

# Trauma – die verletzte Seele heilen

## Seelsorge, Beratung und Therapie für Menschen mit traumatischen Erfahrungen

### 1. Einstieg

### 2. Was ist ein Trauma

Zwei Definitionen von erfahrenen Traumatherapeuten:

„Traumata, d.h. traumatische Erlebnisse, sind Situationen, in denen Menschen von Ereignissen überrascht werden, die durch ihr plötzliches Auftreten und ihre Heftigkeit/Intensität an Bedrohung die Betroffenen in einen ungeschützten Angst-Schreck-Schock und damit in einen überflutenden „Stresszustand“ versetzen“.

(Lutz Besser, Trauma, Gewalt, Gehirn, Skript S. 41)

„Traumatische Erfahrungen übersteigen unsere Verarbeitungsfähigkeit bei Weitem. Man könnte sogar sagen, dass wir Menschen genau wie Säugetiere dafür nicht eingerichtet sind“.

(Luise Reddemann, Trauma, S. 12)

Wenn jemand ein Trauma erlebt, ist er verwundet. Seelisch, mitunter auch körperlich. In der Regel ist diese Erfahrung mit einem Schock verbunden.

Wodurch wird ein Trauma ausgelöst? Menschen, die ein Trauma erfahren haben, berichten von Geschehnissen, die sie wie eine Walze überrollt haben. Betroffene fühlen sich hoffnungslos überfordert. Sie können gegen das Ereignis nicht ankämpfen oder sich angemessen zur Wehr setzen, aber auch nicht mehr fliehen. Es gibt keinen rettenden Ausweg. Schlimmes geschieht – man ist nicht mehr in der Lage, den Umständen entsprechend reagieren zu können.

Dieser Zustand wird auch traumatische Zange genannt:

No Fight -man kann sich nicht wehren, No Flight – man kann nicht fliehen. Es bleiben Freeze – die Erstarrung und Fragment – ein inneres Zerschneiden.

Wer ein Trauma erlebt – hat Angst. Tiefe Angst. Todesangst. Die Seele tut weh. Alles wird von der Erfahrung der Ohnmacht überlagert. Wie lange dauert das noch? Wie lange kann ich das überhaupt ertragen? Ich kann nicht mehr. Bei Bedrohung reagiert der Körper mit Ausschüttung von Stresshormonen. Wir wollen uns einmal genauer anschauen, was im Gehirn eines traumatisierten Menschen geschieht:

### **3. Verarbeitungsprozesse im Gehirn**

#### **a) Erkenntnisse aus der Neurobiologie**

Erkenntnisse der Neurobiologie sind dazu hilfreich. Mit so genannten bildgebenden Verfahren kann man unterschiedliche Gehirnareale bei ihren Aktivitäten beobachten.

Informationen aller Art, die wir über unsere Sinnesorgane, wie Auge, Ohr, Nase, Haut wahrnehmen, gelangen durch den Thalamus in unser Gehirn. Über den Thalamus treffen diese Informationen auf die Amygdala. Von dort gelangen sie zum Hippocampus. Alle drei gehören zum limbischen System.

Amygdala und Hippocampus spielen eine wichtige Rolle bei der Verarbeitung von Emotionen und beim Gedächtnis.

Damit unsere KlientInnen diese komplexen Zusammenhänge gut verstehen, hat sich eine vereinfachte Darstellung bewährt, die wir Ihnen hier zeigen möchten: Bild Großhirnrinde, oben (aus „Handbuch Traumakompetenz“)

Der Denker steht für die Großhirnrinde. Er kann die Dinge mit mehr Abstand betrachten, seine Gefühle ebenso wahrnehmen wie seine Gedanken, kann reflektieren und sprechen. Das Häschen steht für die Amygdala. Das ist unsere innere Alarmanlage, auch hot-system genannt. Jeder eintreffende Reiz wird von ihr auf seine Gefährlichkeit für das Überleben des Organismus hin überprüft. Bei Gefahr werden sofort archaische Notfallsysteme in Gang gesetzt, von denen ich eben schon sprach. Die Alarmanlage hat Einfluss auf den Bewegungsapparat, Atmung, Herzschlag, Verdauung. Der Hippocampus ist die nächste Station. Im Gegensatz zur Amygdala hat der Hippocampus eine ordnende Wirkung. Er sortiert das Erlebte und Gefühlte zeitlich und räumlich ein wie ein Archivar oder Bibliothekar. Er entscheidet, wie mit dem Stimulus umzugehen ist und übt eine Kontrollfunktion aus. Ein cool-system. Über den Hippocampus geht der Weg der Impulse schließlich in die Großhirnrinde.

Eine gute Zusammenarbeit von Denker und Häschen, also von Großhirnrinde und Amygdala ist die Voraussetzung für unser optimales Funktionieren.

Was passiert nun bei einer Traumatisierung? Die jeweilige Funktion des „hot und des cool systems“ gerät aus den Fugen. Das hat verheerende Folgen für den Betroffenen. So führt eine Überforderung der Amygdala zum Verlust an natürliche eingeübte Angstreaktionen. Der bewährte Schutzmechanismus des Organismus ist gestört. Darüber hinaus wird der Betroffene emotional überflutet und versinkt in ungeordnete Gefühle.

Damit ist aber auch der Hippocampus überfordert. Er funktioniert nur noch

unzureichend. Ein zeitliches und örtliches Einordnen einer Erfahrung gelingt nicht oder kaum noch – bis zum Gedächtnisverlust!

Auf diese Weise findet etwas Eingang in den Menschen, was innerlich nicht begreifbar gemacht wurde. Wir nennen das „Traumafragmente“. Am besten stellen Sie sich einen zerbrochenen Spiegel vor. Die einzelnen „Splitter“ werden isoliert im Gehirn gespeichert. Sie können nicht mehr zugeordnet werden, entwickeln jedoch ein Eigenleben, das sich dem Bewusstsein entzieht.

Es existiert aber und wirkt weiter und weiter.

Die Großhirnrinde, auch Präfrontaler Kortex genannt, kann infolge der traumatischen Überbelastung der Amygdala und des Hippocampus nicht mehr kontrollierend eingreifen.

Innere Bilder und Gefühle können so ungesteuert die Regie im Organismus übernehmen. Daraus entsteht ein emotionaler Kontrollverlust, den der Betroffene als bedrohlich erlebt.

## **b) Dissoziation**

Wenn die normalen Coping- oder Verarbeitungsstrategien nicht mehr ausreichen, hat die Seele einen Ausweg gefunden, um dennoch weiterleben zu können: Sie spaltet das Erlebte ab und vergisst es.

