedrohung und Ohnmacht, die eine traumatische Situation dominieren, zu kompensieren. Besonders Seelsorgerinnen und Seelsorger können zur Etablierung vielfältiger Ressourcen beitragen, die in Zusammenhang mit der individuellen Alltagsgestaltung und der sozialen Existenz stehen oder auch der geistigen, körperlichen und seelischen Gesundheitsfürsorge dienen.

Auch in der traumazentrierten Seelsorge gibt es keine von der aktuellen individuellen Leidenssituation losgelöste Reaktion. Seelsorgerinnen und Seelsorger sind in erster Linie gefordert, präsent zu sein, hinzuhören und die Situation einzuordnen. In gewisser Weise sind für den seelsorglichen Kontakt paradoxe Verknüpfungen angebracht. Es geht einerseits darum, der betroffenen Person genug Raum für die eigenen Entwicklungsschritte zu lassen, andererseits aktiv Reorientierung und Stabilisierung zu ermöglichen. Das Gegenüber ist tonangebend in seinen Bildern und Zielen, und zugleich hat der Seelsorger bzw. die Seelsorgerin die Aufgabe, im Erkennen, Verstehen und Erklären einen Schritt voraus zu sein und gegebenenfalls auch zu steuern, zu dosieren, zu unterbrechen und zu beruhigen. Die beiden Trauma-Experten Sabine Haupt-Scherer und ihr Mann Uwe Scherer fassen dieses Paradoxon in dem Bild, dass der Seelsorger/die Seelsorgerin dem Gegenüber „einen Schritt voran folgen“ muss.

In der seelsorglichen Begleitung traumatisierter Menschen ist es wichtig, die eigenen Erkenntnisfortschritte und Erfahrungen zu reflektieren, um auch zu konzeptionellen Überlegungen zu kommen, wie eine traumazentrierte Seelsorge aussehen könnte. Die pastoralpsychologische und die theologische Forschungsarbeit steht hier noch am Anfang. Die in den letzten zehn Jahren im Bereich der Traumaforschung gewonnenen Erkenntnisse haben auf alle Fälle auch Auswirkungen auf das Verständnis der seelischen Belastungen, denen traumatisierte Menschen gegenüberstehen, und somit auch auf die seelsorglichen Interventionsformen. SeelsorgerInnen und BeraterInnen, die mit traumatisierten Menschen arbeiten erleben beispielsweise, dass es wichtig ist, sich stärker am Verhalten und weniger an den Emotionen zu orientieren und dass ihre Arbeit stärker rational und psychoedukativ¹³ ist.

Zwischen Struktur und Schweben:
Traumazentrierte Seelsorge und ihre performative Dimension

Die Dynamik des Traumas gestaltet sich desorientierend und desintegrierend¹⁴. Traumatisierte Menschen sind als Menschen zu sehen, die mit ihrer Stärke etwas überlebt haben, von dem wir nicht wissen, ob wir es überleben könnten. Zum Problem wird für diese Menschen in erster Linie, dass ihre dissoziativen Verhaltens- und Empfindungsmuster nicht zum nicht-traumatischen Alltag passen. Mit dem schottischen Ethnologen Victor Turner könnte man sagen, sie sind „betwixt and between“, „Schwellenwesen“ – „weder das eine noch das andere“, „weder hier noch da“. Es geht um eine durch und durch ambivalente Situation. Schwellenwesen befinden sich zwischen allen Stühlen, sie sind gewissermaßen in einem „schwebenden Prozess“. Das, was gesellschaftlich gilt, ist außer Kraft gesetzt und in das Gegenteil verkehrt. In einer Situation, in der ein Bruch mit der Ordnung vorliegt oder wenn Transformation und Veränderung anstehen, benötigt der Mensch – so Turner – Rituale. Sie stellen einen Übergang dar, der die Menschen verändert, und sind dabei „transformativ“ und nicht „konfirmativ“.

