

Rica Rechberg

Aufstellungsarbeit und Traumatherapie – ein integrativer Ansatz

Seit vielen Jahren arbeite ich mit Familien- bzw. Systemaufstellungen und setze mich ebenso lange mit den Grenzen der Aufstellungsarbeit auseinander. Dabei ist für mich vor allem eine Frage besonders interessant: Gibt es Gegenindikationen für eine Aufstellungsarbeit und wenn ja, welche sind das?

Meine kritische Auseinandersetzung mit der Methode begann auf einer großen Tagung mit Bert Hellinger mit dem Titel „Wo Demut heilt und Ohnmacht Frieden stiftet“. Im Mittelpunkt stand die Traumaarbeit. Da ich damals eine schwer traumatisierte Klientin hatte und meine traumatherapeutische Arbeit noch in den Anfängen steckte, dachte ich, dass die Tagung eine gute Gelegenheit sei, Hellinger meine Klientin vorzustellen. Vielleicht würde es ihm gelingen, den Heilungsprozess entscheidend voranzutreiben.

Zur Geschichte: Meine damals etwa vierzigjährige Klientin – nennen wir sie Susanne – litt unter Schlafstörungen, unspezifischen Ängsten und zeitweiligen Depressionen. Sie war verheiratet und Mutter von drei Kindern. Der älteste Sohn war hyperaktiv und drohte manchmal, sich „zum Spaß“ aus dem Fenster zu stürzen. Das war für sie der eigentliche Anlass für die Therapie.

Die systemische Arbeit und insbesondere die Aufstellungsarbeit hatte mir immer wieder eindrücklich gezeigt, dass viele seelischen Symptome, mit denen ich in der Praxis zu tun hatte, Traumafolgen waren. Daher war eine meiner ersten Fragen an Susanne: Welche einschneidenden Ereignisse gab es in der Familie?

Schon bald stellte sich heraus, dass es ein sehr schmerzliches Trauma in ihrem Leben gab. Auf einem Ferienausflug mit ihrer damals zehnjährigen Schwester war diese beim Überqueren einer Landstrasse von einem Lastwagen erfasst und tödlich verletzt worden. Die damals achtzehnjährige Susanne musste das Geschehen von der anderen Straßenseite hilflos mitverfolgen – ein Trauma mit schrecklichen Folgen für die ganze Familie. Neben Schuldgefühlen litt die junge Frau im Anschluss daran einige Jahre auch unter schweren Depressionen.

Als Bert Hellinger an der Tagung, rund 25 Jahre nach dem Ereignis, mit Susanne arbeitete, forderte er sie nach einer sehr kurzen Anwärmphase auf, sich ihre Schwester im Grab vorzustellen. „Kannst Du sie sehen?“, fragte er. „Nein“, sagte die Klientin... „Schau hin, geh in Kontakt mit ihr.“ Mir stockte der Atem, wusste ich doch, dass der Anblick der toten Schwester so traumatisierend gewesen war, dass die Klientin damals innerlich erstarrt war. Jetzt forderte Bert Hellinger sie auf zurückzuschauen ... Es gelang ihr nicht. Daraufhin meinte Hellinger: „Du hast kein Mitgefühl, ich kann nicht mit Dir arbeiten“, und schickte sie auf ihren Platz zurück. Susanne stand wütend auf, packte ihre Sachen und fuhr sofort zurück nach Hause.

Was war passiert? Hellinger hatte mit seiner Aufforderung wichtige Regeln der Arbeit mit Traumapatienten ignoriert und eine Retraumatisierung riskiert. Susanne fühlte sich nicht sicher und Frau der Situation. Genau wie damals musste sie befürchten, von Bildern, Ohnmachts- und anderen heftigen Gefühlen überflutet zu werden. Ihr Abwehrsystem hatte sie vor dem Schlimmsten geschützt, aber die Aufstellung war gescheitert.

