



Psychosomatische Symptome in der Aufstellungsarbeit

Dagmar Ingwersen

Hintergrund

Mein Ehemann¹ und ich führen eine psychosomatische Klinik. Wir arbeiten mit Patienten, die unter psychosomatischen Symptomen leiden wie zum Beispiel posttraumatische Belastungsstörungen, Angststörungen, Essstörungen (wie Anorexie, Bulimie und Übergewicht), Depressionen, Suizidalität, Zwangsstörungen, Erschöpfungssyndrome, Asthma, rheumatische Erkrankungen, Bluthochdruck. Seit zwölf Jahren integrieren wir die Aufstellungsarbeit als zentralen Bestandteil unseres ganzheitlichen therapeutischen Ansatzes in unserer Klinik. Schon früh haben sich dann als natürliche Folge der sehr im Vordergrund stehenden, quälenden Symptome unserer Patienten Symptomaufstellungen entwickelt, in denen Symptome als Stellvertreter hineingenommen werden und zu Wegweisern für die systemischen Zusammenhänge des jeweiligen Symptoms werden.

Einführung

In diesem Artikel möchte ich zunächst unsere Auffassung über die besondere systemische Natur von schweren psychosomatischen Symptomen beschreiben, die sowohl auf persönlichen als auch systemischen Traumata beruhen.

Viele Patienten, die seit Langem unter schweren psychosomatischen Symptomen leiden und zur Behandlung in die Klinik kommen, neigen dazu, an ihren Symptomen unbewusst festzuhalten. In diesem Artikel werde ich einige Gründe anführen, weshalb dies geschieht, und anschließend werde ich unsere Erfahrungen darstellen, wie wir sie an die Aufstellungsarbeit heranzuführen. Ich werde auch die Schritte beschreiben, die wir in unserer vorbereitenden Arbeit mit Patienten durchführen, damit sie einen liebevollen und respektvollen Blick für sich selbst und ihre Familienangehörigen entwickeln.

Danach werde ich unseren besonderen Ansatz beschreiben, mit dem wir bei einer Aufstellung einen Stellvertreter für ein Symptom einsetzen. Ich werde erklären, warum dieser Ansatz erfahrungsgemäß ziemlich anspruchsvoll ist sowohl für den Patienten als auch den Aufsteller. Obwohl diese besondere Art der Aufstellungsarbeit komplex ist, scheint sie doch ein sehr wirksamer Weg für die betroffenen Personen und ihre Familiensysteme zu sein, der es „dem Symptom erlaubt, sich schließlich zurückzuziehen“.

→

Traumaenergie führt zu psychosomatischen Symptomen

Wir unterscheiden zwischen *persönlichen Traumata* und *systemischen Traumata*.

Persönliches Trauma

Wenn es Ereignisse in der persönlichen Geschichte einer Person gab, die als gefühlsmäßig, körperlich und seelisch überwältigend und für das persönliche Wachstum behindernd erlebt werden.

Systemisches Trauma

Wenn ein Familienmitglied ein schweres Schicksal erlitten hat oder jemand außerhalb des Familienverbandes durch die Tat eines Familienmitglieds ernsthaft geschädigt wurde und dieses Ereignis nicht gewürdigt wurde oder wenn ein Familienmitglied von jemand anderem von außerhalb ernsthaft geschädigt wurde. Die Energie eines nicht gelösten Traumas wirkt sich dann auf andere Familienmitglieder aus, zum Beispiel auf Kinder oder Enkelkinder.

Psychosomatische Symptome werden oft von großen körperlichen und seelischen Anspannungen begleitet. Oft beruht diese Anspannung auf einem *persönlichen Trauma*, dessen Traumaenergie dissoziiert wird und sich im Organismus als Symptom zeigt.

Beispielsweise neigen Frauen, die sexuell missbraucht oder vergewaltigt wurden, dazu, ihre Gefühle von Schrecken, Schuld und Scham bei sich zu behalten. In vielen Fällen halten sie es für notwendig, den Missbrauch als Geheimnis zu wahren, und das Behalten dieser Energie führt dann zu hoher Anspannung im Körper. Dieser unterdrückte Schmerz zeigt sich oft als körperlicher Schmerz, zum Beispiel in Form einer Fibromyalgie. Manche junge Frau bringt sich auch Verletzungen bei und verursacht sich selbst körperliche Schmerzen als Versuch, die abgespaltenen seelischen Schmerzen damit zu bewältigen.

Der Versuch des Unbewussten, das Unerträgliche zu lösen, indem das Trauma abgespalten wird, führt zu blockierter Energie und Schmerzen im Körper. Gleichzeitig neigen Menschen dazu, in einer solchen anhaltenden Anspannungssituation negative Einstellungen über sich und ihre Familien zu entwickeln. Entsprechend fühlen sich die Betroffenen von Hass und Verzweiflung überwältigt.

Wir behandeln persönliche Traumata mit einer Vielzahl von speziellen Traumabehandlungstechniken wie zum Beispiel energetische Psychotherapie nach Fred Gallo, Advanced Integrative Therapy (nach Asha Clinton, bisher bekannt unter dem Namen Seemog Matrix Work) und Hypnotherapie nach Erickson.