Victor Turner hat unter Bezugnahme auf die Ritual-Analyse Arnold van Genneps¹⁵ gezeigt, dass ein Ritual durch das Schweben eine befreiende Wirkung hat¹⁶. Turner transformiert die Ritualtheorie van Genneps, indem er sie nicht nur auf Individuen, sondern auf unterschiedliche Gemeinschafts- und Gesellschaftsformen bezog. Er nannte die mittlere Phase eines Rituals „liminale Phase“¹⁷. Damit schuf Turner eine Vorstellung von Grenze, die diese nicht nur als abgrenzende Linie, sondern als ausgegrenzten, umfriedeten Raum versteht, in welchem Übergänge vollzogen und begangen werden können. In der evangelischen Praktischen Theologie wird der Gedanke der Liminalität aufgenommen und als performative Dimension in der Seelsorgelehre rezipiert.

Das Schweben in der Übergangsphase beschreibt Turner als äußerst ambivalent. Es befreit die Menschen, in dem es die sozialen Strukturen relativiert und transzendiert zugleich. Wichtig ist jedoch, dass solche Ambivalenzen zur Darstellung kommen. Sonst handelt es sich – laut Turner – um Zeremonien, welche nicht transformativ, sondern konfirmatorisch wirken. Zwar brauchen Menschen auch Zeremonien, diese aber setzen Menschen nicht mehr in Bewegung, sondern bestätigen in erster Linie den Status quo.

Das „Schweben“ taucht später auch bei Sigmund Freud auf. Er spricht von der „gleichschwebenden Aufmerksamkeit“. Das, was Freud für den Analytiker als Aufgabe beschreibt, nämlich das Urteil über einer Erkrankung vorläufig in Schwebe zu halten und alles zu Beobachtende mit gleicher Aufmerksamkeit wahrzunehmen, ist auch maßgeblich für die Seelsorge. Allem, was man zu hören bekommt, was auftaucht und wahrgenommen wird, wird die gleiche Aufmerksamkeit geschenkt. Es sollte – so die Terminologie Freuds – keine Auswahl aufgrund von „Neigungen oder Erwartungen“ getroffen werden.

Für die Seelsorge heißt das, dass sie in hohem Maß präsent und absent zugleich ist – oder anders ausgedrückt: Sie ist nicht neutral, aber abstinente; in der Begegnung schafft sie Struktur und lässt zugleich das Schweben zu. Bei einer solchen seelsorglichen Präsenz geht es um ein Mitgehen, bei dem sich der Seelsorger bzw. die Seelsorgerin darauf einlässt, was präsentiert und geboten wird. Zugleich hält er/sie sich zurück, bzw. nimmt sich zurück, was die eigenen Erwartungen und Neigungen anlangt. Nur so kann sich nach Freud Neues herauskristallisieren.

Der praktische Theologe Michael Meyer-Blanck hat diese Form der Präsenz in der Seelsorge beschrieben als „die durch das Bewußtsein des Inszenatorischen gebrochene Authentizität“¹⁸: Ich bin einerseits als Person, andererseits als Seelsorger/in und somit Beauftragte/r dem Gegenüber zugewandt. Dadurch kann ich Selbstdistanzierung und Selbstakzeptanz ermöglichen und eine neue Realität im Glauben eröffnen helfen.

Was Seelsorge und Theologie vom Trauma lernen können – fünf Thesen

1. *Traumatisierte sind Zeugen und Zeuginnen menschlicher Vulnerabilität und weisen auf die nicht zu relativierende Bedeutung von Ressourcen hin.* – Die mit einer Traumatisierung einhergehenden Störungen sind immer in ihrer multifaktoriellen Genese zu berücksichtigen. Auch der spezifische Biografieverlauf, ob jemand ein liebevoll unterstützendes Umfeld und genug materielle Sicherheit hat, ob es jemanden gibt, der oder die aufmerksam ist und sich dem Leid nicht verschließt, trägt wesentlich dazu bei, ob eine traumatische Erfahrung bewältigbar ist oder nicht. Alltagsseelsorgliches Handeln ist hier ebenso gefragt wie professionelle seelsorglich-therapeutische Intervention. Die Zeugenschaft der Opfer aber konfrontiert Theologie und Seelsorge mit ihren eigenen Wunden und Verletzbarkeiten.