Schade, dachte ich, denn der Ansatz war der richtige ... Nicht direkt betroffen, aus sicherer Distanz, konnte ich in einem inneren Bild sofort auf die tote Schwester schauen. Wie in einem Film entwickelten sich folgende Bilder: Da lag die tote Schwester, und der Blick zu ihr ins Grab übte sofort einen unheimlichen Sog aus. Ich ließ die Bilder vor meinem inneren Auge weiterlaufen und sah den spontanen Impuls von Susanne, sich neben ihre tote Schwester ins Grab zu legen. Ich erlaubte mir zu sehen, was passiert, wenn sie diesem Impuls nachgibt (was auf der realen Ebene Suizidalität bedeuten könnte).

In meinem Film passierte etwas sehr Besonderes: Beide Schwestern lagen nebeneinander, Susanne schaute zu ihrer Schwester, deren Lockenkopf abgewandt war ... Ganz langsam veränderte sich das Bild, und die kleine Schwester drehte sich zur großen. Sie schauten sich lange und sehr liebevoll an. Susanne weinte und drückte damit aus, wie sehr ihr die Kleine fehlte. Die kleine Schwester sagte: „Es geht mir gut. Was passiert ist, ist nicht deine Schuld. Es ist mein Schicksal, und ich freue mich wenn es dir gut geht mit deinem Mann und den Kindern.“ Beide umarmten sich lange. Dann stand Susanne auf und ging zu ihrer Familie zurück. Deutlich gelöst konnten jetzt alle zur Schwester schauen.

Niemals vorher hatte ich so deutlich sehen können, worum es geht und was helfen könnte, und doch war alles schiefgelaufen.

Die Vehemenz der traumatisierenden Situation war so groß, dass es im Hier und Jetzt um sichere Distanz und nicht um Beschleunigung, sondern Verlangsamung gehen musste. Die Klientin hatte berechtigte Angst, wieder die Kontrolle zu verlieren. In diesem Setting blieb keine andere Wahl, als sich dem Geschehen der Aufstellung zu verschließen und zu flüchten. Ihre Reaktion war in meinen Augen eine gesunde Abwehrreaktion, die aber andererseits wirkliche Heilung unmöglich machte.

Diese Aufstellung vor zehn Jahren war für mich der Ausgangspunkt, mich intensiver mit dem Traumaphänomen zu beschäftigen und zu überlegen, wie ich die Aufstellungsarbeit, die sich wesentlich mit der Wirkung traumatisierender Ereignisse über die Generationen hinweg beschäftigt, so modifizieren könnte, dass sie ihre heilsame Wirkung nicht nur bei Beziehungsstörungen von Familienmitgliedern, sondern auch für Klienten entfalten kann, die traumatisiert wurden.

Diesen Fragen werde ich nachfolgend in einem theoretischen Exkurs nachgehen. Daran anknüpfend werde ich therapeutische Lösungsstrategien vorstellen, mit denen ich als Aufstellerin heute arbeite.

Am Ende werde ich mit einem Fallbeispiel aus meiner Praxis die Einzelarbeit zeigen.

Was bedeutet „Trauma“ ?

Es gibt unterschiedlichste Definitionen in der Fachliteratur. Allen ist gemeinsam, dass sie ein Trauma als überwältigendes, oft lebensbedrohliches Erlebnis beschreiben. Der gemeinsame Nenner ist ein Gefühl von maximaler Hilflosigkeit bei gleichzeitig minimalen Handlungsoptionen.

Wenn man Trauma verstehen will, sollte man sowohl die seelische als auch die körperliche Ebene im Auge haben. Da das traumatische Geschehen die emotionalen Verarbeitungsmöglichkeiten eines Menschen überfordert, wird durch eine Art „Notfallmechanismus“ die Gefühls- und Schmerzempfindlichkeit seelisch und auch auf gehirphysiologischer Basis betäubt. Der Mensch überlebt, oft sogar äußerlich stabil, indem er das traumatische Geschehen dissoziiert. In der Folge kann jedoch auf der Seelenebene die Bindungsfähigkeit zu sich selbst und zu anderen verlorengehen. Biologisch betrachtet bleibt das dissoziierte Geschehen im Körper oft als gebundene, überkoppelte Energie im Amygdalasytem und kann hier jederzeit durch Hinweisreize aktiviert werden.

