

Die Hinbewegung¹

Zeitgleich zu Bert Hellingers neuen Wegen und Entwicklungen erfahren einzelne seiner früheren Untersuchungen und Thesen offenbar eine neue Aufmerksamkeit. Sie drehen sich um das, was er „Geburt“ und „unterbrochene Hinbewegung“ nennt. Im vorliegenden Artikel wird eine ausführliche Darstellung dieser Prozeduren gegeben, und es wird dargestellt, welche Hinweise vom Patienten zu dieser Arbeit führen. Weiter wird gezeigt, dass in unserer psychosomatischen Klinik viele Patient(inn)en eine besondere Heranführung an die Arbeit mit dem Familienstellen brauchen. Es wird dargelegt, welchen besonderen Stellenwert die Themen „Geburt“ und „Hinbewegung“ dabei spielen.

Bert Hellinger hat Ende der Achtzigerjahre einmal mündlich seine Einschätzung mitgeteilt, dass etwa 70 Prozent der in der Psychotherapie zu behandelnden Probleme auf systemische Verstrickungen und etwa 30 Prozent auf „primäre“ Zusammenhänge zurückzuführen seien. Mit Letzteren meinte er Erlebnisse und Traumatisierungen, die sich in der individuellen Lebensgeschichte der Patientinnen und Patienten ereignet haben. Von all solchen Ereignissen, die im Leben eines Menschen eine dauerhafte krank machende Wirkung auf seine Seele haben könnten, sei die „unterbrochene Hinbewegung“ des jungen Kindes am häufigsten und am bedeutendsten.

Im Folgenden bringe ich eine praxisorientierte und recht detaillierte Beschreibung derjenigen Elemente von Bert Hellingers Arbeit, die um diese Thematik kreisen, nämlich das, was er „Geburt“ und „Hinbewegung“ nennt. Und danach bringe ich einige Erfahrungen dazu aus der psychosomatischen Klinik.

Bert Hellingers frühere Methodik

Man kann allgemein sagen, dass das Familienstellen nach Bert Hellinger zum einen die Komponente des Wahrnehmens mit der Suche nach dem guten Platz enthält und zum anderen die Komponente der so genannten „Vollzüge“, die einen noch stärker rituellen Charakter haben und bei denen Gefühle und Emotionen eine wichtige Rolle spielen. Zu diesen „Vollzügen“ gehört auch die „Hinbewegung“.

Am Anfang fanden in Bert Hellingers Praxis die körper- und emotionenbetonte „Primärarbeit“ einerseits und das Familienstellen andererseits noch in getrennten Settings statt. Erst Ende der Achtziger kam es zur Synthese insofern, als die Aufstelltechnik – also das Wahrnehmen und Finden des guten Platzes – und die so genannten „Vollzüge“ mit ihrem emotionalen Ausdruck zu einem Setting kombiniert wurden.

Von diesen therapeutischen „Vollzügen“ stehen „Geburt“ und „Hinbewegung“ in enger Beziehung zueinander, und sie mögen Ähnlichkeiten mit dem Rebirthing nach Leonard Orr oder dem holotropen Atmen nach Stanislav Grof haben. Sie sind jedoch in dieser Form in Bert Hellingers primärtherapeutischer Praxis eigenständig entstanden.

Die „unterbrochene Hinbewegung“

Mit „Geburt“ meint er eine in der Primärtherapiesitzung erlebte Wiederholung des Geburtserlebnisses und mit „Hinbewegung“ einen sich daran anschließenden elementaren inneren Vorgang in der Seele des Kindes, der das „Nehmen“ der Mutter betrifft und der für seine Entwicklung von lebenslanger Bedeutung ist.