In den meisten Fällen, bei denen wir mit Menschen konfrontiert sind, die unter heftigen Symptomen leiden, weist die zugrunde liegende blockierte Energie nicht nur auf ein persönliches Trauma hin, sondern auch auf ein ungelöstes systemisches Trauma. Traumatische Erfahrungen wie beispielsweise Vergewaltigung, plötzlicher Tod einer geliebten Person, vollzogener oder versuchter Mord in der Familie müssen von der betroffenen Person und in den meisten Fällen auch vom gesamten Familiensystem geleugnet werden, entweder um den traumatischen Schock und Schmerz seelisch zu überleben oder um sich vor der Familienschande zu schützen und den Zusammenhalt zu wahren. Das bedeutet, dass die abgespaltene, ungelöste Energie immer noch in der Familie wirkt. Nach Bert Hellingers Theorie vom kollektiven Gewissen und nach dem, was man in Aufstellungen sehen kann, versucht die ungelöste Energie eigene Wege zu finden, um dann in einer anderen Person zu einer anderen Zeit an einem anderen Ort zu einer Scheinlösung zu finden.

Systemische Traumaenergie scheint in Mitgliedern einer betroffenen Familie so lange als Symptom wieder aufzutauchen, bis diese Energie schlussendlich einen Weg findet, frei zu werden. Das kann gut gelingen, indem die zum Symptom gehörende systemische Verstrickung durch die notwendigen Bewegungen der Seele gelöst wird und sich dadurch offensichtlich auch die eingefrorene Traumaenergie lösen kann. Man kann miterleben, wie sich in Aufstellungen durch solche Prozesse die Herzen einzelner Familienmitglieder wieder öffnen können, die Liebe wieder frei fließen kann und wie die erlebte Verbindung zu den eigenen Wurzeln dem Betroffenen Kraft verleiht.

Die „Double-Bind“-Funktion psychosomatischer Symptome und ihr systemischer Hintergrund

Die Verbindung zwischen einem Symptom und dem zugrunde liegenden systemischen Trauma ist in den seltensten Fällen offensichtlich. Es bedarf sorgfältiger Untersuchung, um die verborgene Verbindung zu finden, damit die dem Symptom zugrunde liegende Verstrickung aufgelöst werden kann. Eine Symptomaufstellung ist dabei ein sehr hilfreiches Instrument. Wenn ein psychosomatisches Symptom die Aufmerksamkeit des Betroffenen und seiner Umgebung bindet, demonstriert es, dass etwas gesehen werden möchte, was bislang noch nicht gesehen wurde. Etwas, das nicht länger verleugnet werden kann, möchte ans Licht kommen. Gleichzeitig will dieses Symptom nicht seinen Ursprung offenbaren.

Zum Beispiel scheint eine Person, die unter ständigem Händewaschzwang leidet, darauf hinzuweisen, dass sie Angst vor Beschmutzung hat, obwohl die Handlung in der gegenwärtigen Situation dieser Person keinen Sinn ergibt. Es besteht keine klare Logik in dieser Handlung, und die Person selbst weiß das auch.

Das Symptom selbst kann als Metapher dessen angesehen werden, was angeschaut werden muss. Die Merkmale des Symptoms tragen einen verborgenen Schlüssel in sich und geben uns einen Hinweis auf das, was nicht in Ordnung ist, aber sie geben den Schlüssel nicht frei. Das ist eine doppelte Botschaft. Jeder kann sehen, dass etwas nicht stimmt, aber niemand soll wissen, worum es wirklich geht. Das Symptom scheint wie ein Doppelagent zu wirken. Einerseits weist es demonstrativ auf die dringende Notwendigkeit hin, ein verborgenes Thema aufzudecken, andererseits will es gerade dieses geheim halten. Damit scheint es einem Tabu zu gehorchen. Und niemals sind bewusste Informationen über das Trauma oder die Verbindung zum systemischen Umfeld vorhanden. Um bei dem vorhin genannten Beispiel des Händewaschzwangs zu bleiben, weist das Symptom auf das Thema Beschmutzung hin, sei es im wortwörtlichen oder übertragenen Sinne, verbunden mit einem persönlichen Trauma oder mit systemisch bedeutsamen Ereignissen über mehrere Generationen hinweg.

Warum zeigt sich das Symptom als Doppelagent, als verschleierte und gleichzeitig enthüllende Kraft?

Wir glauben, dass die verschleierte Kraft die Familiensham schützt und die Wiederherstellung des Gleichgewichts innerhalb des Systems anstrebt, indem sich eine Person unbewusst zur Verfügung stellt, diese Energie des ungelösten Themas zu binden. Diese Sichtweise geht zurück auf Bert Hellingers Konzept über die Gesetzmäßigkeiten des kollektiven Gewissens.

Die andere Kraft folgt dem Drang im System, die ungelöste Verstrickung ans Licht zu bringen, weil es die falsche Ordnung nicht dulden kann, das heißt, die falsche Person hat eine Last übernommen, die eigentlich ganz woanders hingehört.

Symptomaufstellungen

(Eine genaue Beschreibung des typischen Ablaufs einer Symptomaufstellung folgt später.)

Bei der Arbeit mit schweren psychosomatischen Symptomen haben wir ich beobachtet, dass das System sehr oft den Klienten und auch seine Therapeuten dazu verleitet, in der falschen Richtung zu suchen. Das betrifft hauptsächlich das Ansprechen einschlägiger Informationen, am wahrscheinlichsten wegen des starken Tabus, diese aufzudecken. In vielen Fällen benennt der Klient wesentliche Informationen, die aber nicht zu einer Lösung im Hinblick auf das Symptom führen.

Die Patienten liefern systemische Informationen über schwere Schicksale in ihrem Familiensystem und scheinen davon tief bewegt zu sein. Dem Therapeuten bleibt nichts anderes übrig, als diese zunächst aufzustellen, weil man nicht darüber hinweggehen kann. Wenn wir jedoch einen

Stellvertreter für das Symptom mit aufstellen, stellen wir anhand von dessen Verhalten häufig fest, dass die gelieferten Informationen nicht ausreichen, um die Aufstellung sich in Richtung einer Lösung bewegen zu lassen.