Verschiedene traumatherapeutische Ansätze

Als Aufstellerin arbeite ich vor allem mit zwei grundlegenden traumatherapeutischen Ansätzen: einerseits mit dem Modell Peter Levines, das die biologischen Prozesse, die während eines bedrohlichen Ereignisses ablaufen, berücksichtigt, und andererseits mit dem energetischen Modell der Ego-State-Therapie von Helen und John Watkins (vgl. 2003), das sich die Fähigkeit zur Dissoziation zu Nutze macht und sich daher wunderbar für Systemaufstellungen eignet.

Ausgangspunkt der Ego-State-Therapie ist ein energetisches Modell, dem die Idee zugrunde liegt, dass es ein Selbst gibt, das nicht Inhalt, sondern Energie ist, charakterisiert durch das Ich-Gefühl (siehe Watkins/Watkins 2003). Das Selbst ist in anderen Worten ein energetisches Konstrukt, das ein Kern-Selbst und verschiedene innere Anteile oder Ich-Zustände (ego states) kennt. Die uns zur Verfügung stehenden Ich-Zustände speichern – ähnlich wie das wissende Feld in Aufstellungen – wichtige Informationen aus der Vergangenheit und nehmen so strukturierenden Einfluss auf unser Leben.

Im Mittelpunkt der Traumatherapie stehen die inneren Ich-Zustände, die abgespalten vom Kern ein dissoziiertes Eigenleben führen und oft noch Jahre nach dem lebensbedrohlichen Ereignis das Leben der Betroffenen massiv beeinträchtigen können.

Ein eindrückliches Bild zur Beschreibung des traumatisierten Ich-Zustandes stammt vom amerikanischen Biologen und Therapeuten Peter Levine: Er vergleicht den traumatisierten Menschen mit einem Auto, dessen Fahrer gleichzeitig Bremse und Gaspedal durchdrückt. Nur für den aufmerksamen Beobachter ist das massive Geschehen im Nervensystem nach außen hin zu erahnen.

Zur Überwindung und Integration traumatischer Ereignisse entwickelte Levine eine eigene Methode: Somatic Experiencing (SE). Sein Konzept beruht auf Verhaltensbeobachtungen in der Tierwelt. Tiere, aber auch Menschen haben in einer lebensbedrohlichen Situation grundsätzlich drei Optionen: Flucht, Angriff und den Totstellreflex. Auf körperlicher Ebene kommt es, um dem Gegner im Kampf ums Überleben begegnen zu können, zu einer blitzschnellen Energetisierung des gesamten Nervensystems. Dabei wird einerseits die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennrinde-Achse massiv aktiviert, und andererseits werden, wenn Kampf und Flucht nicht mehr möglich ist, endogene Opiate ausgeschüttet, die dazu führen, dass das Trauma weniger Panik auslöst, sondern eher eine Erstarrung und ein Betäubungsgefühl.

Während Tiere in der Regel die in der Erstarrung gebundene Energie durch einen automatisierten Ablauf der angeborenen Stammhirnreflexe wieder entladen, kommt es beim Menschen oft nicht zu einem kompletten Ablauf dieses Zyklus. Im Allgemeinen ist es diese Energie, die „schockgefrostet“ im Nervensystem gebunden bleibt, die in der Folge zu posttraumatischen Belastungsstörungen führen kann. Sie muss sich entladen und tut dies durch Bewegungen. Geschieht das nicht, kommt es immer wieder zu den beschriebenen energetischen Überkopplungen, sobald dieser dissoziierte Ich-Zustand getriggert wird, das heißt mit einer größeren Menge an Ich-Energie besetzt wird.