Bert Hellinger erzählte dazu eine Fallgeschichte von einem Touristen, der in Griechenland bei der Besichtigung eines engen unterirdischen Ganges einer antiken Anlage eine Panikattacke bekommen habe, die ihn dazu gezwungen habe, in größter Not sofort wieder nach Hause zu fliegen. In Bert Hellingers primärtherapeutischer Behandlung habe er erkannt, dass es sich um ein Wiederholungserleben seiner traumatischen Geburt handelte. Bert Hellinger erzählte weiter, dass der Patient in der Primärsitzung dann noch einmal die Gefühle und Emotionen dieser Geburt durchlebt habe – diesmal mit gutem Verlauf und Ausgang. Danach sei es ihm zunächst sichtlich besser gegangen, jedoch hätten die mit Hyperventilationssyndrom einhergehenden Panikattacken dadurch keineswegs zu ihrem Ende gefunden, sondern sie seien mehrfach wieder aufgetreten. Bert Hellinger habe dann erkannt, dass ein bloßes wiederholendes Durchleben der Primärsituation, nämlich der Geburt, nicht für eine dauerhafte Symptombesserung ausreicht, sondern dass dem fundamentalen Bedürfnis des Kindes entsprochen werden muss, sich zu seiner Mutter (und dann zu seinem Vater) hinzubewegen, um der Welt zustimmen zu können. Um nach der therapeutischen Wiederholung des Primärvorganges der Geburt diese „Hinbewegung“ für den Klienten zu sichern, hat Bert Hellinger schließlich das „Morgengebet“ entwickelt (s. S. 7): „Liebe Mama, ich nehme es von dir, alles, das Ganze, mit dem ganzen Drum und Dran ...“ (Weber, 1994) – so Bert Hellinger. Sobald der Klient am Ende einer weiteren geburtswiederholenden Sitzung diese Sätze vom Therapeuten nachgesprochen habe, habe sich seine Paniksymptomatik zum Besseren und Stabileren geändert.

So hatte Bert Hellinger zwei aufeinander folgende Behandlungsprozeduren entwickelt, die er „Geburt“ und „Hinbewegung“ genannt hat und die er und Schüler von ihm,

darunter ich, seit den Achtzigern häufig eingesetzt haben. Diese Techniken sind dann später in Abwandlung gewissermaßen als eine der wichtigsten Komponenten mit in die „Aufstelltechnik“ eingegangen, und er bezeichnet sie jetzt – als ein Vorgang zusammengefasst – als das „Nehmen der Eltern“. Freunde und ich glauben sagen zu können, dass diese zwei therapeutischen Interventionen bei vielen unserer Patientinnen und Patienten zu einer nachhaltigen Besserung ihrer neurotischen, speziell ihrer depressiven und phobischen Symptomatik geführt haben.

Theoretische Grundannahmen zu „Geburt/Hinbewegung“

Da speziell das „Nehmen der Eltern“ eine zentrale Bedeutung in Bert Hellingers Aufstellprozess hat, werden „Geburt/Hinbewegung“ hier ausführlicher beschrieben – zumal Bert Hellinger sie nach meiner Kenntnis auch heute durchaus noch gelegentlich anwendet.

Die theoretische Grundvorstellung, die er dazu gibt, ist die von einem inneren Ablauf, welcher sozusagen als biologisches Triebbedürfnis zum „seelischen Pflichtprogramm“ im Leben eines Menschen zu gehören scheint. Dabei mag es Analogien zwischen diesem Vorgang und anderen theoretischen Beschreibungen geben, zum einen zur Bindungstheorie der Entwicklungspsychologie und zum anderen zum Begriff der Prägung in der Verhaltensforschung. Denn auch bei frisch geschlüpften oder neugeborenen Tieren spielen eine Suchbewegung und ein Finden des Elterntieres eine überragende Rolle für eine günstige oder ungünstige Verhaltensentwicklung im gesamten Leben dieses Individuums.