Das Symptom in einer Symptomaufstellung handelt wie ein Indikator für die relevante, dem Symptom zugrunde liegende Verstrickung. Solange das Symptom sich nicht bewegt und noch am Klienten oder jemand anderem im System „fest hängt“ oder angibt, dass es sich „steif“ oder „gebannt“ fühlt, so lange ist der relevante systemische Kontext noch nicht gefunden, selbst wenn andere relevante seelische Vollzüge schon gelaufen sind.

Sehr häufig kommen für die Lösung des Symptoms relevante Informationen erst während der Aufstellung zutage. Manche Informationen scheinen allerdings im Verborgenen zu bleiben und können nicht aufgedeckt werden. Dann wird es notwendig, einen zusätzlichen Stellvertreter für die fehlende Information hereinzunehmen. In den meisten Fällen führt das dann zu einer Lösung mithilfe der Bewegungen der Seele.

Es ist interessant zu beobachten, dass das Symptom jetzt anfängt, sich von dem Moment an vom Klienten wegzubewegen, wenn die relevante Verstrickung ins Spiel kommt. Sobald man sich mit der symptomrelevanten Verstrickung befasst, zieht sich der Stellvertreter des Symptoms für gewöhnlich vollständig zurück. Manchmal setzt er/sie sich auch spontan hin, was sonst erfahrungsgemäß überhaupt nicht üblich ist bei der Aufstellungsarbeit.

Fallbeispiel I: Frau mit Magersucht

Eine Frau, die seit 20 Jahren an Magersucht litt, wurde in unserer Klinik etwa sechs Wochen lang behandelt, ehe ich eine Symptomaufstellung mit ihr machte. Ihre Essstörung beruhte auf einer schweren Angst, sich satt zu fühlen und ihr Hungergefühl zu verlieren. Es ging nicht so sehr um ihr Gewicht, das sie störte; sie zählte keine Kalorien, sie liebte das Essen und den Vorgang des Essens an sich. Aber sie konnte diese irrationale Angst vor dem Sattsein nicht überwinden.

Sie brachte Fakten über ihr Familiensystem, die genau in Bert Hellingers Konzept von Magersucht passten: Der Vater ihres Vaters starb, als dieser noch ein kleiner Junge war. So schien es logisch, dass sich ihr Vater unbewusst zu seinem Vater in den Tod gezogen fühlen würde und dass sie entsprechend unbewusst sagen würde: „Lieber gehe ich als du.“

Als wir die Aufstellung unter Einbeziehung eines Stellvertreters für das Symptom machten, wurde deutlich, dass dieses Familientrauma betreffend den frühen Tod des Vaters eine wichtige Rolle für ihr Symptom spielte, und es

war offensichtlich, dass wir uns damit befassen mussten. Man konnte sehen, wie gelähmt die betroffenen Personen waren. Und selbst als dieses Trauma gelöst war, „hing“ der Stellvertreter für das Symptom immer noch am Stellvertreter für die Patientin. Das war ein Zeichen dafür, dass noch eine andere Verstrickung tief im Verborgenen lag.

Ich fragte die Klientin, ob irgendjemand verhungert war, zum Beispiel während des Krieges. Sie meinte, dass es niemanden hätte geben können, der verhungert sei, weil ihre Großmutter, die Mutter ihrer Mutter, ein Lebensmittelgeschäft besessen hatte. Dann wurde sie sehr aufgeregt und fügte hinzu: „Sie versorgte sogar Leute mit Essen, die nicht zur Familie gehörten.“ Am Ende schien die relevante Information aufzutauchen. Sie erinnerte sich nämlich jetzt daran, wie ihre Großmutter über ihre jüdischen Nachbarn sprach, die sie heimlich mit Essen versorgt und auch sonst auf vielerlei Weise unterstützt habe, wovon aber der Großvater nie etwas wissen durfte, weil er ein Nazi war. Schließlich fand der Bruder des Großvaters das Ganze heraus, und so musste die Unterstützung aufgegeben werden. Man muss annehmen, dass die jüdische Familie dann erneut hungern musste.

Als wir diese jüdische Familie aufstellten, bewegte sich das Symptom zum ersten Mal. Es bewegte sich auf die jüdische Familie zu; dann sank ein Mitglied dieser Familie auf den Boden. So wurde offensichtlich, dass wichtige Informationen noch fehlten. In diesem Fall jedoch schien es auszureichen, dass das Schicksal dieser Familie gewürdigt wurde. Die Großmutter, also die Mutter der Klientin, und sie selbst waren tief bewegt, verneigten sich vor der jüdischen Familie und baten sie, freundlich zu schauen, wenn die Klientin sich selbst erlaubte, genug zu essen, um am Leben zu bleiben.

Nach diesem Ereignis konnte die Klientin ihren Weg zu beiden Eltern finden und sich selbst als deren Kind erleben. Zuvor hatte sie vollständig von ihren Eltern abgeschnitten gewirkt – tief verwickelt in einer systemischen Verstrickung.

Nachdem die Patientin zu ihren Eltern gefunden hatte, zog sich der Stellvertreter für das Symptom vollständig in eine Ecke des Raums zurück.