Das ist zunächst einmal eine ganz fantastische Möglichkeit zum Überleben und daher ausgesprochen gesund. Manchmal hören wir von Menschen, die bei einem schweren Unfall mit scheinbar übermenschlicher Kraft aus dem Auto herausklettern und obwohl selbst schwerverletzt, andere Menschen retten und in Sicherheit bringen. Wenn sie das geschafft haben, brechen sie vielleicht hinterher zusammen und wissen nicht, wie sie das gemacht haben. Man nennt diese Fähigkeit dissoziieren (im Gegensatz zu assoziieren).

Hier noch einmal im Bild:

Das können wir auf dieser Darstellung gut erkennen: (unterer Bildteil)

In einer Notfallsituation ist rasches Reagieren gefragt. Wenn wir erst überlegen würden, ob wir vor einem heran schießenden Auto nach links oder rechts ausweichen sollten, wäre es schon zu spät. Zum Weglaufen, Schreien, Zuschlagen oder Kollabieren brauchen wir keine Großhirnrinde. Hier werden die oberen Hirnregionen weniger stark durchblutet und die unteren schalten sich ein (Häschen): Die Energien, die für Hilfeholen, Weglaufen oder Kämpfen nötig sind, werden gebraucht, Ballast abgeworfen (Blase und Darm entleeren sich u.U.), Schmerzen nicht so stark gefühlt. In Millisekunden sind wir hier oben, die Amygdala schlägt Alarm, Überleben ist angesagt. Je höher die Anspannung, desto weniger differenziert fallen die Reaktionsmöglichkeiten aus. Hier sieht man es nochmal: Das Alarmsystem bietet Flucht, Kampf oder Erstarrung an. Dabei ist

der Körper dissoziiert und zwar in Hochspannung. Keine normale Stressreaktion ist mehr möglich. Wenn Kampf oder Flucht nicht mehr gehen, kommt es zum Freeze- Zustand, der Lähmung (starr vor Schreck). Das Geschehen wird oft noch wahrgenommen, aber ein willentlicher Zugriff auf die Muskulatur ist nicht mehr möglich. Beim Totstellreflex (unten auf dem Bild) sind Herzfrequenz, Muskeltonus und Blutdruck schwach. (Beispiel Antilope) Das ist Dissoziation in Unterspannung. In beiden Zuständen ist man nicht mehr in seinem Ressourcenbereich (hier als grüner Bereich dargestellt)

Wenn das im Laufe der frühen Entwicklung wieder und wieder aktiviert wird, während der Körper die Gehirnstrukturen noch ausbildet, sind gravierende Schäden zu erwarten. Es handelt sich um wirklich toxischen Stress. Der Körper kann die Spannung nicht mehr ableiten und friert sie ein.

Wird die oder der Betroffene nun später mit Bildern, Gerüchen, Worten, Geräuschen etc. konfrontiert, die irgendeine Ähnlichkeit mit dem traumatischen Erleben in der Vergangenheit haben, dann wird das undefinierbare Etwas durch diese Reize gewissermaßen wachgerufen, in Aktion gesetzt. Diese Auslöser werden Trigger genannt. Sie führen zu s.g. Flashbacks, also Reaktionen, die mitunter den Betroffenen überraschen, nicht erklärbar sind und sich außerhalb seiner Kontrolle, seiner bewussten Steuerung abspielen. Im Schlaf oder in Ruhepausen tauchen dann immer wieder Fetzen des Erlebten auf, als Gefühl, als Bild oder Körpererinnerung. Die Einordnung in Zeit und Raum fehlt, ebenso wie die emotionale Zuordnung.

Beispiel: Eine Klientin von mir reagierte bis vor einiger Zeit panisch, wenn sie die Sirene eines Unfallwagens hörte. Sie hat als Kind mit drei Jahren als einzige den Unfall überlebt, bei dem die Großmutter, der Onkel und die kleine Cousine starben.

So überlebensnotwendig es ist, dass der Körper sich im Notfall durch Abschalten der Kontroll- und Wahrnehmungsfunktionen rettet, so unangenehm ist es später, wenn Betroffene den Überblick behalten und Zusammenhänge erkennen möchte. Es ist nun die Aufgabe des Hippocampus, die gespeicherten Erfahrungen immer wieder der Großhirnrinde vorzulegen, bis diese alles einsortiert hat.

Auch dazu wieder eine Darstellung:

(Zeitleiste: Hot Spots, Hier und Jetzt und Zukunft)

Was nicht eingeordnet ist, kann auch nicht vergangen sein. Ein Trigger (Hinweisreiz) wird nicht bewusst wahrgenommen. Es fühlt sich wieder genauso an, wie damals, als es geschehen ist und löst dieselben Notfallprogramme aus. In der Therapie beginnt die Klientin hier, zu verstehen, was damals geschah. Es werden Worte gefunden für das „Ungesagte“, Erklärungen gefunden, eine Zuordnung ermöglicht.

Heilung entsteht demnach über das Bewusstsein, über Sprache, also über den

Präfrontalen Kortex und dessen erneute Anbindung an Anteile wie Hippocampus und Amygdala.

Die zeitliche Einordnung, die Erfahrung, dass „es“ vorbei ist, (hier zu sehen in dem grünen Schrank) ist eine Hauptaufgabe in der Traumatherapie.

#### 4. Traumafolgestörungen

Ein Mensch, der ein schreckliches Ereignis zu verarbeiten hat und darauf reagiert, handelt damit „gesund“. Er wird in seinem normalen Leben durch dieses Ereignis verstört. Deshalb passt der Begriff Traumafolgestörungen gut. Ich nenne hier kurz die am häufigsten verwendeten Diagnosen: Je nach Schwere der Traumatisierung unterscheidet man die akute Belastungsstörung, die Posttraumatische Belastungsstörung, wenn sie chronifiziert ist, die komplexe posttraumatische Belastungsstörung oder die dissoziative Identitätsstörung.