Bert Hellinger beschrieb für seinen Ansatz die Vorstellung, dass das Kind zur so genannten „Hinbewegung“ strebt, indem es sich auf die Eltern – zunächst die Mutter – zubewegt, um dann mit dieser zu einer tiefen liebevollen Begegnung zu finden, welche er „Bonding“ nennt. Dadurch „nimmt“ das Kind seine Mutter in einem tiefen existenziellen Sinne, es stimmt der Welt zu, wie sie ist, und es fügt sich in seine Sippe und in sein „Startschicksal“ ein. Ein Gelingen dieses fundamentalen Vorganges, der sich die ganze frühe Kindheit hindurch ereignet, wird von ihm als Voraussetzung für die Stabilität wichtiger seelischer Funktionen angesehen.

Er weist nun auf Fälle hin, in denen diese „Hinbewegung“ in der Kindheit durch irgendein traumatisches Ereignis unterbrochen wurde. Und das ist dann, so Bert Hellinger, gewissermaßen der Kernzusammenhang für alle neurotischen Entwicklungen, vor allem diejenigen mit depressiver und phobischer Symptomatik. Diese Unterbrechung der „Hinbewegung“ führt dann zeitlebens immer wieder dazu, dass die Person sich – symbolisch in den unterschiedlichsten Realzusammenhängen – innerlich auf den Elternteil zube-

wegt und sich dann wieder angstvoll abwendet. Und so wird aus der „Hinbewegung“ eine quälende Kreisbewegung. Mit dieser Kreisbewegung beschreibt Bert Hellinger metaphorisch alle neurotische Symptomatik, die auch diesen Charakter von „... wieder und immer wieder aufs Neue ...“ als eines wiederkehrenden symbolischen Symptomenablaufes hat. Solange also einem Kind dieses „Nehmen“ seiner Eltern noch nicht geglückt ist, wird es auch als Erwachsener nie richtig Fuß in der Welt fassen. Wenn ein Patient nur den einen Elternteil „genommen“ hat und nicht beide, dann, so Bert Hellinger, fehlt ihm typischerweise nach der ersten Hälfte des Lebens die Kraft für die zweite Hälfte. Er entwickelt dann als Erwachsener vielleicht eine so genannte Midlife-Crisis, meist in der Form einer depressiven Symptomatik.

Er wird entsprechend sein erwachsenes Leben hindurch immer wieder in Situationen geraten beziehungsweise diese unbewusst reinszenieren, in denen sich diese unselige Kreisbewegung symbolisch wiederholt. Dies geschieht dann zum Beispiel bei der Gestaltung seiner Beziehungen oder in den verschiedensten anderen Formen von neurotischen Symptomenmustern, die dann den Charakter von „... immer wieder dasselbe ...“ haben. So können depressiv gefärbte, sich zyklisch wiederholende und zugleich allmählich eskalierende Partnerkrisen ein Beispiel für diese Muster sein, wo jemand einen Versuch, endlich „anzukommen“, erfolglos an den anderen reiht, ohne dass es je gelingt.

Wenn nun Jahrzehnte später beispielsweise in einer Psychotherapie dieser innere Vorgang durch nachholenden Vollzug doch noch gelingt, indem aus der immer wieder missglückenden Kreisbewegung die geglückte Hinbewegung wird, dann besteht die Chance – so Bert Hellinger –, dass die neurotische Symptomatik zu ihrem Ende findet und die Person frei ist für ein gelingendes erwachsenes Leben. Dieser Vorgang des nachholenden „Nehmens“ der Eltern ruft in Bert Hellingers Familienaufstellung zweifellos bei allen Zuschauern besonders häufig Berührung und Ehrfurcht hervor, weil er zu den intimsten Vollzügen gehört, die in Aufstellungen beobachtet werden.