In Levines Modell geht es weniger um eine Konfrontation mit einem traumatisierenden Ereignis als darum, diese energetischen Überkopplungen langsam zu entkoppeln und die frei werdende Energie dem Körper neu zur Verfügung zu stellen. Der Klient kann endlich die biologischen und psychischen Prozesse durchlaufen, die das Ereignis als ein Ereignis speichern, das eindeutig abgeschlossen in der Vergangenheit liegt.

Der Heilungsprozess geschieht demnach auf körperlicher Ebene und deutet sich oft nur durch kleine Bewegungen, die aus der Erstarrung führen, an. In der Regel treten Atemveränderungen, Zittern, Hitze- und Kälteschauer auf, die anzeigen, dass bisher gebundene Energie frei wird.

Kommt der Organismus allmählich aus der Erstarrung, werden instinktive Reaktionsmuster zur Flucht oder Verteidigung aktiviert (z. B. unruhige Beine, abwehrende Handbewegungen.) In einer Traumatherapie ist es wichtig, solchen Bewegungen langsam nachzuspüren, sie bewusst werden zu lassen und sie Schritt für Schritt zu durchlaufen.

Wichtigstes therapeutisches Instrument zur Heilung des Traumas ist der körperliche Spürsinn (felt sense). Indem die Aufmerksamkeit auf das unmittelbare Aufspüren und körperliche Erleben im Hier und Jetzt gelenkt wird, stabile Ressourcen aufgebaut werden und man deutlich verlangsamt der natürlichen Pendelbewegung von Ressource zu traumatisierender Erfahrung folgt, verändert sich die Qualität des Fühlens hin zu spürbarer Erleichterung. Diese Arbeit kann in Einzelsitzungen mit erfahrenen Traumatherapeuten, aber

auch durch System- oder Traumaufstellungen zu einer vollständigen Komplettierung und Integration des Traumas führen.

Zur Modifikation der Aufstellungsarbeit mit traumatisierten Klienten unter Einbeziehung der Ego-State-Therapie und unter Berücksichtigung von SE-Prinzipien

Inzwischen arbeite ich mit traumatisierten Klienten sowohl in der Einzelarbeit als auch in der Gruppe nach einem integrativen Konzept, das ich entwickelt habe. Wichtigste Voraussetzung ist zum einen das theoretische Handwerkszeug. Darüber hinaus vertraue ich auf die Selbstheilungskräfte des Klienten und begleite ihn präsent, kreativ und mitfühlend durch seinen Prozess. Dabei folge ich nicht schematisch einem vorher festgelegten Konzept sondern öffne im Kontakt mit meinem Gegenüber einen Raum, in dem das traumatische Geschehen beendet werden kann.

Ich arbeite mit speziellen Systemaufstellungen, die unsere Fähigkeiten zur Dissoziation nutzen, und stelle Schritt für Schritt verschiedene Ich-Zustände auf. Dabei achte ich besonders darauf, genügend Ressourcen einzuführen (Babuschka-Methode, vgl. Praxis der Systemaufstellungen 1/07). Mit dieser Methode kann ich unter Berücksichtigung verschiedener Voraussetzungen sowohl in der Gruppe als auch in der Einzeltherapie arbeiten.

Aufstellungen mit traumatisierten Klienten

In Aufstellungen mit Klienten, die ein Trauma direkt erlebten oder miterlebten, sind folgende Punkte von zentraler Bedeutung:

Der Klient sollte

- sich in der Gruppe und besonders in der Beziehung zum Therapeuten ausgesprochen sicher und geborgen fühlen können.
- im Gegensatz zur traumatisierenden Situation jederzeit die Kontrolle über das Geschehen behalten und sowohl die notwendige Distanz, als auch das Tempo der Sitzung selbst bestimmen können.