2. *Traumatisierungen bringen in einem doppelten Sinn das Fragment ans Licht: das Leben im Fragment und die Fragmentierung Gottes.* – In einer traumatischen Situation bräuchten Menschen Schutz, der über Bindungspersonen vermittelt wird. Fehlt dieser Schutz, kommt es durch die Traumatisierung zu einer Irritation in den Bindungsbeziehungen, oft auch zu einer Irritation in der Gottesbeziehung, da auch die Gedanken, die man in der traumatischen Situation zu sich selbst, der Welt und Gott gehabt hat, fragmentiert gespeichert werden. Diese Gedanken verlieren den Kontakt zur Situation und werden damit generalisiert. Theologie und Seelsorge sind gefordert, die Archive der Tradition so aufzubrechen, dass die ihnen innewohnenden Symbole von Segen, Schutz und Heil den Bildern des Grauens etwas entgegenzuhalten vermögen.

3. *Traumatische Erfahrungen konfrontieren Seelsorge und damit auch die Theologie mit Schuld.* – Fast alle Trauma-Opfer erleben Schuldgefühle oder geben sich

zumindest eine Teilschuld am Geschehen. Gedeutet werden solche Schuldgefühle häufig als ein Versuch, den Subjektstatus als handelnde Person aufrecht zu erhalten. Schuld erleben lässt uns empfinden, dass wir selbst nicht zur Gänze ausgeliefert sind, sondern dass wir unser Schicksal noch selbst gestalten können. Die seelsorgliche Begleitung traumatisierter Menschen muss sich zum Ziel setzen, bei Schuldgefühlen Entlastung zu bewirken. Zugleich hat sie die Realität von Schuld anzuerkennen und Beziehungsformen zu entwickeln, die der Schuldbewältigung dienlich sind. Schließlich geht es auch um das Eingeständnis, dass es im Bereich der Seelsorge selbst zu Trauma, Gewalt und Zerstörung kommen kann. Jene Opfer, die ihr Schweigen gebrochen haben und brechen, konfrontieren die Kirche mit ihrer Unzulänglichkeit, sich den Schmerzen der Aufklärung zu stellen, Korrekturen an den eigenen Strukturen vorzunehmen und entsprechende Präventionsmaßnahmen zu setzen¹⁹.

4. *Traumata erweitern und vertiefen die Verantwortung von Seelsorgerinnen und Seelsorgern sich selbst als wichtigstes Werkzeug im Blick zu behalten.* – Traumaarbeit fordert dazu heraus, sich mit dem eigenen seelischen Leid und mit möglicherweise traumatisierten Anteilen auseinanderzusetzen und vertraut zu machen. Dazu gehört, die eigene Traumalandschaft gut zu kennen und achtsam in Bezug auf sekundäre Traumatisierungen zu sein. Das Leid, das einem selber widerfahren ist, benötigt vorrangig Verständnis und weitestgehende Integration in das eigene Lebenskonzept.

5. *Das Trauma erinnert Seelsorge und Theologie an ihr Ambivalenz-Potenzial.* – Traumaereignisse sind Mahnmale für die Tatsache, dass alles menschliche Leben konflikthaft strukturiert ist und deswegen immer und überall mit Ambivalenzen zu rechnen ist. Traumatisierte Menschen stoßen uns auf das zutiefst mit unserer Existenz verwobene Thema der Abhängigkeit, auf unsere Angst vor Trennung und auf die Gewissheit unserer Endlichkeit. Sie verdeutlichen, dass es keinen Glauben ohne Zweifel, keine Sicherheit ohne Unsicherheit, keine Offenbarung ohne Verborgenheit, keine Gnade ohne Gericht, keine Liebe ohne Zorn gibt²⁰. Sie vermitteln – um es mit Albert Camus zu sagen –, dass sich selbst mitten im tiefsten Winter feststellen lässt, dass ein unbesiegbarer Sommer in uns allen wohnt²¹, und bezeugen, dass das geknickte Rohr nicht zerbricht und der glimmende Docht nicht erlischt (Jes. 42,3).

ANMERKUNGEN

¹ Vgl. William Watkins / Tom Brown, Der Fährtenucher. Der authentische Bericht der letzten Spurenleser im heutigen Amerika, Bern o. J., 9.

² Vgl. Luise Reddemann / Cornelia Dehner-Rau, Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen. O. O. 2004, 18.

³ Vgl. Luise Reddemann, Trauma. Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen. Ein Übungsbuch für Körper und Seele. Stuttgart 2007, 13.