Unseren Beobachtungen zufolge ist der Ablauf einer Symptomaufstellung umso komplexer und anspruchsvoller, je schwerer das Symptom ist. Wir scheinen dabei immer an einen Punkt zu kommen, wo der Aufsteller unsicher ist, wohin die Richtung des Ganzen geht. Sehr oft scheint der Ablauf zu stagnieren, bis die relevante Information dann doch schließlich „durchbricht“ und die notwendigen Bewegungen vollzogen werden können. Trotz der Tatsache, dass dieser Ansatz sehr komplex erscheint, ist er doch lohnenswert, weil er ein wirksamer Weg ist, das zugrunde liegende systemische Trauma und die Verstrickung zielgenau zu erkennen. Dennoch müssen Patienten genügend Kraft

und Ressourcen mitbringen, um sich diesen mächtigen systemischen Kräften zu stellen. Entsprechend wichtig ist die Wahl des richtigen Zeitpunkts.

Schweres Leiden unter psychosomatischen Symptomen

Die meisten Patienten werden dermaßen von ihren Symptomen geplagt, dass ihre ganze Aufmerksamkeit vom Leiden aufgesogen wird. Währenddessen ist es schwer für sie, den Blick jenseits ihrer Symptome auf den systemischen Hintergrund zu werfen. Verständlicherweise wollen sie einfach nur ihr Symptom loswerden. Zu Beginn einer Behandlung scheinen die Symptome oftmals zunächst einmal schlimmer zu werden. Sie werden mächtiger, und der Patient lebt sie aus, so als wolle er uns zeigen, wie schwerwiegend sie sind. Es mag fast den Anschein haben, dass wir als Therapeuten getestet werden sollen, um sicherzugehen, ob wir auch dann noch respektvoll mit ihnen umgehen, wenn die Symptome uns herausfordern. Auf diese Weise wird geprüft, ob wir auch respektvoll auf ihre Familienangelegenheiten schauen. In ganz seltenen Ausnahmefällen, wenn Patienten beispielsweise akut suizidal werden, haben wir keine andere Wahl, als sie für einige Tage in die nahe gelegene psychiatrische Klinik zur Intensivüberwachung einzuweisen, um ihre Sicherheit zu gewährleisten. Wenn diese Patienten dann zurückkommen, kann die eigentliche Arbeit am Symptom in der Regel beginnen².

In den meisten Fällen kann sofortige Erleichterung von einem schwerwiegenden Symptom paradoxerweise nicht akzeptiert oder ausgehalten werden, weil das Symptom eine wichtige Rolle im Familiensystem eingenommen hat. Wenn der Patient das Symptom zu früh hinter sich ließe, bekäme er unbewusst Angst, das System zu destabilisieren und vielleicht sogar von der Familie ausgeschlossen zu werden. Wenn das Symptom ein Versuch des Unbewussten ist, eine ausgeschlossene Person wieder in die Familie hereinzuholen, kann das zu frühe Loslassen des Symptoms diesen unbewussten Vorgang stören.

Da die Familienaufstellungsarbeit ein in hohem Maße lösungsorientierter Ansatz ist, müssen vor einer Aufstellung besondere Vorbereitungen getroffen werden, damit die Lösung nicht entwertet oder nicht ernst genommen wird.

Vorbereitende Techniken

Einer der ersten Schritte in der Therapiearbeit mit Symptomen ist es, dem Patienten zu helfen, sich mit seinem Symptom anzufreunden. Das bedeutet auch, dass man freundlich auf das verborgene Thema hinter dem Symptom schaut. So arbeiten wir für einige Zeit mit den Patienten dahin gehend, dass sie eine wohlwollende Einstellung zu sich entwickeln, zu ihrem Schicksal und dem Symptom. Hier glauben wir, dass der Ansatz der energetischen Psy-

chotherapie mit seiner Theorie der „psychologischen Umkehrungen“ (Gallo 2002) sehr hilfreich ist. Eine ausführliche Beschreibung dieser Arbeit würde allerdings den Rahmen dieses Artikels sprengen.

Indem die Patienten allmählich ihr Herz für sich selbst öffnen und eine Ahnung davon bekommen, wie es sich anfühlt, ihr Leben auch mit den Entbehrungen und oftmals schweren Schicksalsschlägen besser annehmen zu können, sind sie schließlich in der Lage, mit ihrem Symptom einen freundlicheren Kontakt aufzunehmen.

Manchmal ist das der richtige Moment, die systemische, mehrgenerationale Sichtweise mit dem Patienten gemeinsam in den Blick zu nehmen. Ich beginne meistens damit, indem ich den Patienten bitte, das Symptom mithilfe einer Visualisierung zu externalisieren (White & Epston 2002). Ich frage dann: „Angenommen, das Symptom sei ein Mensch; ist es dann eher ein Mann oder eine Frau?“ Daraufhin kann ich den Patienten zu einem Dialog mit seinem Symptom einladen und ihn seine eigene Art und Weise finden lassen, wie er dem Symptom gegenüber seine Achtung zeigt, zum Beispiel indem er sich der visualisierten Person jedes Mal zuwendet, wenn er es wahrnimmt, und sich vielleicht einmal kurz vor ihm verneigt oder einen anderen freundlichen Dialog beginnt.

Fallbeispiel II: Frau mit Bulimie

Eine Frau, die unter Bulimie litt, stellte sich ihr Symptom des Erbrechens als Mann vor. Sie malte ein Bild von ihm und hängte es über ihrer Toilette auf. (Das war ihre persönliche Art, mit dieser Externalisierung des Symptoms umzugehen.) Ich schlug ihr vor, sich jedes Mal, wenn sie anfangen würde zu erbrechen, vor dem Mann zu verneigen und dann auf ganz freundliche Weise zu erbrechen. In der nächsten Sitzung war sie humorvoll verärgert, weil es ihr zumindest während dieses Rituals nicht mehr gelang zu erbrechen.