Die „Indikationen“ für „Geburt“ und „Hinbewegung“

Die Indikationen für diese Interventionen kündigen sich sowohl durch anamnestiche als auch durch klinische Hinweise an. Anamnestiche Zeichen dafür, dass in der nächsten Zeit in der Therapie „Geburt“ und/oder „Hinbewegung“ anstehen, sind zunächst Informationen über Traumatisierungen, dass zum Beispiel ein Patient eine schwere Geburt gehabt hatte, bei der Gefahr für Mutter und Kind bestanden hatte, oder dass das Kind kurz nach der Geburt aus irgendeinem

G runde von der Mutter getrennt wurde, zum Beispiel durch eine längere Krankenhausbehandlung. Hier ist die Annahme die, dass das Kind sich durch solche frühe Lebensgefahr oder Trennung nicht getraut hat, die Mutter in diesem fundamentalen Sinne zu „nehmen“.

Ein anderer wichtiger anamnestischer Hinweis auf das Anstehen der therapeutischen Prozeduren „Geburt“ oder „Hinbewegung“ sind Informationen über systemische Zusammenhänge, dass zum Beispiel die Mutter zur Zeit um die Geburt herum oder in den frühen Jahren danach in irgendeiner Weise unter Stress gestanden hat: zum Beispiel wenn der Vater in dieser Zeit dabei war, die Mutter zu verlassen, oder wenn ein Elternteil der Mutter in dieser Zeit gestorben ist, oder wenn ein Geschwister früh verstorben ist und so weiter. In solchen Fällen wird angenommen, dass die Seele der Mutter so gebunden war, dass sie für ihr Neugeborenes nicht wirklich zu erreichen war, sodass dieses angesichts dieser Belastung seiner Mutter es durch seine ganze Kindheit hindurch nicht gewagt hat, sie zu „nehmen“.

Nach Indikationshinweisen, die sich aus der Anamnese ergeben, nenne ich die klinischen Zeichen, also Signale aus den Kommunikationsmustern des Patienten im Rahmen der Psychotherapie. Das deutlichste Zeichen ist zweifellos, dass bei dem Therapeuten im Umgang mit dem Patienten das lästige Gefühl von „schon wieder dasselbe“ aufkommt. Wenn man also bei einem einzelnen Patienten zu der Wahrnehmung kommt, dass sich hier ein Muster etabliert hat, wobei es dann beim Therapeuten oder beim Team auch zu Ungeduld und Abbruchfantasien kommen kann, dann ist dies ein starkes und deutliches Signal für jene von Bert Hellinger so genannte unerfüllte und quälende Kreisbewegung, die darauf hinweist, dass hier ein Kind symbolisch nach „Hinbewegung“ strebt und immer kurz vor der Vollendung derselben den Prozess abbricht und dann zu der alle Beteiligten so strapazierenden und irritierenden Kreisbewegung in der Form eines sich wiederholenden Symptomenmusters kommt. Sobald ein Therapeut also registriert, „das hatten wir doch schon ein paarmal“, oder „jetzt werde ich ungeduldig“ und dergleichen mehr, dann ist dies also ein Zeichen für die anstehende Fälligkeit der Prozeduren von „Geburt“ oder „Hinbewegung“.

Weitere wichtige Indikationsmerkmale ergeben sich aus körperlichen Signalen des Patienten, insbesondere bei Traumatisierung der Geburt – sei es einer biologischen Traumatisierung oder einer systemischen Traumatisierung. Mit Letzterer meine ich diejenigen soeben genannten systemischen Zusammenhänge, die wie die biologische Traumatisierung ein „Nehmen“ der Eltern durch das Kind verhindert haben. Solche klinischen Hinweise sind beim Patienten Blasswerden, Panik, plötzlich kalte Hände oder Apathie und vor allem das Hyperventilationssyndrom².

Der Kairos

Allgemein kommt es bei der Arbeit mit „Geburt“ und „Hinbewegung“ sehr auf das Wahrnehmen des „Kairos“ durch den Therapeuten an, also des richtigen Augenblickes, in welchem Therapeut und Klient es gemeinsam wagen, diesen Geburtsvollzug und Hinbewegungsvollzug nachholend zu inszenieren. Hier scheint es von Wichtigkeit, dass der Therapeut mit dem Patienten eine hinreichend lange Phase durchgestanden hat, in welcher der Therapeut den Angeboten von Sekundärgefühlen³ des Patienten einfühlsam, doch konsequent widerstanden hat.