Der Therapeut sollte

- die subtilen Körperreaktionen kennen, die auf eine Retraumatisierung verweisen, z. B. Übererregung, Kontrollverlust, Angstschweiß, Panik, Gefühl von innerer Leere, plötzliche Blässe, starrer Blick, in den Rückzug gehen, abwesend oder gefühlsarm werden, Regungslosigkeit und Sprachlosigkeit.
- gemeinsam mit dem Betroffenen sichere Ressourcen im Hier und Jetzt finden.
- darauf achten, wie gut die Fähigkeit des Klienten ist, den eigenen Körper zu spüren, bzw. einen guten Platz im eigenen Körper zu finden.
- den Klienten bestimmen lassen, mit wem und von wo aus er das Geschehen erleben will.
- dem Klient erlauben, im Verlauf des Prozesses den Abstand zum Geschehen jederzeit zu verändern oder auch zu unterbrechen. Dazu wird ggf. ein Handzeichen für „Stopp“ vereinbart.
- stabile äußere Ressourcen wie den „Erwachsenen“, den „inneren Helfer“ und auch schöpferische Anteile aufstellen.
- immer wieder durch Rückfragen zur Wahrnehmung von Gefühlen an das Bewusstsein des Klienten im Hier und Jetzt appellieren.
- langsam und titriert arbeiten. Im Trauma geschah alles zu schnell und zu heftig. Zur Heilung sind Pausen und eine Verlangsamung des Geschehens sowie das Pendeln zwischen Ressource und belastender Situation wichtige Voraussetzungen für Entkopplung und Integration des Geschehens.

Die Ermöglichung einer neuen Erfahrung mit Bewegungen wie z. B. Weggehen, Weggucken, Aufhören, sich Abwenden, aber auch Wüten und Kämpfen, bedeutet nicht ein Ausweichen, sondern ist der Beginn von Heilung. Wenn wir von diesem Verständnis ausgehen, können wir immer einen Weg finden, wie wir dem Körper, dem Nervensystem, der ganzen Körper-Geist-Einheit einen Raum anbieten können, in dem Heilung stattfinden kann.

Zurück zum Fallbeispiel „Susanne“

In der konkreten Situation auf der Tagung mit Bert Hellinger gaben der Abwehrmechanismus von Susanne sowie ihre Fähigkeit, die Aufstellungsbühne schnell zu verlassen und nach Hause zu fahren, deutliche Hinweise darauf, dass ihr Heilungsprozess inzwischen so weit fortgeschritten war, dass ihr heute im Gegensatz zur traumatisierenden Situation von damals zumindest die Handlungsoption Flucht wieder zur Verfügung stand. Leider konnte aber wegen der retraumatisierenden Erfahrung auf der Tagung das Ereignis nicht abgeschlossen werden. Die nachfolgende therapeutische Arbeit beschränkte sich deshalb darauf, eine nochmalige Retraumatisierung zu vermeiden. Susanne fand im Verlauf der Therapie einen imaginierten, sicheren Ort, an dem das Ereignis für sie kontrollierbar verwahrt werden konnte (vgl. Luise Reddemann 2001).

Die Erfahrung von damals motivierte mich, die Aufstellungsarbeit so zu modifizieren, dass auch schwer traumatisierte Klienten traumatisierende Ereignisse aus sicherer Distanz anschauen, annehmen und „verschmerzen“ können.

Im Folgenden werde ich anhand eines Beispiels aus meiner Praxis veranschaulichen, wie man im Einzelsetting mit diesen Klienten arbeiten kann.

Ein Fallbeispiel aus der Einzelarbeit – Christine

Vor einiger Zeit habe ich mit einer Abiturientin gearbeitet, die eine der besten Schülerinnen ihrer Jahrgangsstufe gewesen war, jetzt aber kaum mehr zur Schule gehen konnte. Sie war depressiv mit suizidalen Tendenzen und kam für ein paar Wochen in eine psychiatrische Klinik, wo sie sich kurzfristig stabilisieren konnte. Zurück im Internat fühlte sie sich jedoch schon nach kurzer Zeit wieder unfähig, die Schule zu besuchen. Die Zulassung zum Abitur war gefährdet. In den Ferien bei ihrer großen Schwester in Berlin fühlte sich diese so überfordert, dass beide zu mir in die Praxis kamen.