Das Wesentliche an dieser Intervention war, dass ich mich auf die Seite ihres Symptoms stellte und damit achtungsvoll hinter den ausgegrenzten Teil ihres Systems.

Wie oben beschrieben, enthüllt das Symptom normalerweise nicht sofort seinen Ursprung. Um ihn zu entschlüsseln und relevante Angaben über die Verbindung des Symptoms zum spezifischen systemischen Feld zu erhalten, müssen wir zunächst eine Vorstellung von dem zugrunde liegenden Muster bekommen, indem wir nachfragen, wie die ursprüngliche Situation war, als das Symptom begann.

Fallbeispiel III: Frau mit Übergewicht

Eine 40-jährige Frau, die unter Übergewicht litt, fing mit 16 Jahren an zuzunehmen, als sie merkte, dass sie eine

Schönheit wurde und junge Männer hinter ihr her waren. Sie wusste nicht mehr, was in diesem Alter so alles passiert war. So bat ich sie, sich vorzustellen, wovor sie Angst hätte, wenn sie schlank wäre. Sofort antwortete sie: „Vergewaltigung!“

Sie hatte nie eine Vergewaltigung oder sexuellen Missbrauch in ihrem Leben erlebt. Die einzige Information, die sie in ihrem weiteren System dazu hatte, war, dass eine Cousine ihrer Mutter vergewaltigt worden war.

Wir machten eine Aufstellung mit einem Stellvertreter für das Symptom. Dabei zeigte sich, dass ihr Großvater, der während der Naziherrschaft im Sudetenland Polizist war, ein Täter zu sein schien, der womöglich eine Frau missbraucht hatte. Die Klientin schien mit dem Opfer identifiziert zu sein. Ich unterlasse die Beschreibung der einzelnen Zwischenschritte, die zur Auflösung der Verstrickung notwendig waren, aber am Ende konnte sie ihren Platz bei den Eltern einnehmen, nachdem sie die missbrauchte Frau anerkannt hatte und von ihr freigegeben worden war. An diesem Punkt der Aufstellung zog sich das Symptom zurück.

Nach dieser Aufstellung und einigen weiteren Behandlungen nahm die Klientin endlich ab und war in der Lage, ihr Gewicht dauerhaft zu halten.

Symptome als Stellvertreter

In unseren Symptomaufstellungen beginnen wir meist damit, dass wir den Klienten bitten, einen Stellvertreter für das Symptom auszuwählen und einen weiteren für sich selbst und diese beiden aufzustellen. Auf diese Weise erhalten wir einen ersten Eindruck, wie sie sich zueinander verhalten. Danach nehmen wir normalerweise die Eltern herein oder in manchen Fällen auch andere Mitglieder des aktuellen Familiensystems. Im Verlauf der Aufstellung beginnt das Symptom durch die Art und Weise, wie es sich bewegt oder auch nicht, aufzuzeigen, wohin es gehört: zu einer ausgeschlossenen Person oder zu einem zugrunde liegenden, ungelösten systemischen Trauma, in das vielleicht auch mehrere andere Personen verwickelt sind. Nach Varga von Kibéd (2002) betrachten wir den Stellvertreter für das Symptom als ein „freies Element“, das von uns instruiert wird, sich jederzeit ganz nach seiner Intuition frei im Raum zu bewegen. Über dieses Verhalten bekommen wir einen Hinweis über das Muster des abgespaltenen systemischen Zusammenhangs.

Relativ häufig ist es erforderlich, die Aufstellung unter Hinzunahme von abstrakten Elementen zu erweitern wie zum Beispiel „Das Geheimnis“ oder „Das, was nicht bekannt werden darf“. Diese Herangehensweise zeigt interaktive Muster, aus denen heraus mögliche Handlungen in Richtung Lösung deutlich werden, obwohl wir darauf verzichten, konkrete Informationen anzubieten und die ausge-

schlossene Person im System zu benennen, wenn die entsprechende Information nicht konkret vorhanden ist. Auf diese Weise schützen wir das Interesse der Familie, ihre Scham zu wahren, und ermöglichen gleichzeitig die (eingeschränkte) Enthüllung. Beide Schritte sind notwendig, damit das Symptom sich zurückziehen kann.

Sobald relevante, lösungsbegünstigende Handlungen sichtbar werden, pflegt sich der Stellvertreter für das Symptom vom Geschehen wegzubewegen und sich manchmal vollständig zurückzuziehen. Die übliche Rückmeldung, die wir dann erhalten, ist die, dass das Symptom sich orientierungslos fühlt, nicht weiß, was es tun soll, oder dass es sich oft spontan einfach hinsetzt.

Fallbeispiel IV: Patient mit Zwangsstörung

Ein niedergelassener Facharzt für Chirurgie, Ende dreißig, litt seit etwa zehn Jahren an einem Waschzwang aufgrund der Zwangsvorstellung, er könne sich bei einem seiner Patienten mit Aids infizieren. Seine Praxis konnte er trotzdem führen, weil er die allermeiste Zeit Schutzhandschuhe trug. Eines Morgens hatte er plötzlich die bedrückende Fantasie, seine drei kleinen Kinder umzubringen.