Auf diese Störung möchte ich etwas genauer eingehen:

Bei der **Dissoziativen Identitätsstörung**, früher Multiple Persönlichkeitsstörung genannt. (ICD-10: F 44.0 – F44.8) hat sich aus dem zunächst sinnvollen Abspalten eine Störung entwickelt, bei der verschiedene Anteile der Persönlichkeit nebeneinander existieren. die mit Flashbacks, massiven Blackouts, lückenhaftem Zeiterleben, bis hin zu Amnesien einhergeht. Eine Form dieser Amnesie ist zum Beispiel die s.g. Fugue. Das ist das französische Wort für wegrennen, ausreißen. Eine Frau begibt sich zielgerichtet an einen anderen Ort, verhält sich äußerlich völlig normal, aber weiß nicht, was sie tut. Auslöser für so ein Verhalten ist immer eine aktuelle Belastung. Ein Beispiel: Eine Klientin fährt mit dem Auto 300 km in eine ihr völlig fremde Stadt. Plötzlich kommt sie zu sich und weiß nicht, wie sie dorthin gekommen ist. Der Hintergrund: Sie war mit ihren zwei Kindern nach der Trennung von ihrem gewalttätigen Mann in eine andere Stadt gezogen. Der Mann fand die neue Adresse raus und bedrohte sie massiv. Sie verbarrikadierte sich mit den Kindern im Haus. Schließlich erreichte sie eine Schutzanordnung, die ihm untersagte, sich Frau und Kindern zu nähern, aber die tiefsitzende Angst blieb. Sie hat zweimal so eine Fugue erlebt und anschließend psychotherapeutische Hilfe gesucht. Dabei öffnete sich eine Art Schleuse in die Vergangenheit und immer mehr Erinnerungen an ihre schwere traumatische Kindheit stellten sich ein. Ich arbeite seit vielen Jahren mit Klientinnen, die an einer s.g. Dis leiden. Sie sind wirkliche Überlebenskünstlerinnen. Und sie finden oft keinen angemessenen Therapieplatz. Viele Kollegen und Kolleginnen haben Berührungsängste. Dabei kann man sehr gut mit ihnen arbeiten, mit der entsprechenden Weiterbildung. Ich selbst tue es sehr gern, weil ihnen so viel Unrecht geschehen ist. Diese Klientinnen haben wirklich unsere ganze Aufmerksamkeit verdient. Sie brauchen ein gut funktionierendes Netzwerk von

Helfenden. Aber wie arbeitet man nun mit diesen Klientinnen?

Sobald die Überlebenden anfangen, sich zu erinnern, d.h. die s.g. „hellen“ Anteile wahrnehmen, dass es die „dunklen“ überhaupt gibt, beginnen jede Menge Schwierigkeiten. Die verschiedenen Persönlichkeitsanteile müssen sich kennenlernen, einander akzeptieren und zusammenarbeiten. Nur dann kann der Ausstieg gelingen. Oft wird der Überlebenden erst nach Jahren bewusst, was ihr passiert ist. Es geht um Trauerarbeit, Schuldfragen.

Dann gilt es in der Psychotherapie mit komplex traumatisierten Menschen, Schritt für Schritt Vereinbarungen zu treffen.

Wenn es noch aktiven Kontakt zu Tätern gibt, wird vereinbart, dass am Ausstieg aus dem Täterkontakt, d.h. aus den zerstörerischen Beziehungen gearbeitet werden muss. Dazu wird auf der inneren Bühne gearbeitet, d.h. alle verschiedenen Anteile, Stimmen, Gefühle werden dazu gehört. Oft gibt es erhebliche innere Kämpfe, Fluchtversuche, dann doch wieder Kontaktaufnahme, weil sie von destruktiven Menschen oder inneren Anteilen dazu genötigt wurde, erneuter Ausstiegsversuch, Klinikaufenthalte. Hier werden sichere Bindungen zu Helfenden enorm wichtig. Zugangswege zu sich versperren, Telefonnummer wechseln, Wohnung, Wohnort, sich verbergen vor den Tätern, Schutzräume, immer wieder Klinik, intervallmäßig, bei schwierigen Daten zum Beispiel. Die TherapeutIn macht sich nicht „zum Komplizen der schlechten Verhältnisse“, nicht zur ohnmächtigen Zeugin eines zerstörerischen Prozesses. Sie muss darauf bestehen, dass die KlientIn klar überprüfbare nächste Verhaltensschritte unternimmt, um sich aus der destruktiven Bindung zu entfernen. Je besser das gelingt, desto eher wird eine Bearbeitung der Belastungen und der Folgen der Gewalt möglich, einschließlich der notwendigen Trauerarbeit.

Traumabearbeitung und Integration, auf die wir noch eingehen werden, stehen am Ende des Prozesses, nicht am Anfang!

Es gibt s.g. DIS-Patientinnen, die trotz ihrer Störung zum Teil hoch funktional ihren Alltag bewältigen. Sie sind berufstätig, haben eine Familie oder leben allein. Ich kenne Ärztinnen, Krankenschwestern, Erzieherinnen, Büroangestellte mit einer DIS. Viele Patientinnen sind allerdings durch jahrelange Folter, sexuelle Gewalterfahrungen so gestört, dass sie nie wieder ein normales Leben führen werden.

Unsere Klientinnen stellen uns immer wieder vor besondere Herausforderungen. Sie haben so viel Schlimmes erlebt, was für uns unvorstellbar ist. Mit ihnen gemeinsam schauen wir in Abgründe tiefsten Leides. Vielleicht liegen mir diese Menschen deshalb besonders am Herzen. Aber wir machen auch gerade mit ihnen immer wieder besonders schöne Erfahrungen. Eine erzähle ich Ihnen:

*Im Laufe des Therapieprozesses werden irgendwann meistens spirituelle Fragen wichtig. Den Zeitpunkt bestimmen die Klientinnen.*

*In meinem Therapiezimmer habe ich ein kleines Exemplar der Dreifaltigkeitsikone von Andrej Rubljev stehen. Ich liebe diese Ikone, und sie begleitet mich schon lange. Eines Tages schaut Frau A., eine DIS-Patientin, die seit vielen Jahren wöchentlich kommt darauf und ruft: Gott ist ja auch VIELE! Sie ist Christin und eine Viele-Frau, wie es in Insiderkreisen heißt. Gott ist drei in eins – also auch VIELE! Sie glauben nicht, wie glücklich sie dieser Gedanke machte. Paulus sagt: „Den Juden ein Jude, den Griechen ein Grieche“, und Gott in seiner unendlichen Barmherzigkeit zeigt sich einer, die Viele ist als Viele!*

*Kurzer Energizer: **Aus -Schluss- Basta***

*Wenn Sie nun also jemandem begegnen, der traumatisiert ist, fragen Sie sich vielleicht, was kann man denn machen. Man kann doch nicht gleich mit einer Therapie beginnen und nicht alle hier sind Therapeuten. Michael, kannst du uns mal mit in die Praxis hineinnehmen, wie du das zum Beispiel in deiner Arbeit mit Geflüchteten erlebst?*

## **5. Stabilisierung**

### **a) Begegnung mit Khaled**

Im Rahmen einer Reihe von Beratungsgesprächen erzählte mir) der traumatisierte 18Jährige Khaled aus dem Irak von einer besonders notvollen, gefährlichen und entwürdigenden Situation seiner Flucht 2015 unterwegs auf der Balkanroute. Ich war betroffen und berührt gleichermaßen darüber, was ihm als Jugendlicher zugestoßen war und wie er die Situation dann doch sehr umsichtig bewältigt hatte. Spontan sagte Ich: „Wenn du mein Sohn sein würdest, ich wäre sehr stolz auf dich.“ Ich werde seine Reaktion nie mehr vergessen: Zuerst Schweigen, ungläubiges Staunen, dann ein Strahlen, ein Lachen und der Satz: „Das hat mir noch nie jemand gesagt, dass er stolz auf mich ist.“

