

Jahres- und Generalversammlung 2016

Handout zum Vortrag: Trauma-sensible Seelsorge im Gefängnis

Merkmale einer Traumatisierung bzw. einer posttraumatischen Belastungsreaktion

Von einem Trauma spricht man, wenn das Ereignis außerhalb normaler menschlicher Erfahrung liegt, für nahezu jeden außerordentlich erschütternd und belastend ist und Gefühle der Hilflosigkeit sowie intensive Furcht und Entsetzen hervorruft. Es geht hierbei um Situationen, in denen die Person ernsthaft ihr Leben oder die körperliche Integrität bedroht sieht, aber auch solche, in denen sie Zeuge wird, wie eine nahe stehende Person bedroht, verletzt oder getötet wird.

Folgende Typen von Traumatisierungen hat man unterschieden:

- Akzidentelle Traumen sind Naturkatastrophen, schwere Erkrankungen und Unfälle, die von Menschen verursacht, aber nicht beabsichtigt wurden.
- Personale Traumen sind sexuelle Übergriffe, körperliche Gewalteinwirkung, ziviles Gewalterleben (z.B. Banküberfall)

Zu Klassifikation von Traumatisierungen kommen seit einigen Jahren noch die Bindungs- und Beziehungstraumata hinzu. Darunter werden Formen psychischer Gewaltausübung von Erwachsenen gegenüber Kindern und Jugendlichen verstanden.

Aus der Bindungstheorie wissen wir, dass das Fehlen der sicheren Bindungsbasis als das früheste und wahrscheinlich schädlichste psychische Trauma zu werten ist. Das Zeitfenster für das Entwicklung des frühkindlichen Bindungs- und Beziehungsverhaltens ist relativ eng: das Entscheidende passiert in den ersten 12 Lebensmonaten, der Rest in den nächsten zwei Jahren. Je früher das Bindungstrauma stattfindet, umso gravierender sind die Schädigungen. Sie wirken negativ auf die Fähigkeit, zu vertrauen und gesunde Beziehungen aufzubauen, aber auch mit Stress fertig zu werden und Übererregung zu modulieren. Häufig haben Menschen mit schweren Persönlichkeitsstörungen frühkindliche Bindungstraumata in dysfunktionalen Familien erlebt.

Eine weitere Einteilung wird bezüglich der Dauer des Traumas vorgenommen:

- Typ-I-Trauma ist die plötzlich einsetzende, einmalige Traumatisierung.
- Typ-II-Traumata sind alle länger und wiederholt stattfindenden Traumatisierungen.

Grundsätzlich gilt, dass von Menschen verursachte Verletzungen („man made disaster“) als schwerwiegender erachtet werden, weil sie das Vertrauen in menschliche Beziehungen und in ein gütiges Schicksal fundamental erschüttern oder sogar zerstören.

Es gibt drei Hauptsymptomgruppen der **Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)**:

- 1) Wiedererleben (Intrusionen)
- 2) Vermeidung (Konstriktion)
- 3) Übererregung (Hyperarousal)

zu 1) Das traumatische Ereignis wird ständig wieder durchlebt, entweder durch sich aufdrängende Erinnerungen oder in Träumen. Bestimmte Sinneseindrücke wie Bilder, Stimmen, Gerüche, Geräusche, die mit dem traumatischen Ereignis in Verbindung stehen, wirken als Trigger (Reizauslöser) und können die gleichen Gefühle auslösen wie die Traumasituation. In sog. „Flashbacks“ (Rückblenden) fühlen sich die Betroffenen in die belastende Situation zurückversetzt. Durch Ereignisse, die an das Geschehnis erinnern, entsteht intensiver psychischer Stress.

Zu 2) Es wird alles vermieden, was in irgendeiner Form an das Ereignis erinnert: Gedanken und Gefühle, die mit dem Trauma verbunden sind, der Kontakt mit Personen, die an das Trauma erinnern. Wichtige Aspekte des Traumas werden ausgeblendet und können nicht erinnert werden. Betroffene haben kaum Interesse an Aktivitäten und ziehen sich zurück von „gesunden“ Menschen. Viele sind unfähig, Gefühle zu zeigen, stumpfen innerlich ab und sehen alles negativ.