Daraufhin besorgte er sich umgehend einen ärztlichen Vertreter für seine Praxis und kam in größter subjektiver Not in unsere Klinik. Sein Auftreten war eine seltsame Mischung aus souveräner partnerschaftlich-freundlicher Verbindlichkeit und einem das Gegenüber irritierenden zwanghaften Hochhalten der von vielen Waschungen geröteten Hände in Brusthöhe, etwa so, wie ein Chirurg seine sterilen handschuhgeschützten Hände in Operationspausen vor versehentlichem verunreinigendem Kontakt fernzuhalten pflegt. Er schien sich der Irritation und Peinlichkeit dieser Gottesanbeterinnenhaltung immer wieder bewusst zu werden und versuchte dann, seine Hände nach unten zu führen, aber sie kamen von alleine immer wieder in Brusthöhe.

Wir fragten uns, wie er es überhaupt geschafft hatte, mit dieser Symptomatik eine erfolgreiche Praxis zu führen. Aber wir hörten von jemandem, der sein Patient war und in seiner Stadt lebte, dass er sehr zufrieden mit seinen Behandlungen war.

Der Behandlungsprozess war turbulent. Die Symptome verschlimmerten sich sichtlich. Es gab zwar auch Zeiten der Besserung, aber die unerträgliche Symptomatik kam immer wieder. Mal regredierte er weinend und zeigte sich extrem unruhig und verzweifelt wie ein kleines Kind, mal wurde er extrem aggressiv.

Das Genogramm des Patienten ergab lediglich, dass der Vater der Mutter im Krieg umgekommen war, als diese zwölf Jahre alt war. Während des Krieges war der Vater des Vaters bei der Marine in Norwegen, er hatte aber nie etwas über irgendwelche Kämpfe oder Beziehungen zur

Bevölkerung berichtet. Außer diesen Fakten, gab es keine weiteren genografischen Informationen.

Keine unserer Interventionen schien zu helfen, seine Symptomatik verschlimmerte sich zusehends. Er beschäftigte sich schließlich mit dem Gedanken, seine Praxis aufzugeben, und wir hatten große Sorgen über seine zunehmenden suizidalen Tendenzen.

In dieser sich dramatisch zuspitzenden Situation entschlossen wir uns, eine Symptomaufstellung zu riskieren.

Der Prozess der Aufstellung

Der Patient wählt einen männlichen Stellvertreter für seinen Zwang. Das Symptom steht dicht hinter ihm. Egal, wo der Stellvertreter des Patienten sich hinbewegt, das Symptom „klebt“ fest an ihm. Das Symptom gibt die Rückmeldung, dass es den Klienten schützen will. Der Stellvertreter des Klienten fühlt sich sehr angespannt und völlig in Anspruch genommen vom Symptom.

Mutter und Vater werden dazugenommen.

Der Patient stellt Mutter und Vater in großer Entfernung zu seinem Vertreter auf. Jeder Elternteil schaut in eine andere Richtung. Die Mutter schaut auf den Boden. Der Stellvertreter des Klienten ist vom Symptom absorbiert und isoliert, zu den Eltern ist überhaupt kein Kontakt zu erkennen.

Dynamik mütterlicherseits

Da bekannt ist, dass der Vater der Mutter im Krieg gefallen ist, als diese zwölf Jahre alt war, ist es das Naheliegende, den Großvater und die Großmutter hineinzunehmen. Jetzt wird deutlich, dass sich zunächst das Trauma der Großmutter über den Tod ihres Mannes bei der Großmutter lösen muss, bevor die Mutter schließlich in der Lage ist, auf ihren Vater zuzugehen und ihre Liebe zu ihm auszudrücken, bevor sich dann schließlich die Trauer über den Verlust ihres Vaters lösen kann.

Das Symptom scheint sich zunächst für diese Vorgänge zu interessieren. Kurzfristig löst es sich vom stellvertretenden Patienten. Der Patient selbst zeigt sich sehr berührt. Die Stellvertreterin der Mutter des Patienten steht bei ihren Eltern. Diese Episode scheint wichtig für den Lösungsprozess insgesamt, aber offensichtlich ist dieser Vorgang nicht der Kern im Hinblick auf die Lösung der systemischen Zusammenhänge, die für das Symptom des Patienten relevant sind. Vorübergehend bewegt sich das Symptom – fast suchend – in Richtung des Stellvertreters des Vaters des Patienten. Es geht dann aber recht zielstrebig zurück hinter den Stellvertreter des Patienten.

Dynamik väterlicherseits

Die auffällige Nichtveränderung des Symptoms veranlasst mich, zunächst den Vater des Vaters mit hineinzunehmen,

um die Hypothese zu überprüfen, ob dessen Kriegserlebnisse in Norwegen mit in die Dynamik hineinspielen. Die Großmutter des Klienten lasse ich ebenfalls aufstellen. Während der Stellvertreter des Patienten zur Mutter strebt, scheint ihn das Symptom geradezu daran zu hindern. Das Symptom tendiert jetzt zaghaft in Richtung Großeltern väterlicherseits. Doch es bleibt stehen, nichts bewegt sich mehr. Alles scheint zu stagnieren.

Hineinnahme des abstrakten Elements „Das, was nicht gesehen wird“ (weiblich)

Es wird ein abstraktes Element, nämlich „das, was nicht gesehen wird“, aufgestellt. Der Patient wählt eine weibliche Stellvertreterin aus und stellt sie außerhalb in Richtung Großmutter väterlicherseits auf.