Das ist die Voraussetzung: Wertschätzung! Wer traumatisierte Menschen, wie z.B. Flüchtlinge und Migranten auf dem Weg vom begleitet, hat es mit Menschen zu tun, die eine enorme Lebensleistung hinter sich gebracht haben. Aber sie haben oft den Kontakt zu ihrem Selbstwertgefühl verloren und bei Flüchtlingen und Migranten, insbesondere in den ersten Monaten ihrer Zeit in Deutschland in einer Aufnahmeeinrichtung, einer Gemeinschaftsunterkunft oder in Begegnungen mit Menschen in unserer Gesellschaft ist ihnen vermittelt

worden, dass sie unerwünscht sind, übersehen und ausgegrenzt werden. Dabei haben sie allen Grund geachtet und beachtet zu werden. Aber nicht nur Flüchtlinge, sondern auch Menschen in unserer Gesellschaft, die durch Missbrauch, Gewalterfahrungen, Unfällen, Schicksalsschläge, Vernachlässigungen, Scheitern, geistlichen Missbrauch sexuellen traumatisiert wurden, berichten davon, wie einsam, unverstanden und verlassen sie sich in ihrer Traumaerfahrung befinden.

## **b) Im Mittelpunkt stehen „basic needs“**

Es gibt viel zu bedenken, um Menschen aus Krisensituationen nach einer Traumaerfahrung auf zu fangen, wie z.B. bei traumatisierten Flüchtlingen nach der Ankunft im Exil, psychisch reaktive Leiden zu lindern und Chronifizierungen psychischer Leiden zu reduzieren. Dazu bedarf es der Möglichkeit des Zugangs zu adäquater Versorgung auf den verschiedenen Ebenen: sozial, medizinisch, juristisch, psychologisch.

Zunächst hat Vorrang, eine angemessene materielle und soziale Grundversorgung herzustellen und eine Abdeckung der „basic needs“ vorzunehmen. Es ist die Grundvoraussetzung, dass medizinische Behandlungen, seelsorgerliche Begleitungen und psychotherapeutische Maßnahmen überhaupt greifen können.

Dazu zählt vor allem, dass Menschen nach einer Traumaerfahrung um einen sicheren Ort in ihrem Leben wissen. Keine Traumatherapie ohne einen sicheren Ort.

Ich beobachte z.B. in den Einrichtungen für Flüchtlinge, die ich in Hannover betreue, einen wachsenden Wunsch nach stabilisierenden Maßnahmen zur Bewältigung des Lebens in den ersten Monaten, manchmal Jahren nach der Flucht.

Die Frage ist erlaubt, ob eine traumatherapeutische Maßnahme in der ersten Zeit nach der Ankunft Deutschland überhaupt sinnvoll sein kann. Eine Traumatherapie für Geflüchtete erscheint allein schon deshalb extrem schwierig, weil die Grundvoraussetzungen jeder Traumatherapie nicht gegeben sind: Es fehlt der sichere Ort und durch die Verbindungen in Echtzeit mit den Krisenregionen aus denen Geflüchtete kommen, z.B. über iPhone, geschieht ein ständiges „Antriggern“. Allerdings glaube, dass in späterer Zeit mit einer stark wachsenden Zahl von Traumatisierten für den Bedarf einer traumaorientierten Psychotherapie zu rechnen ist.

Hilfreich erscheint an dieser Stelle die von Andreas Stahl in seiner „Traumasensiblen Seelsorge“ ins Gespräch gebrachte Unterscheidung von



Verwundung und Verwundetsein. Verwundung beschrieb eher das Ereignis der Traumatisierung selbst und das Verwundetsein eher die Folgen und das Leben nach der Verwundung, also das sich anschließende Leben mit und nach dem traumatischen Einschnitt. Die Aufgabe des Seelsorgers in der Begleitung eines traumatisierten Menschen kann gerade darin liegen, einem Menschen in der Phase der notwendigen Stabilisierung zu begleiten. Seelsorge kann helfen, wenn eine Traumatherapie, wie häufig in der gegenwärtigen Versorgungslage leider nicht selten geschieht, zeitnah nicht möglich ist, Betroffenen eine zugewandte und achtsame Begleitung ermöglichen. „Traumasensible Seelsorge“ hilft, bis zum Beginn einer dringend gebotenen Traumatherapie, einen äußeren und inneren sicheren Ort als Übergangslösung anzubieten. Manchmal ist in dieser Phase der Stabilisierung zu beobachten, worauf auch Luise Reddemann hinweist, dass eine Traumatherapie dann nicht unbedingt mehr nötig ist. Die Selbstheilungskräfte Betroffener konnten aktiviert werden.

### **c) Salutogenese**

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass das Modell der Salutogenese sich gut mit der Begleitung traumatisierte Menschen, auch traumatisierter Flüchtlinge, gerade in der Anfangsphase im Zielland ihrer Flucht, verbinden lässt. Und Salutogenese ist sehr wohl ein Konzept, das auch der nicht traumatherapeutisch ausgebildete Seelsorger und Berater anwenden kann. Bekanntlich ist die wichtigste Einflussgröße für die Bewältigung des Lebens in und nach schwierigen Lebenssituationen, so Anton Antonovsky, das Kohärenzgefühl. Kohärenz meint die Wahrnehmung von Stimmigkeit und Zusammenhang im Erleben des Betroffenen.

Je ausgeprägter und stärker das Kohärenzgefühl einer Person ist, desto eher gelingt es einem Menschen, gesund zu bleiben, wieder gesund zu werden. Diese Kompetenz, die Welt als zusammenhängend und sinnvoll zu erleben, setzt sich nach Antonovsky aus drei Komponenten zusammen:

- Gefühl der Verstehbarkeit (comprehensibility)  
Warum ich? Warum jetzt?
- Gefühl von Handhabbarkeit (manageability)  
Was kann ich tun?
- Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit (meaningfulness)  
Hat mein Leben Sinn? Bin ich wichtig?

Ich möchte das Modell der Salutogenese am Beispiel der Stabilisierung für traumatisierte Flüchtlinge deutlich machen. Aber das Modell Salutogenese lässt sich ebenso bei traumatisierten Menschen aus anderen Zusammenhängen anwenden.