Im Einzelgespräch lud ich Christine ein, sich in meiner Praxis einen guten, sicheren Ort zu suchen. Nach einiger Zeit wählte sie einen Lehnstuhl, stellte ihn in eine Ecke neben die Tür und wies mir einen Platz eineinhalb Meter entfernt von ihr zu. Es brauchte eine Weile, bis sie den genauen Winkel festlegte, in dem ich sitzen sollte.

Später erzählte Christine, dass sie ganz verzweifelt sei: „Obwohl ich doch eine gute Schülerin bin, geht plötzlich nichts mehr, ich kann einfach nicht mehr.“ An dieser Stelle nahm ich eine meiner rohen Babuschkas (Puppe in der Puppe) und erklärte Christine in Anlehnung an die Ego-State-Therapie mein Modell vom Selbst. Ich erklärte ihr, dass wir, wenn wir vom „Ich“ sprechen, in der Regel nur von einem Ich-Zustand sprechen, es in Wirklichkeit aber viele Ich-Zustände gibt, genau wie bei der russischen Babuschka.

Ich sagte: „Wenn Sie sagen, ‚ich kann nicht mehr‘, dann ist das nur ein Ich-Zustand unter vielen. Offensichtlich gibt es noch einen anderen Ich-Zustand, der unbedingt in die Schule gehen will. Und dann gibt es noch einen Dritten Ich-Zustand, der hier in diesem Stuhl sitzt und von diesem inneren Konflikt mehr oder weniger distanziert berichten kann. Das ist gut so, und ich möchte, dass dieser Teil immer anwesend bleibt, wenn wir uns die beiden anderen Teile anschauen.“ Weiter forderte ich Christine auf, neben den bis jetzt benannten Ich-Zuständen auch noch einen weiteren Ich-Zustand zu visualisieren, nämlich der, der weiß,

was gut für sie ist. Wir nannten diesen Teil den „inneren Helfer“. Dann bat ich Christine, die Babuschkas auf meinem Familienbrett miteinander in Bezug zu stellen.

Ganz erstaunt stellte sie fest, dass der Teil, der alles perfekt machen will, sehr groß ist und von dem, der nicht mehr kann, nichts wissen will. Ihr innerer Helfer wurde von den beiden Konfliktparteien genauso wenig wahrgenommen wie der Beobachter.

In einem nächsten Schritt forderte ich Christina auf, sich mit ihrem inneren Helfer zu verbinden und mir dann als Repräsentantin für den Teil, der nicht mehr kann, einen Platz im Raum zu geben. Sie stand auf, stellte mich relativ mittig im Raum auf und ging zu ihrem sicheren Platz zurück. Kaum stand ich, wurde mir ganz schummrig, ich wurde schwach, und mir wurde schwarz vor Augen. Meine erste Assoziation war, narkotisiert zu sein. Bevor ich einknickte, distanzierte ich mich ein wenig von diesem Ich-Zustand und fragte Christina: „Ich fühle mich völlig betäubt, so als wäre ich narkotisiert. Kennen Sie diesen Zustand?“

Christina nickte heftig und erzählte mir von einer mehrstündigen Rückenoperation, in der man sie weckte, um den Erfolg des Eingriffs zu überprüfen. Sie schilderte mir eine Situation, in der ein Teil ihrer selbst, an der Decke schwebend, den gerade operierten, offenen Rücken sehen konnte. Scheinbar hatte sie eine Art Nahtoderfahrung, in der sich ihre Seele, um zu überleben, vom Körper getrennt hatte.

Wenn sie in eine Stresssituation geriet, wurde dieser Zustand nun getriggert und zum dominierenden Ich im Hier und Jetzt. Das traumatische Geschehen konnte biologisch nicht abgeschlossen und integriert werden.