⁴ Vgl. Heike Gattnar, *Der Körper kennt den Weg. Workshop zur Einführung in Somatic Experiencing (SE)*, in: *Wege zum Menschen* 62 (2010) 122–126, 122.

⁵ Vgl. dazu und zum Folgenden auch Sabine Haupt-Scherer / Uwe Scherer, *Einen Schritt voran folgen. Psychotraumatologische Grundlagen und konzeptionelle Überlegungen zu einer traumazentrierten Seelsorge*, in: *Wege zum Menschen* 63 (2011) 561–571, 563–567.

⁶ Vgl. Michaela Huber, *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil 1*. Paderborn 2003, 38–51; Lutz Ulrich Besser, *Psychotraumatata, Gehirn und Suchtentwicklung*, in: Christoph Möller (Hg.), *Drogenmissbrauch im Jugendalter. Ursachen und Auswirkungen*. Göttingen 2005, 122–165, 136–143.

⁷ Vgl. Haupt-Scherer / Scherer (Anm. 5) 565–567; vgl. zum Thema der Dissoziation auch <www.info-netz-dissoziation.de/> (abgerufen am 24. 4. 2013).

⁸ Haupt-Scherer / Scherer (Anm. 5) 566. – Ein gut verständliches Bild für diese Phänomene ist jenes des zerbrochenen Spiegels. Wenn ein Spiegel einen Schlag erhält und zerbricht, entsteht ein Spiegelbild im Fragment. Es gibt zersprungene, fehlende oder auch verschobene Teile. Das Bild als Ganzes kann nicht mehr erkannt werden.

⁹ PTBS (englisch: Posttraumatic Stress Disorder: PTSD).

¹⁰ Gemeint sind hier Hilfeleistungen, die den natürlichen Erholungsprozess fördern. Dazu gehören v. a. die Wiederherstellung von Sicherheit, eine Anerkennung der Traumaauswirkungen, oder auch, dass es formelle oder informelle Unterstützung gibt, wobei die Entscheidung, ob und wann Hilfe genutzt wird, beim Opfer liegt; vgl. dazu Tanja Michael / Marta Lajtmann / Jürgen Margraf, *Frühzeitige psychologische Interventionen nach Traumatisierung*, in: *Deutsches Ärzteblatt* 102/33 (2005), A 2240–A 2243, A 2243.

¹¹ Vgl. Robert Bögle, *Erste Hilfe bei Lebenskrisen*, in: *KatBl* 134 (2009) 14–18, 17.

¹² Vgl. zum Folgenden Haupt-Scherer / Scherer (Anm. 5) 568 ff.

¹³ Unter „Psychoedukation“ versteht man die Schulung von Menschen, die an psychischen Störungen leiden.

¹⁴ Vgl. zum Folgenden auch Haupt-Scherer / Scherer (Anm. 5) 567–571.

¹⁵ Der französische Ethnologe Arnold van Gennep (1873–1957) wurde vor allem durch seine Arbeit über die sogenannten „Übergangsriten“ bekannt. 1909 erschien sein ethnologisches Buch „*Les rites de passage*“.

¹⁶ Vgl. zum Folgenden v. a. den Beitrag von Harald Schroeter-Wittke, *Schwebende Verfahren. Zur performativen Dimension der Seelsorge*, in: *Wege zum Menschen* 64 (2012) 327–342, 328–333.

¹⁷ „Liminal“ ist ein Kunstwort, das das lateinische „limen“, die Schwelle oder Grenze, beinhaltet.

¹⁸ Er bezieht sich dabei auf die Schauspieltheorie des russischen Schauspielers und Regisseurs Konstantin Stanislawski.

¹⁹ Vgl. Klaus Mertes, *Kirche und Trauma*, in: *Stimmen der Zeit* 231 (2013) 327–338.

²⁰ Vgl. Michael Klessmann, *Kränkung – Zorn – und die Pastoralpsychologie. Oder: Zur Standortbestimmung der Pastoralpsychologie in Deutschland*, in: *DGfP-Info* 2009: *Pastoralpsychologie in Bewegung. Zum Stand der Seelsorgebewegung in Deutschland*, 47–61, 59 f.

²¹ Vgl. Albert Camus, *Heimkehr nach Tipasa. Mittelmeer-Essays*. Zürich 1957, 92.