#### **d) Gefühl der Verstehbarkeit**

Der Geflüchtete hat in oft kurzer Zeit beginnend bei den Vorerfahrungen im Heimatland, die ihn zur Flucht bewegten, über die Fluchterfahrungen selbst bis hin zu den Erlebnissen bei der Ankunft in Europa eine Fülle von Erfahrungen gemacht – häufig eben traumatisierend. Sein Raumraster und das Zeitraster konnten das Erlebte nicht mehr fassen und einordnen. Die Gefühle zu den betreffenden Ereignissen sind verdrängt oder gar abgespalten. Aus der Fülle der narrativen Techniken als Lebenserzählung habe ich hier mit der Methode „Seil als Lebenslinie“ sehr gute Ergebnisse erzielt. Im Raum wird ein Seil der Länge nach ausgelegt, welches symbolisch die Lebenslinie darstellen soll. Der Betroffene soll dann durch verschiedene Symbole (z.B. Steine, Bilder etc.), die er an das Seil legt oder stellt, die verschiedenen Phasen seines Lebens erzählen. Er beginnt Erfahrungen einzuordnen, bekommt nach und nach einen Überblick über die Vergangenheit und bemerkt vor allem Zusammenhänge. Und schließlich stößt er auch auf positive Elemente in seiner Biographie. Er berührt Stück für Stück seine Ressourcen.  
Beispiel: Lebenslinie mit Symbolen legen

#### **e) Gefühl der Handhabbarkeit**

Der Geflüchtete hat in den Jahren die hinter ihm liegen sehr viele Ereignisse durchleiden müssen, die ihm seine ganze Ohnmacht gegenüber agierenden Personen oder Institutionen immer wieder vor Augen führten. Gefühle der Selbstwirksamkeit sind reduziert oder sogar gänzlich verloren gegangen. Achtsamkeit für den eigenen Körper, wertschätzender Umgang mit eigenen Gefühlen, Gedanken und Bedürfnissen sind hier die „basics“, auf die es im neuen Lebensabschnitt im Zielland der Flucht aber nun ankommt. Wir haben aus der Prozessorientierten Energetischen Psychologie (PEP) von Michael Bohne in Hannover wertvolle Anregungen erhalten, die erste Erfahrungen mit Selbstwirksamkeit über den eigenen Körper vermitteln können, ohne dass es zu einer Retraumatisierung kommen muss. Wir denken da z.B. an Klopfen/Berühren von Selbstakzeptanzpunkten – die für viele der Flüchtlinge, die wir betreuen, inzwischen ein festes Morgen- und Abendritual bedeuten - verbunden mit dem Satz: „Auch wenn ich Schlimmes erlebt habe, liebe und achte ich mich selbst!“ Und ergänzend werden gerne einzelne Anregungen aus der Progressiven Muskelentspannung von den Flüchtlingen aufgegriffen. Flüchtlinge erzählen im Übrigen selbst, welche Atemübungen ihnen z.B. in

den Folterkammern Assads oder auf der Flucht geholfen haben, in Berührung und Wirksamkeit mit sich selbst zu bleiben.

PEP -Übung: Selbstakzeptanzpunkt

#### **f) Gefühl der Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit**

Fluchterfahrungen, Erfahrungen, die die Flucht veranlassten, und nicht zuletzt Erlebnisse in den ersten Zeiten im Zielland führen sehr häufig zu einem Einbruch des Selbstwertgefühls und des Zusammenbruchs weltanschaulicher und religiöser Koordinaten und Gewissheiten. Hier sehen wir die Herausforderung, die Autonomie des Betroffenen unbedingt zu wahren und zu respektieren. Wir versuchen sie an ihre vorhandenen inneren Ressourcen heranzuführen. Da hilft z.B. die Beschäftigung, Visualisierung und ganzheitliche Meditation der Baum-Metapher weiter. Der Baum - ein archetypisches Symbol, das in fast allen Religionen und Kulturen anzutreffen ist. Wurzel, Stamm, Äste, Früchte – diese Betrachtung geleitet zu den inneren Lebensquellen, auch religiösen Quellen, die im Menschen schlummern.

Wir treffen auf Moslems, die auf der Flucht z.T. sehr persönliche Erfahrungen der göttlichen Hilfe gemacht haben. Wir erleben, wie sie seitdem dem persönlichen Gebet zu Allah größere Bedeutsamkeit zu messen.

Wir erleben aber auch Migranten, die tiefe innere und oft auch äußere Verletzungen durch eine offizielle Religion erfahren haben, mit der Konsequenz, dass sie sich von einer institutionellen Religion und Religionsausübung entfernt und mitunter auch endgültig verabschiedet haben, ohne dass sie das so in einem größeren Kreis unbedingt mitteilen wollen.

Wir haben aber auch in der psychosozialen Flüchtlingsarbeit Moslems kennengelernt, die im persönlichen Gespräch von ihren Träumen berichten, in denen ihnen Jesus und andere biblische Gestalten begegnet sind. Sie äußern dann mitunter den Wunsch andere Christen aus der Migrantenszene kennenzulernen und manchmal besuchen sie auch Gottesdienste in einer christlichen Gemeinde, werden Christen, lassen sich taufen.

Christliche Anthropologie geht von einer konstitutiven Gottesebenbildlichkeit eines jeden Menschen aus. Das Neue Testament setzt eine strukturelle Gottebenbildlichkeit voraus, die

unzerstörbar ist, die

den Menschen von allen anderen Lebewesen unterscheidet, die sein spezifisches Menschsein ausmacht, die ihm durch göttliche

Setzung zukommt. In der Gottesebenbildlichkeit haben

menschliche Ressourcen im wahrsten Sinne des Wortes ihren Sitz im Leben.

Begleitung von Flüchtlingen darf daran festhalten, dass auch in ihnen unerschöpfliche Ressourcen wohnen, die ihnen als Ebenbilder Gottes zur Verfügung stehen, mit denen sie in Kontakt kommen können. Praktisch verdeutlichen wir das in unserer Stabilisierungsgruppe mit einem 100-EURO Schein, der auch bei Zerknittern oder gar Beschädigung seinen Wert behält aber wieder entfaltet werden muss. Oder wir demonstrieren mit einer Visualisierung des Jesaja Verses vom glimmenden Docht und genickten Rohr, dass durch Gottes Hilfe die Würde des Lebens auch durch traumatisierende Erfahrungen nie ausgelöscht bzw. gebrochen werden kann. (Jes 42,3)  
Beispiel: 100 EURO Schein

## **6. Übung: Verankern einer positiven Erinnerung mit Butterfly Hug (SM)**

Eine wichtige Erfahrung in der Traumatherapie in der Phase der Stabilisierung ist das Sammeln von Ressourcen. Ich möchte Sie kurz mit hineinnehmen, wie das geht. Ich lade Sie ein, sich an etwas sehr Schönes zu erinnern, was Sie in der letzten Zeit erlebt haben. Weihnachten ist noch nicht so lange her.. Oder ein Urlaub, ein Konzert, ein schöner Spaziergang, eine Begegnung. Schließen Sie einmal kurz die Augen, atmen Sie tief durch. Was kommt Ihnen in den Sinn? Bitte die Augen wieder öffnen. Um diese schöne Erinnerung zu verankern, zeige ich Ihnen jetzt, wie Sie das mit dem s.g. *Butterfly Hug* machen können. Langsam links und rechts abwechselnd auf die Oberarme tippen. So regen Sie beide Gehirnhälften abwechselnd an, eine bilaterale Stimulation.