Ich ging mit dem Einverständnis von Christina noch einmal in die Position des narkotisierten Ich-Zustandes, um zu schauen, was ich brauchte, und stellte fest, dass ich einfach nur schlafen wollte. Der dazugehörige Satz war bezeichnenderweise: „Ich kann nicht mehr.“ Ich ging dem Impuls nach und legte mich auf den Boden. Christina schaut zu. Nachdem ich wieder aufgestanden war, frage ich sie, welche Gefühle sie zu dem Teil, der da lag, entwickelte. Sie sagte: „Er tut mir leid“. Ich fuhr fort: „Angenommen, es gibt diesen Teil, der weiß, was hilft, stellen Sie diesen doch mal auf.“ Sie stand auf und gab mir einen neuen Platz. Ich legte ein Kissen für den narkotisierten Ich-Zustand auf den Boden, schaute hin und wusste sofort, dass der am Boden liegende Ich-Zustand wissen wollte, was passiert war, aus der Situation fliehen wollte, wütend war und einen sicheren Ort suchte, an dem er sich in Ruhe erholen konnte. Ich fragte, wie sich der Teil wohl anfühlte, wenn er das hörte. Sie meinte: „Sehr erleichtert.“

Ich nahm stellvertretend das Kissen in den Arm und beobachtete, wie sich Christina auf ihrem Platz körperlich entspannte. Ich frage, ob ich mich neben sie setzen dürfe und ob sie Körperkontakt wünsche. Sie stimmte zu und legte ihre Hand unter meine ... Ich ermunterte sie, das Kissen stellvertretend für das damals ohnmächtige Opfer in den Arm zu nehmen.

Dann sprachen wir über die Operation und schloßen gemeinsam Erinnerungslücken. Als wir nochmals über den Moment des Aufwachens nach der Operation sprachen, fing Christina an zu zittern. Sie fröstelte und machte eine kleine Handbewegung. Ich regte an: „Angenommen, Sie können diese Bewegung noch einmal ganz langsam und bewusst machen ...“ Jetzt spürte Christina ihrem Impuls nach und entdeckte, dass sie eine Abwehrbewegung machte.

Ich bot an, mich als Repräsentantin für den Teil, der abgewehrt werden soll, zur Verfügung zu stellen, und forderte sie auf, ihrem Impuls zur Abwehr Raum zu geben. Sie hob die Hand gegen meine, und nachdem ich sie ermuntert hatte, mich mit aller Kraft langsam abzuwehren, schob sie meine Hand immer kraftvoller weg. Ich frage sie, ob sie einen Satz hatte, der sie unterstützen konnte? „Geh weg, es ist genug“, sagte sie. Ich forderte sie auf, ihrem Bewegungsimpuls noch mehr Raum zu geben. Daraufhin legte sie das Kissen sorgfältig zur Seite, sagt den Satz noch einige Male, stand auf und schob mich langsam aus dem Zimmer. Bevor ich verschwand, sah ich, dass sie tief atmete und zu ihrem Platz zurückging.

Nach kurzer Zeit kam ich zu einer anderen Tür wieder herein, erklärte, dass ich jetzt wieder den Ich-Zustand repräsentiere, „der weiß, was hilft“, und fragte, wo ich mich hinsetzen dürfe. Nachdem ich neben ihr Platz genommen hatte, fragte ich nach ihrem Befinden im Hier und Jetzt. Sie schaut sich um, fühlte ihren Körper auf dem Stuhl und sagte sehr erleichtert: „viel

freier“. Dann forderte ich sie auf, zu spüren, wo im Körper sie sich jetzt freier fühlte. Sie atmete tief ein und aus und spürte, dass ihr Rückgrat deutlich wärmer geworden war. Sie richtet sich auf und strahlte. Diese Arbeit markiert einen Wendepunkt.