Der Stellvertreter des Klienten fühlt sich stark in diese Richtung gezogen, wirkt emotional sehr beteiligt, das Symptom folgt, ist aber immer noch stark darauf bedacht, den Stellvertreter des Klienten zu behindern. „Das, was nicht gesehen wird“ fängt an, stark zu zittern, große Angst und Gänsehaut werden mitgeteilt. Sie könne fast nicht mehr stehen, ganz klein fühle sie sich, und es friere sie. Plötzlich bewegt sich die Großmutter unter starker emotionaler Beteiligung auf „das, was nicht gesehen wird“ zu. Das Symptom entfernt sich vom Stellvertreter des Patienten und stellt sich in die Nähe des Vaters des Klienten. Es sieht zeitweilig so aus, als ob es irgendwen suche und schließlich beim Vater hängen bleibe. Gleichzeitig fällt „das, was nicht gesehen wird“ um, und die Großmutter nimmt es weinend zu sich in die Arme und auf den Schoß wie ein Kind, um das sie trauert. „Das, was nicht gesehen wird“ beruhigt sich, wird warm und fühlt sich geborgen.

Das Symptom löst sich wieder vom Vater, geht wieder zurück zum Patienten und versucht ihn daran zu hindern, näher an die Großmutter und das Kind heran zu gehen. Der Stellvertreter des Patienten versucht, fast penetrant zu intervenieren bei der innigen Bewegung zwischen Großmutter und Kind, so als wolle er einspringen. Die Großmutter sagt schließlich, er solle sie das erledigen lassen, das sei zu groß für ihn, sie sehe seine Liebe und dass er lange Zeit hingeschaut habe, obwohl sie hätte schauen müssen, und dass er die Last getragen habe, dass sie aber nunmehr sich selber kümmerge und dass er frei sei. Der Stellvertreter des Patienten schaut das Kind intensiv an, bringt seine innere Bewegtheit zum Ausdruck und vergewissert sich, dass das Kind freundlich auf ihn schaut. Schließlich kann er sich aufrichten.

Obwohl deutlich geworden ist, dass es sich bei den geschilderten Vollzügen um das eigentliche Thema gehandelt hat, zieht sich das Symptom noch nicht zurück, pendelt zwischen der Szene mit der Großmutter und dem Klienten und dessen Vater hin und her. Der Stellvertreter des Vaters des Klienten schaut die ganze Zeit sehr angespannt zu, äußert, dass er kaum mehr stehen könne.

Hineinnahme von „Die Person, die noch fehlt“ (männlich)

Es wird „die Person, die noch fehlt“ hineingenommen. Der Patient stellt einen Mann in der Nähe der Großmutter auf. Die Großmutter fängt an zu zittern, das Kind fühlt sich steif. Die Großmutter nimmt das Kind und zieht sich vor dem Mann zurück. Der Mann ist erst nach mehrmaliger Ansprache bereit, hinzuschauen, zieht sich dann weit hinter den Stuhlkreis zurück. Es scheint sich um einen Täter zu handeln. Großmutter und Kind können sich erst beruhigen, als der Mann sich zu seiner Schuld bekennt und äußert, dass er die Verantwortung und die Folgen tragen werde, und sich daraufhin zurückzieht.

Die Großmutter sieht zu ihrem Mann, erstmalig ist ein Kontakt zwischen den beiden möglich, sie stellen sich nebeneinander, das Kind bleibt bei der Großmutter.

Der Vater kann sich auf seine Eltern zubewegen, es folgt eine Hinbewegung zu ihnen. Der Vater kann nun wahrnehmen, dass er eine Frau hat, die Mutter des Patienten. Das Symptom zieht sich während dieser Szenen mehr und mehr zurück, bleibt aber noch wachsam im Hintergrund. Der Stellvertreter des Patienten schaut wie gebannt auf den „Täter“. An dieser Stelle wird der Patient selbst in die Aufstellung genommen. Nach einer Verneigung und dem Bekenntnis, dass die Geschehnisse zu groß für ihn seien, und nach einer Lossprechung von seinem Sühnebedürfnis, das sich in seinen Zwangshandlungen niederschlägt, kann er sich seinen Eltern zuwenden.

In diesem Moment zieht sich das Symptom noch weiter zurück. Es macht fast den Eindruck, unbeteiligt zu sein. Der Patient kann eine berührende Hinbewegung zu seinen Eltern vollziehen. Man hat den Eindruck, dass die Anspannung von Jahren von ihm abfällt. Als er sich in den Armen der Eltern befindet, setzt sich das Symptom spontan auf einen freien Stuhl im Stuhlkreis.

Zusammenfassung

Diese Aufstellung zeigte, dass der Patient durch sein Symptom eine Art Täter-Opfer-Dynamik in sich verkörpert fühlte, die vom System abgespalten worden war.

Die Hypothese in diesem Fall wäre, dass der Patient doppelt identifiziert war. Einerseits schien er mit dem Kind identifiziert zu sein, das extreme Schrecken erlebt hatte entsprechend dem, was in der Aufstellung auftauchte. Andererseits schien er mit dem Täter identifiziert zu sein. Beide Kräfte zeigten in seinem Symptom die Angst, seine Kinder umzubringen: die unerträgliche Angst vor Ansteckung mit Aids, die er durch zwanghafte Handlungen in Schach zu halten suchte, und die qualvolle Schuld, die er als seine eigene erlebte, die aber eigentlich vom Täter unbewusst auf ihn übergegangen war. Beide Neigungen schienen dazu beigetragen zu haben, das Symptom weiter zu unterhalten. Wir könnten auch sagen, dass das zwanghafte Händewaschen das Bedürfnis nach Wiedergutmachung spiegelte, das aus seinem System kam.

Einige Gedanken zum roten Faden dieser Aufstellung

Der Vertreter des Symptoms handelte als Indikator dafür, welche Schritte in Richtung Lösung vorgenommen werden mussten. Immer wieder stand das Symptom nahe beim Vater und zeigte damit eine Affinität zum System des Vaters an. Die größte Spannung und die erste Erleichterung kamen auf, als die Großmutter zum Stellvertreter des „Ungesehenen“ ging.