## **7. Methoden der Traumatherapie**

### **a) Allgemein**

Der Schwerpunkt und die Dauer einer traumatherapeutischen Behandlung hängen von der Art der Traumatisierung ab. Es gibt darüber viele verschiedene Therapieansätze und unterschiedliche Methoden der Traumatherapie.

Im Allgemeinen spricht man von vier Phasen der Traumatherapie:

- a) Beziehungsaufbau, Anamnese, Diagnostik, Instruktion,
- b) Stabilisierung, c) Traumaexposition und Traumasynthese und d) Integration und Neuorientierung, wobei diese Phasen sich teilweise

überschneiden können. Einige Werkzeuge, Tools aus den ersten beiden Phasen haben wir ihnen bereits vorgestellt, so dass ich ihnen aus der Phase der Traumaexposition und Traumasyntese Beispiele zeige, mit denen wir hauptsächlich arbeiten.

## **b) Traumaexposition/Traumasyntese**

Hier könnten nun eine Fülle von Modellen aus unterschiedlichen Schulen aufgeführt werden: EMDR, PEP – aus der Prozess- und Embodiefokussierten Psychologie, die Trimb – Methode, Methoden aus der Ego-State-Therapie und hypnosystemischen Therapie. Exemplarisch beschreibe ich einige Schritte aus der Screentechnik.

### **Die Screentechnik (Leinwandtechnik).**

Beispiel sexueller Missbrauch einer Klientin.

Bei dieser Technik werden traumatische Erlebnisse der Vergangenheit im Hier und Jetzt wahrgenommen. Wenn die Klientin über mehrere Jahre sexuellen Missbrauch erlebt hat, wählt sie ein Erlebnis aus: Vielleicht das erste, das schlimmste oder das letzte Mal. Dafür gibt es keine Regel. Dieses Erlebnis wird wie in einem alten Film aus der Beobachterposition angeschaut. Im Hier und heute. In der Gegenwart. Sie sieht das jüngere Ich, das ein Trauma erlebt, wie in einem alten Film auf der Leinwand. Sie beschreibt, was sie sieht. Und zwar in der dritten Person: „Ich sehe, wie die kleine Klara ins Zimmer kommt...“ Gezielt. Gesteuert. Detailreich. Während des Erzählens nimmt sie das damals Erlebte auf allen Sinneskanälen jetzt wahr. Geachtet wird bei dieser Filmbetrachtung auf die jetzt auftauchenden Gefühle, Körperempfindungen. Körperreaktionen. Dieses „Narrativum“ in Kombination mit dem eben genannten ist das eigentlich heilsame! Ein „Motto“ für diese Arbeit ist: Zwei Erwachsene kümmern sich um ein verletztes Kind (oder jüngeres Ich). Und zwar die Therapeutin und die Klientin. Die Klientin findet Worte für das bisher häufig Unaussprechliche. Wenn es unerträglich wird, kann die Klientin „den Film“ jederzeit unterbrechen. Sie hat eine imaginierte Fernbedienung in der Hand. Oft leitet die Therapeutin die Klientin dazu an, mit dem jüngeren Ich, also hier der „kleinen Klara“ in einen Dialog zu treten und sie ihrer Hilfe zu versichern. Manchmal wird auch eine so genannte „Rettungsaktion“ imaginiert, um das gequälte Kind zu befreien. Eine solche „aktive“ Veränderung bewirkt im Gehirn tatsächlich eine Neubewertung. Heute würde die Klientin sich das nicht mehr gefallen lassen! Schließlich werden Gedanken und Neubewertungen in der sogenannten Traumasyntese ins erwachsene Bewusstsein als etwas Vergangenes

integriert. Günstige Voraussetzungen für die Durcharbeitung sind stabile Lebensumstände, äußere Sicherheit und die Fähigkeit, sich selber Trost geben zu können und eigene Gefühle steuern zu können.

### **c) Integration oder Neuorientierungsphase**

In der vierten Phase der Traumatherapie steht die Integration des Geschehens im Mittelpunkt. Das Trauma wird langfristig in das biografische Gedächtnis integriert. Ja, es ist passiert, und das war sehr schlimm. Aber es ist vorbei. Die KlientInnen haben gelernt, sich selbst zu schützen, indem sie innere Kindanteile angenommen haben, sie trösten können, und wenn sie sich bedroht fühlen, diese in Sicherheit bringen können. Sie können für sich selbst gut sorgen, haben ihre Ressourcen entdeckt und setzen sie ein. Auch die Vergebung kann an dieser Stelle ihren Platz haben, aber nur, wenn das Trauma ausreichend gewürdigt wurde. Vergeben ja, vergessen möglicherweise niemals.

Für uns ist natürlich die Spiritualität eine große Hilfe. Dazu zum Abschluss später mehr.

## **8. Rituelle Gewalt**

Wir kommen jetzt zu einem Thema, dessen Existenz auch in Fachkreisen oft verschwiegen oder sogar geleugnet wird. Da wir in unserer Arbeit jedoch zunehmend damit konfrontiert werden, wollen wir Sie gern teilhaben lassen an unseren Erfahrungen. Ich finde, wir dürfen uns als Christen dem nicht länger verschließen.

„Menschen, die organisierte, rituelle Gewalt erlebt haben, sind meist schon von Geburt oder frühester Kindheit an, der Verfügungsgewalt von Kulte oder ähnlichen Gruppierungen ausgesetzt. Sie werden oft Jahrzehnte lang gequält, misshandelt, gefoltert und sexuell missbraucht.“, sagt Sabine Weber, selbst Überlebende organisierter, ritueller Gewalt.

*Vielleicht kennen einige von Ihnen den Bestseller von Nele Neuhaus: „Böser Wolf“. Er wurde auch verfilmt und im ZDF gezeigt. Darin geht es um organisiertes Verbrechen eines skrupellosen Kinderpornorings. Eine der Hauptfiguren hat eine dissoziative Identitätsstörung. Die Autorin hat sehr gründlich recherchiert. Was sie vermittelt, könnte sich genauso zugetragen haben.*

Wir haben vorhin gehört, dass die Dissoziation, also das Abspalten der traumatischen Erlebnisse zunächst dem Überleben dient und eine geniale Methode unserer Seele ist. Wenn sich aus diesem Abspalten eine Störung

entwickelt, wird dieses von Tätern gezielt ausgenutzt, die ihr Know-How über Mind-Controll (Gehirnwäsche) nutzen, um diese Abspaltung von Persönlichkeitsanteilen gezielt zu erreichen. Es gibt unterschiedliche Gruppierungen, u.a. den Satanskult. Im Kult werden durch frühzeitige Trainingsprogramme hohe Funktionalität, absoluter Gehorsam und totale Geheimhaltung erzwungen.