Zu 3) Die Betroffenen sind immer wieder erregt und schreckhaft, was häufig zu ernstesten Konflikten mit der Umgebung führt. Viele legen eine erhöhte Aufmerksamkeit und Wachsamkeit an den Tag. Es bestehen häufig Einschlaf- und Durchschlafstörungen, die Betroffenen sind überwach, obwohl gleichzeitig müde und erschöpft. Sie sind leicht irritierbar, neigen zu Wutausbrüchen, Gewalt oder übertriebene Schreckreaktionen.

Über diese drei Hauptkriterien hinaus gibt es noch weitere Symptome, die auf eine posttraumatische Belastungsreaktion schließen lassen:

- Angstzustände und Panikattacken
- Depressionen
- Schuld- und Schamgefühle
- Suizidgedanken
- Selbstverletzungstendenzen
- Substanzmittelmissbrauch
- Gefühlstaubheit, Einsamkeit, Entfremdung, Kontaktunwilligkeit
- Beeinträchtigung der Wahrnehmung der Umwelt, des eigenen Körpers, eigener Gefühle
- Konzentrations- und Leistungsstörungen
- Essstörungen
- diverse psychosomatische Symptome
- Dissoziation:
Die Spaltung von Ich-Zuständen oder Persönlichkeitsanteilen tritt häufig während des Traumas in Form von Abschaltphänomenen und Wahrnehmungsveränderungen statt. Posttraumatisch sind klinische dissoziative Phänomene bis hin zur multiplen Persönlichkeitsstörung möglich.

Eine oder mehrere dieser Traumareaktionen können sofort nach dem traumatischen Stress auftauchen oder sie zeigen sich Monate bis Jahre später (z.B. an Jahrestagen oder wenn jemand in der Umgebung ein ähnliches Alter erreicht wie der Betroffene damals in der Traumasituation).

Warum erkranken manche Menschen an einer PTBS, andere nicht?

Es gibt bestimmte Risikofaktoren, durch die die Wahrscheinlichkeit, nach einem Trauma eine PTBS zu entwickeln wird, erhöhen.

- Risikofaktoren vor dem Trauma:
 - > geringe soziale Unterstützung
 - > „Schicksalsschläge“
 - > Armut der Eltern
 - > vorherige Misshandlung in der Kindheit
 - > dysfunktionale Familienstrukturen
 - > psychischer Störungen in der Familiengeschichte
 - > Introversion oder extrem gehemmtes Verhalten
 - > schlechte körperliche Gesundheit
 - > vorherige psychische Störung
- Risikofaktoren nach dem Trauma:
 - > mangelnde soziale Unterstützung
 - > fortgesetzte negative Lebensereignisse
 - > mangelnde Anerkennung des Traumas
 - > sekundäre Stressfaktoren wie Schulwechsel, Umzug, Zerstörung des Zuhauses, wiederholte Bedrohungen, Angst vor dem Täter und finanzielle Probleme

Längst nicht jeder, der ein Trauma erlebt, entwickelt eine Traumafolgeerkrankung. Es gibt Schutzfaktoren, die bei der Bewältigung eines traumatischen Erlebnisses helfen. Dies sind eine sichere Bildung als Kind, ein stabiles soziales Umfeld und das Vorhandensein von Ressourcen. Zumindest die ersten beiden Faktoren haben viele unserer Straftäter nicht oder nur in geringen Maße. Sie zählen daher zu den trauma-anfälligen Gruppen.