In den folgenden Stunden arbeiteten wir noch mit dem „Perfektionisten“ und anderen inneren Ich-Zuständen. Sie lernte, spielerisch mit ihrer eigenen Selbstfamilie umzugehen und sich vor Situationen zu schützen, in denen sie sich überfordert fühlt. Sie achtet auf Pausen und verhandelt mit dem „Perfektionisten“, bis er sich überreden lässt, seine Ansprüche zu relativieren. Ihr schöpferisches inneres Kind bekam mehr Raum, und sie fing an zu schreiben.

Christine konnte nach sechs Therapiestunden wieder zurück zur Schule und machte ein Jahr später ohne weitere Probleme ihr Abitur.

Resümee

Seit ich mit traumatisierten Klienten arbeite, achte ich genau darauf, wie gut sie ihren Körper wahrnehmen können, und ob sie ein Gefühl für einen guten sicheren Platz in ihrem inneren und im äußeren Raum herstellen können. Manchmal dauert das Finden und Anker eines sicheren Körpergefühls sehr lange. Wir experimentieren dann mit Nähe und Distanz und suchen gemeinsam nach dem „richtigen Abstand“ zwischen uns beiden. Die Ich-Grenzen und Territorien sollen bewusst wahrgenommen werden können. Die Kontrolle über das Geschehen liegt jetzt beim Klient.

Der Annäherungsprozess an das Identitätskonzept der Ego-State-Therapie mit Hilfe der rohen Babuschkas bedeutet oft einen ersten wichtigen Schritt zur Distanzierung von sehr belasteten inneren Seins-Zuständen. Für die meisten Klienten ist es sehr erleichternd, sich klar zu machen, dass sie nicht erschöpft, böse oder wütend sind, sondern dass es sich hier lediglich um verschiedene Ich-Zustände handelt, die möglicherweise schon lange ein dissoziiertes Eigenleben führen und auf ein traumatisches Ereignis zurückzuführen sind.

Heute beginne ich oft mit nur drei Repräsentanten bzw. Anteilen: dem beobachtenden, kontrollierenden Teil, dem traumatisierten Teil und dem Helfer. Ich arbeite langsam und titriert und nehme mir viel Zeit für körperliche Mikroprozesse. Ich prüfe in kurzen Abständen das Verhalten und Empfinden des Klienten, spüre Resonanzphänomenen nach und erfrage notwendige Informationen bzw. gebe Erklärungen.

Bei Aufstellungen mit traumatisierten Klienten geht es zunächst um Sicherheit, dann um die physische Entladung und psychische Komplettierung und Integration des Geschehens im Innen. In zweiter Linie geht es um die Distanzierung von Täterintjekten auch im Außen.

Das Aufstellungsgeschehen durchläuft und entkoppelt die verschiedenen instinktgesteuerten Reaktionsmuster wie Kampf, Flucht und Totstellreflex in umgekehrter Reihenfolge, stellt zusätzliche Ressourcen zur Verfügung und trägt damit auch zur biologischen Komplettierung eines Traumas maßgeblich bei.

So ermöglicht es die Aufstellungsmethode oft noch Jahre nach dem traumatisierenden Ereignis, die gebundenen Energien zu entladen, das Geschehen zu konfrontieren und so umzuschreiben, so dass jetzt möglich wird, was damals nicht gelang. Das Trauma kann im eigentlichen Wortsinn verschmerzt werden, sei es durch Anschauung, Rückzug, Abwehr, Mitgefühl mit sich und anderen, lösende Sätze oder Rituale.

Literatur

Peter Levine: Trauma-Heilung, Synthesis Verlag, Essen, 1998

Louise Reddemann: Imagination als heilsame Kraft; Klett-Cotta Verlag, Stuttgart, 2001

Rica Rechberg: Die Babuschka-Methode – Praxis der Systemaufstellung 1/07

Helen und John G. Watkins: Ego-States – Theorie und Therapie Heidelberg, 2003