Die Täter trainieren die einzelnen Persönlichkeitsanteile durch Gewalt zu ihren Zwecken zum Beispiel für Prostitution. Es gibt dann so genannte dunkle Anteile. Bei der Abspaltung achten die Täter darauf, dass es auch ein oder mehrere hochfunktionale Alltags-Ichs gibt, die von all dem nichts wissen, was da nachts passiert. Diese ANP (anscheinend normale Persönlichkeit) geht dann in den Kindergarten, später in die Schule oder in den Beruf. Diese „hellen“ Persönlichkeitsanteile haben oft keinerlei Vorstellung von der „dunklen“ Seite. Viele Überlebende funktionieren so jahrzehntelang im Alltag, ohne die geringste Vorstellung davon zu haben, was sie alles haben erleiden müssen oder was sehr häufig immer noch mit ihnen geschieht.

Sie haben einfach keine Erinnerungen, weder an die Taten noch an die Täter. Einen besseren Schutz für die Täter gibt es natürlich nicht.

In unserer westlichen Welt geht es jedoch meistens darum, unauffällig zu bleiben. Deshalb werden Betroffene von den Eltern oder dem Kult in Berufe hineingedrängt, die dem Kult nützlich sein können: Juristen, Erzieher, Therapeuten, Lehrer, Sozialarbeiter, Pfleger, Polizisten.

Mit so einer Störung kommen Patientinnen in die Therapie oder in Kliniken. Oft dauert es aber Jahre, bis deutlich wird, auf welchem Hintergrund die Störung entstanden ist. In der Regel liegt die Therapiedauer bei diesen PatientInnen zwischen 15 und 20 Jahren.

TherapeutInnen sollten sich gründlich vorbereiten. Viele schrecken vor diesem Thema zurück. Es gibt gute Fachliteratur und Experten, wie z. B. Michaela Huber deren Weiterbildungen man aufsuchen sollte. Aber darüber hinaus reichen gesunder Menschenverstand, Empathie und eine klare therapeutische Haltung aus. Supervision und Austausch mit anderen sind unerlässlich.

Das Wichtigste für die Überlebenden ist, dass ihnen geglaubt wird! Dass sie mit der Aufdeckung ihrer schrecklichen Vergangenheit nicht allein bleiben.

(Der Kult ist enorm gut vernetzt. Es gibt Experten in allen Berufsgruppen. Ärzte, Polizisten, Staatsanwälte..

Eine erschreckende Zahl nannte uns Sabine Weber: Es gibt in Deutschland ca. 800.000 Kultmitglieder! Das ist unvorstellbar oder?)

Ausstieg ist möglich, wenn es ein Helfernetz aus sehr engagierten Helferinnen, Freundinnen, Therapeutinnen, Sozialarbeiterinnen, Seelsorgerinnen gibt. Ich habe hier die weibliche Variante gewählt. Das gilt auch für die männlichen Helfer!

Beratungsstellen und Kliniken, die geschult sind und unbürokratisch und schnell aufnehmen. In unserer Literaturliste haben wir einige hilfreiche Adressen angegeben. Besonders möchte ich auf das Infoportal von Claudia Fischer hinweisen.

Auch hier ein Mut-machendes Beispiel:

*Frau B. ist eine DIS-Patientin, die von Tätern aus organisiertem Verbrechen immer wieder zur Prostitution gezwungen wurde. Sie wurde wie eben beschrieben, von Kind an regelrecht „abgerichtet“, d.h. programmiert, um den Wünschen der Täter auf Kommando zu entsprechen. Ihre Persönlichkeit ist durch das erlebte Leid in viele Teile zersplittert. Auch sie ist eine Viele-Frau. Aber sie ist auch Christin und hat in ihrem Innern einen Schutzraum, der von Engeln bewacht wird und in dem Jesus lebt. Sie kann die verletzten Anteile und traumatisierten inneren Kinder dort immer wieder in Sicherheit bringen. Die Aufgabe in der Therapie ist es, dass sie aus dem Täterkontakt endgültig aussteigt.*

*Ohne ihren Glauben wäre sie sicher nicht mehr am Leben. Die Geschichte aus Apg.12 (Befreiung des Petrus aus dem Gefängnis) steht wie eine Vision über dem neuen Leben, nach dem sie sich sehnt: Dort heißt es: „Plötzlich trat ein Engel des Herrn ein und ein helles Licht strahlte in den Raum. Er stieß Petrus in die Seite, weckte ihn und sagte: „Schnell, steh auf“! Da fielen die Ketten von seinen Händen. Der Engel aber sagte zu ihm: „Gürte dich und zieh deine Schuhe an! Einen entscheidenden Schritt hat sie gerade jetzt nach Weihnachten getan. Da gewinnt das alte Kirchenlied ganz neu an Bedeutung: Jesus ist kommen, der starke Erlöser bricht dem gewappneten Starken ins Haus. Sprengt des Feindes befestigte Schlösser, führt die Gefangenen siegend heraus!*

**Energizer:**

**Das ist die Erde und das bin ich. Und was mich rüttelt und schüttelt, das werf ich hinter mich!“**

## **9. Impulse aus der christlichen Spiritualität**

Wir haben in unserer Arbeit mit Betroffenen Impulse aus der christlichen Spiritualität als hilfreich erlebt.

### **a) Beispiel 1**

Der Reichtum biblischer Geschichten und Bilder



Präfrontaler Cortex

**b) Beispiel 2**

Die Vorstellung(Imagination) der Person Jesu in das Traumageschehen  
Traumasynthese. Veränderung der Erinnerung

**c) Beispiel 3**

Der Reichtum geistlicher Musik  
Kantaten von Johann Sebastian Bach

**d) Beispiel 4**

Die Sinn-Frage  
Phase der Trauer und Neuorientierung  
Traumatic growth und Weisheit

Was passiert in der Bewältigung der Sinn – Frage bei einem traumatisierten Menschen? Menschen können durch Extrembelastung wachsen. Es wächst die Weisheit in der Anerkennung und dem Umgang mit den Ungewissheiten des Lebens. Das Leben ist unsicher.

Interaktion von Affekt und Kognition

Weder Affekt noch Kognition dominieren den jeweils anderen Bereich, da ja beide integrativer Bestandteil höheren menschlichen Funktionsniveaus sind. Weise Menschen sind sich ihrer Affekte bewusst und werden von ihnen angemessen geführt, statt blind.