Es war interessant, dass sich unsere ursprüngliche Hypothese als unbegründet herausstellte, nämlich dass das zugrunde liegende Geheimnis möglicherweise entweder eine Tat war, die der Vater des Vaters während der Kriegsergebnisse in Norwegen begangen hatte, zum Beispiel indem er eine norwegische Frau entehrte, oder auch die Existenz eines möglichen Halbgeschwisters.

Nachdem die Mutter des Vaters in der Lage war, ihre starre Haltung zu lösen, die durch ihr Trauma des frühen Vaterverlustes entstanden war, wies das Symptom darauf hin, dass es noch eine weitere bedeutsame Dynamik gab, die es aufzudecken galt, ehe eine Lösung gefunden werden konnte. Die Anspannung des Vaters war ebenso ein wichtiger Hinweis darauf, dass die Aufstellung so noch nicht zu Ende war. Es erstaunte dann nicht, dass der Patient einen Mann für „Die Person, die fehlt“ auswählte, weil er bereits einen Mann für das Symptom ausgewählt hatte. Mit dem Auftreten dieser zusätzlichen Person konnte sich das systemische Trauma, das vom System abgespalten war, in seinen Schreckensszenarien abbilden, und es konnte lösend integriert werden.

Wie so oft zeigte die Aufstellung auch, dass das Aufdecken einer systemischen Bindung und die Auflösung der Verstrickung alleine nicht ausreichen, um das Symptom zum Rückzug zu bewegen. Es wurde vielmehr deutlich, dass die wahre Lösung für den Patienten – also der Moment, wo sich das Symptom hinsetzte – dann erreicht wurde, als er die Hinbewegung zu seinen Eltern vollziehen konnte. Als Kind bei seinen Eltern angekommen, hat er die Anspannung loslassen können. Dieser Vollzug ist aber erst möglich geworden, nachdem die vom System abgespaltenen traumatischen Inhalte externalisiert worden sind und – für den Patienten sichtbar – vom System integriert worden sind, sodass sie nicht mehr in einer Person – hier dem Patienten – als Symptom inkorporiert getragen werden mussten.

Die Reaktion des Patienten nach der Aufstellung

Nach der Aufstellung berichtete der Patient, dass er nicht alles verstanden habe, was da abgelaufen sei. Dennoch spürte er eine Weile eine bedeutende Erleichterung von seinem Symptom, aber er sei noch oft in alte Gefühle zurückgefallen. Immerhin entschied er sich trotz allem, sich einem Test auszusetzen und seine kleinen Kinder von Zeit zu Zeit zu einem Besuch in die Klinik einzuladen. Über die nächsten drei Wochen tat er das immer öfter. Er klagte auch weniger über Schlafstörungen und saß auch nicht mehr wie zuvor häufig weinend im Schwesternzimmer.

Mehrere Monate nach seiner Entlassung rief er an, um mitzuteilen, dass er einen Patienten zu uns überwiesen hatte. Bei dieser Gelegenheit erzählte er auch, dass seine zwanghaften Symptome fast vollständig verschwunden seien. Er war in eine kleine Eigentumswohnung umgezogen, nachdem er für einige Zeit bei seiner Mutter gewohnt hatte. Er ließ sich schließlich scheiden, konnte aber zu seiner Freude seine geliebten Kinder mehrere Male in der Woche bei sich haben. Und er hatte keine mörderischen oder suizidalen Gedanken.



Dagmar Ingwersen, psychologische Psychotherapeutin in der Privatklini Bad Zwischenahn und Geschäftsführerin in der Klinik, 1994–2004 Mitglied im Leitungsteam der Psychosomatischen Klinik Rastede, eigene Praxis in Oldenburg. Weiterbildung in systemischer Psychotherapie bei Bert Hellinger seit 1985 und bei der Internationalen Gesellschaft für Systemische Therapie, Heidelberg. Körperpsychotherapie. Energetische Psychotherapie (EDxTM) nach Dr. Fred Gallo, autorisierte Trainerin für Level I + II.

Anmerkungen

- ¹ Dr. med. Friedrich Ingwersen, Chefarzt der Privatklinik Bad Zwischenahn, www.privatklinik-zwischenahn.de
- ² Weitere Einzelheiten zu den Interaktionsdynamiken zwischen Patienten, Klinikpersonal und einem dominanten Symptom kann man in folgendem Artikel von Friedrich Ingwersen finden: Wie umschiffte man ein schwerwiegendes Symptom wie einen Fels ...“, vorgestellt auf dem Kongress „Coming Together“ in Köln 2007, erhältlich per E-Mail unter: info@privatklinik-zwischenahn.de

Literatur

- Gallo, F. (1999), Energetische Psychologie. VAK, Kirchzarten.
- Hellinger, B., Weber, G. (1997), Zweierlei Glück. Carl-Auer Verlag, Heidelberg.
- Hellinger, B. (1994), Ordnungen der Liebe. Carl-Auer Verlag, Heidelberg.
- Ingwersen, F. (2005), Der schwierige Patient. In: Praxis der Systemaufstellung, Beiträge zu Lösungen in Familien und Organisationen, Heft 1, 2005.
- Kutschera, I., Schäffler, C. (2002), Was ist nur los mit mir? Krankheitssymptome und Familienstellen, Kösel, München.
- White, M., Epston, D. (2002), Die Zähmung der Monster. Carl-Auer Verlag, Heidelberg.
- Varga v. Kibéd, M. (2002), Ganz im Gegenteil. Carl-Auer Verlag, Heidelberg.