Manche haben schlechte Ausgangsbedingungen und schaffen es dennoch, mit schlimmen Erlebnissen fertig zu werden und sie so zu verarbeiten, dass sie einem gelingenden Leben nicht im Weg stehen. Sie verfügen dann offensichtlich über eine psychische Stärke oder Widerstandskraft trotz ungünstiger Lebensumstände. Man nennt dies mit einem Begriff aus der Materialkunde auch Resilienz, die Eigenschaft zu „biegen statt zu brechen“. Diese angeborene oder auch erlernte Resilienz kann durch unsere Arbeit im Gefängnis sehr unterstützt werden.

Unterstützende Maßnahmen in der Gefängnisseelsorge

Die Arbeit mit Traumatisierten erfolgt in drei Phasen:

- 1. Stabilisierung und Impulsregulation:** Wiedererlangung der Selbstkontrolle, Ressourcenfindung und Erlernen von Techniken zum Stopp von Dissoziation.
- 2. Bearbeitung und Traumakonfrontation:** die Traumakonfrontation ist nicht immer notwendig, manchmal genügt eine ausreichende Stabilisierung. Aber: Traumakonfrontation ist nur bei äußerer und innerer Stabilität möglich! Die aufdeckende Traumabearbeitung ist den hierfür ausgebildeten Fachpersonen wie TraumatherapeutInnen vorbehalten und bedarf speziell erlernter Verfahren.
- 3. Integration und Neuorientierung:** Wiederherstellung der Beziehung zu anderen und Reintegration des Traumas (Trauer und Annahme des Schicksals).

Personen, die nicht in Psychotraumatologie ausgebildet sind, wird generell davon abgeraten, mit Traumatisierten zu arbeiten. Im Rahmen der JVA-Seelsorge kommen wir jedoch gar nicht umhin, uns auch mit Gefangenen zu beschäftigen, die Trauma-Erfahrungen mitbringen oder an einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden. Besonders gefragt sind Gefängnisseelsorgende in der Stabilisierungsphase, die gleichzeitig die wichtigste der drei Phasen darstellt.

Was jede/r auch ohne spezielle Trauma-Ausbildung tun kann:

- Als ersten und wichtigsten Schritt: Da sein und Zuhören!
- Eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre sowie einen geschützten Gesprächsrahmen schaffen und damit Sicherheit vermitteln.
- Anerkennung und Würdigung des Leids und der Probleme des Klienten.
- Dem Klienten die Kontrolle lassen, d.h. er bestimmt, worüber und wieviel geredet wird.
- Gespräche ressourcenorientiert führen: Interessen, Stärken, Fähigkeiten, hilfreiche Beziehungen aufspüren und verstärken.
- Bewusst machen, was dennoch gut war und trotzdem gelingt (es ist nie alles schlecht!).
- Würdigen, was geholfen hat, „es“ zu überstehen; auch wenn die Bewältigungsstrategien viele Probleme bereitet haben, so hatten sie dennoch eine wichtige Funktion.

Mit einigen Vorkenntnissen gut einsetzbar:

- Psychoedukation: Es wird erklärt, was beim Trauma im Gehirn passiert und dass die Gefühle und Verhaltensweisen eine normale und sinnvolle Folgereaktion auf das abnorme Erlebnis sind. Vielen traumatisierten Gefangenen hilft der Hinweis, dass ihre scheinbar unkontrolliert aggressiven Ausbrüche oder extrem depressiven Phasen ein Teil der Belastungsreaktion auf das Trauma sein können. Die Psychoedukation dient den Betroffenen dazu, ihre Symptome als Selbstheilungsversuch und normale Reaktion des Körpers auf Extremstress zu erkennen.
- Reizauslöser (Trigger) erkennen und mit dem Betroffenen besprechen. Die Kenntnis der persönlichen Trigger und Möglichkeiten des Umgangs damit schafft Sicherheit und macht handlungsfähiger. Das Regulieren und Kontrollieren soll in kleinen Schritten geübt werden.
- Übungen einführen, die einen positiven Blick schulen (z.B. Freude-Tagebuch).
- Mit Symbolen und Bildern zum Verankern von guten Erfahrungen und Visionen arbeiten (z.B. Glas-Nuggets oder kleine Glückskäfer ausgeben; Bilderkartei anlegen).
- Imaginationsübungen (z.B. Innerer Garten, Sicherer Ort, Innere Helfer u.a., siehe bei M. Huber und L. Reddemann) Diese Stabilisierungstechnik ist eine angeleitete Phantasiereise, die viele Betroffene als sehr wohltuend erleben. Es werden grundsätzlich nur Orte und Gemütszustände imaginiert, die absolute Sicherheit und Geborgenheit vermitteln. Hierbei werden die gleichen neuronalen Netzwerke aktiviert wie bei konkretem Handeln. Der Klient kann durch eigenständiges Üben (Selbstwirksamkeit!) sein Gehirn trainieren und dazu beitragen, dass neuronale Netzwerke neu gebahnt werden.
- Distanzierungsübungen wie Tresor-Übung und Bildschirmtechnik (Screentechnik). Hierbei wird das Trauma oder die Triggersituation auf einem imaginären Bildschirm vorgestellt. Mit einer Fernbedienung kann der alte Film verändert, d.h. Bilder verkleinert, unscharf gestellt, vorgespult und gestoppt werden. Wichtig sind die sichere Distanz und die Kontrolle. - Die Screentechnik kann in umgekehrter Weise (bunter, lauter, größer ...) auch zum Ressourcenausbau verwendet werden.

- Techniken zum Dissoziationsstop (Ziel: im Jetzt und Hier bleiben!): Igelball, Riechfläschen, Coolpack, kognitive Aufgaben wie z.B. Beschreibung der Umgebung, stellen.
- Atemtechnik und Achtsamkeitsübungen.
- Entspannungsverfahren (z.B. progressive Muskelrelaxion).

Glaube und Spiritualität als Ressource

Glaube und Spiritualität gehören für viele traumatisierte Menschen zu ihren heilsamsten und kraftvollsten Ressourcen. Daher sollte die Suche nach Ressourcen immer auch die Frage nach religiösen Wurzeln und ihrer Bedeutung für die Betroffenen stellen. Dennoch haben traumatisierte Menschen häufig die Hoffnung auf Besserung und auch den Glauben an eine gute Fügung verloren. Manche sind in ihrer spirituellen Haltung und ihren religiösen Vorstellungen zutiefst erschüttert oder haben ihre Gottesbeziehung ganz abgebrochen. Dann kann es die Aufgabe des Seelsorgers/ der Seelsorgerin sein, stellvertretend für die Klienten Hoffnung zu übernehmen. Mit religiösen Angeboten müssen wir sehr vorsichtig sein, sie dürfen die Betroffenen nicht überfordern. Vielleicht können wir hier am ehesten mit der Vorstellung vom mit-gehenden und mit-leidenden Gott einen Zugang eröffnen und vorrangig Trost spenden.

Die Frage nach dem Wesentlichen, nach dem Sinn des Lebens, stellt sich für Menschen mit traumatischen Erfahrungen besonders da, wo es für sie „um Leben und Tod“ gegangen ist. Wenn sie uns darum bitten, können wir mit ihnen gemeinsam nach hilfreichen Ansätzen suchen. Letztlich sollten wir aber bescheiden und gelassen bezüglich unserer eigenen Wirksamkeit bleiben. Auch wir als Gesunde und Professionelle sind eingebettet in etwas Größeres, in eine Dimension außerhalb unseres Willens und Vermögens - ein durchaus entlastendes Moment in der Arbeit mit traumatisierten Menschen. „Lassen-Können“ ist manchmal die entscheidende Haltung.

Mögliche Fallen und Schwierigkeiten

Der Ton im Gefängnisalltag ist rau und wenig rücksichtsvoll - leider auch im Umgang mit traumatisierten Menschen. Trigger lauern überall und werden zum Teil auch bewusst eingesetzt. Das Gefühl der Sicherheit, das wir im geschützten Raum der Seelsorge entstehen lassen, wird oft schlagartig zunichte gemacht, sobald der Gefangene unser Büro verlassen hat. Es kann daher sinnvoll sein, die betroffenen Inhaftierten darauf vorzubereiten, dass sie nach dem Gespräch wieder ihre Schutzmechanismen hochfahren.