Erkennen und Akzeptanz von menschlichen Begrenzungen

Das Erkennen der Endlichkeit des menschlichen Lebens. Versöhnung mit der Endlichkeit („Bedenken, dass wir sterben müssen“ Ps 62) führt zu einer neuen Wertschätzung des Lebens, Gewährwerden der Gebrechlichkeit und Zerbrechlichkeit und ein neues Offenwerden für Transzendenz, Gegenwart Gottes im Leben. Schließlich gehört auch die Unterscheidung von echten und falschen Schuldgefühlen dazu.

## **10. Übung: Sicherer Ort und Begegnung mit Jesus**

Wie versprochen möchten wir Ihnen am Ende unseres Vortrages gern eine Übung vorstellen, die Ihnen sicher gut tut. Sie haben jetzt vieles gehört über Menschen, die Schweres erlebt haben, und vielleicht sind Sie hierhergekommen, weil es Ihnen selbst so geht oder den Ratsuchenden, die zu Ihnen kommen. Wir selbst machen diese oder eine ähnliche Übung regelmäßig, um die eigene Seele zu

schützen. Michael Borkowski hat von den heilsamen Bildern gesprochen, die sich über die Schreckensbilder legen können. So ein gutes Bild ist auch das des sicheren Ortes oder des Wohlfühlortes:

### **Der sichere Ort**

Ich lade Sie ein, sich einmal bequem hinzusetzen, am besten mit beiden Beinen nebeneinander, damit Sie spüren, dass Sie Kontakt mit dem Boden haben. Fühlen Sie die Rückenlehne Ihres Stuhles. Wenn Sie mögen, schließen Sie die Augen oder lassen Sie den Blick weich auf einem Punkt hier im Raum ruhen. Achten Sie auf Ihren Atem, wie er kommt und wie er geht, ganz in Ihrem eigenen Rhythmus. Und erlauben Sie sich, sich mit jedem Atemzug ein wenig mehr zu entspannen, die Schultern und den Kiefer zu lockern. Alles, was Ihnen durch den Kopf geht, ist völlig in Ordnung.

Lassen Sie Ihre Gedanken oder Vorstellungen oder Bilder aufsteigen von einem Ort, an dem Sie sich ganz wohl und geborgen fühlen. Geben Sie diesem Ort eine Begrenzung Ihrer Wahl, die so beschaffen ist, dass nur Sie bestimmen können, welche Lebewesen an diesem Ort, Ihrem Ort, sein sollen, sein dürfen. Sie können natürlich Lebewesen, die Sie gerne an diesem Ort haben wollen, einladen. Das können liebevolle Menschen sein oder vielleicht freundliche Begleiter aus Ihrer Vorstellung: Helfer, Engel oder Jesus, die Ihnen Unterstützung und Liebe geben.

Dieser Ort kann auf der Erde sein, er muss es aber durchaus nicht. Er kann auch außerhalb der Erde sein. Achten Sie darauf, ob Sie sich dort mit allen Sinnen wohl fühlen. Schauen Sie erst, ob das, was Ihre Augen wahrnehmen, angenehm für die Augen ist. Wenn es noch etwas geben sollte, was Ihnen nicht gefällt, verändern Sie es. Prüfen Sie, ob das, was Sie hören, für Ihre Ohren angenehm ist, ob Sie es gerne hören. Ansonsten können Sie es so lange verändern, bis es wirklich wohlklingend ist. Nehmen Sie wahr, ob die Temperatur angenehm ist und verändern Sie sie, wenn es nötig ist. Ist das, was Sie riechen und schmecken, ganz und gar angenehm? Sie können es verändern, wenn Sie es möchten.

Sie können an diesem sicheren Ort die Haltung einnehmen, die Ihnen angenehm erscheint. Kann ihr Körper sich so bewegen, dass Sie sich wirklich wohl fühlen? Denken Sie daran, dass Sie in der Vorstellung alles so gestalten können, wie Sie es möchten. Wenn noch etwas fehlt, verändern Sie alles so, bis es ganz stimmig für Sie ist.

Wenn es Ihnen gelungen ist, sich diesen Ort jetzt zu erschaffen, dann genießen Sie es noch ein paar Augenblicke lang, dort zu sein. Sie können jederzeit wieder an ihren inneren sicheren Ort zurückkehren. Alles, was Ihnen durch den Kopf geht, ist völlig in Ordnung.

Wenn Sie den Ort für sich gefunden haben, können Sie ihn jetzt noch verankern, so dass es Ihnen in Zukunft leichter fällt, dorthin zu gelangen. Sie können, wenn Sie möchten, mit sich selbst eine kleine Körpergeste vereinbaren (z. B. Daumen und Zeigefinger zusammendrücken oder die Hand aufs Herz legen). Wenn Sie möchten, dann tun Sie das jetzt. Diese oder eine andere kleine Geste können Sie in Zukunft ausführen, und sie wird Ihnen helfen, dass Sie ganz rasch wieder Verbindung zu Ihrem eigenen, inneren sicheren Ort aufnehmen können.

Nach dieser Übung kommen Sie dann mit Ihrer ganzen Aufmerksamkeit hier in den Raum zurück.

Sabine Mascher, [praxis@mmascher.de](mailto:praxis@mmascher.de)

Michael Borkowski, [mborkowski@kabelmail.de](mailto:mborkowski@kabelmail.de)

Seminar

7. Christlicher Gesundheitskongress Kassel

23.-25. Januar 2020

### **Literatur (Auswahl)**

Das Unheimliche unter uns, Arbeitskreis Rituelle Gewalt der Bistümer Osnabrück, Münster und Essen, 2014

Lutz Besser, Gewalt, Gehirn und Persönlichkeitsentwicklung, Manuskript, zptn, 2010

L. Handtke, H.J. Görges, Handbuch Traumakompetenz, 2012

Helga Erika, Die Hölle mitten im Garten, Eden, 2008

M. Huber, Wege der Traumabehandlung, 2006

M. Huber, Der innere Garten, 2010

M. Huber, Viele sein, Ein Handbuch, 2011

M. Huber, Der Feind im Innern, 2013

J. Kizilhan, Kultursensible Psychotherapie, 2013

B. van der Kolk, Verkörperter Schrecken, 2017

L. Reddemann, PITT – das Manual, 2007

U. Roderus, Handbuch der Traumabegleitung, 2011

E. Spangenberg, Trauma und Bewältigung, 2009

E. Spangenberg, Dem Leben wieder trauen, 2014

A. Stahl, Traumasensible Seelsorge, 2019

S. Weber, Rituelle Gewalt, Manuskript, 2017