Traumatasensible Seelsorge geht nicht immer mit den therapeutischen Zielen und Methoden des Behandlungsteams konform. Mitunter müssen wir Seelsorgende uns schützend vor unsere Klienten stellen und im System Gefängnis für mehr Verständnis und hilfreiche Maßnahmen sorgen. Diese Interventionen können uns natürlich an die Grenzen unserer Schweigeverpflichtung bringen und müssen jeweils sorgfältig mit dem Klienten abgestimmt, am besten auch in der Supervision durchgesprochen werden.

Wir Seelsorgende sollten da sein und zuhören, wenn der Gefangene über das Erlebte reden will, aber niemals von uns aus nach Einzelheiten des Traumas fragen.

Gefahr der Selbstüberforderung! Es ist wichtig, die eigene Belastbarkeit einzuschätzen und die eigenen Grenzen zu schützen. Ich kann mit traumatisierten Menschen nur sprechen, wenn ich selbst stabil und gefestigt bin. Andernfalls lieber einmal ein Gespräch absagen.

Gefahr der Überidentifikation! Seelsorgerinnen und Seelsorger müssen im Kontakt mit traumatisierten Gefangenen besonders gut auf sich aufpassen. Immer wieder vor Augen halten: bei aller Empathie für dieses Schicksal – es ist seins und nicht meins!!!

In die Schilderungen des Gegenübers nie zu tief einsteigen, d.h. sich nicht zu detailliert vorstellen, was wie passiert ist. Selbst auch Zoom und Filter zu benutzen. Gut beobachten, wann ich Gefahr laufen, die Gefühle des Gegenübers zu übernehmen und ggf. Stop sagen.

Gegenübertragungsreaktionen sind häufig in der Arbeit mit traumatisierten Klienten. Sie zu erkennen und reflektierenden Abstand zu bekommen, ist eine ständige Herausforderung.

Traumataschilderungen können infektiös wirken! Wer als Helfer nicht genügend Distanz hat und zu viel davon abbekommt, kann „sekundär“ traumatisiert werden. Daher sind gute Selbstfürsorge und Psychohygiene notwendig, Supervision ist unbedingt zu empfehlen.

Mit Misserfolgen, Rückschlägen und Beziehungsabbruch muss man rechnen. In der Arbeitsbeziehung mit traumatisierten Menschen können unbeabsichtigt jederzeit traumatische Affekte getriggert werden. Ausbleibenden Erfolge nicht als persönliches Versagen werten!

Hilfreiche Literatur zum Thema Trauma:

- Beckrath-Wilking, Ulrike u.a., Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumpädagogik. Paderborn 2012
- Herman, Judith (2003, 4. Auflage 2014): Die Narben der Gewalt. Paderborn: Jungfermann
- Huber, Michaela (2003a, 5. Auflage 2012): Trauma und die Folgen, Trauma und Traumabehandlung Teil 1. Paderborn: Jungfermann
- Huber, M. (2003b, 5. Auflage 2013) Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung Teil 2. Paderborn: Jungfermann
- Huber, M. (2005, 5. Auflage 2012): Der innere Garten. Ein achtsamer Weg zur persönlichen Veränderung. Paderborn: Jungfermann
- Ottomeyer, Klaus (2011): Die Behandlung der Opfer. Über unseren Umgang mit dem Trauma der Flüchtlinge und Verfolgten. Stuttgart: Klett-Cotta
- Reddemann, Luise (2001, 15. Auflage 2010): Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart: Klett-Cotta
- Reddemann, L. & Dehner-Rau, C. (2004) Trauma. Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen. Stuttgart: Trias

Pfarrerin Britta Geburek-Haag

Ludwigshafen, Februar 2016