Wenn also zum Beispiel ein Patient offensichtlich im Sekundärgefühl voller Vorwurf gegen einen Elternteil ist und dieses immer wieder im Zusammenhang des psychotherapeutischen Gespräches deutlich wird, dann empfiehlt Bert Hellinger, „Zeit zu schinden“. Der Therapeut sollte dann also beharrlich eine Haltung einnehmen, in der er einerseits neutral genug gegenüber dem abgelehnten Elternteil bleibt oder sich sogar mit diesem eher wohlwollend verbündet, während er gleichzeitig die Vertrauensbeziehung zum Klienten aufrechterhält. Wenn der Therapeut dem Klienten dies lange genug zumuten konnte und wenn er jetzt glaubt, dass der Klient seine Verantwortung für den Ablauf und seine Folgen der hinbewegungsnachholenden Prozedur tragen wird, dann ist der „Kairos“ gekommen. In der Sprache der Primärtherapie geht es jetzt also darum, dass der Klient in diesem Prozess seine Sekundärgefühle verlässt und zu seinen Gefühlen von primärer Liebe findet.

Das Prozedere von „Geburt“ und „Hinbewegung“

Zu Beginn schließt der Therapeut mit dem Klienten unter Umständen einen Kontrakt, des Inhaltes, dass sich Klient und Therapeut gegenseitig zusichern, dass sie trotz aller Panik, die der Klient vielleicht erleben mag, einander keinen Schaden zufügen werden und sich einer „guten Instanz in dir“ anvertrauen.

Dann legt der Therapeut gewöhnlich dem auf dem Rücken liegenden Klienten eine Hand auf das obere Brustbein und fordert ihn auf, etwas tiefer zu atmen. Allmählich ermutigt er den Klienten, ohne Ton schneller zu atmen „wie bei einem Hundertmeterlauf“. So entwickelt der Klient ein spontanes oder herbeigeführtes leichtes Hyperventilationssyndrom mit paradoxer Luftnot, sodass er in seinem subjektiven Erleben in vielleicht so etwas wie einen „engen Geburtskanal“ hineinkommt.

Wenn die Hyperventilation stärker geworden ist und der Klient sichtlich heftig atmet, ermutigt der Therapeut ihn, sich mit dem ganzen Körper zu bewegen. Häufig bewegt der Klient zunächst nur ein wenig die Füße, sodass ihn der

Therapeut wie ein anfeuernder Sporttrainer jetzt auffordern muss, alle viere zu bewegen und schließlich auch schlangenförmige Bewegungen mit dem ganzen Körper zu machen. Während das körperliche Erleben und Agieren des Patienten immer heftiger werden, beugt sich der Therapeut mit seinem ganzen Oberkörper leicht auf dessen Oberkörper, sodass dieser jetzt das Gefühl bekommt, als wäre er tatsächlich eingeeengt, und es wächst bei ihm zweifellos der Wunsch, sich zu befreien.

Wenn die Erregung des Patienten ihrem Höhepunkt zustrebt, dann fordert der Therapeut ihn auf, „sich herauszuwühlen“, wenn er dies nicht schon spontan unternimmt. Vielleicht ist auch ein Helfer zur Hand, der die Füße des Patienten hält und ihnen elastischen Widerstand gibt, sodass der Patient sich der Richtung seines Kopfes folgend herausarbeiten kann. Wenn der Patient dies nicht von alleine hinkriegt, dann gibt der Therapeut ihm unter Umständen die Hilfestellung, indem er ruft: „Jetzt wühl dich raus wie eine Schlange!“ Durchaus günstig ist es dabei, wenn am Kopfende des Klienten eine gepolsterte Wand ist, die er zunächst einmal als ein subjektives Hindernis erlebt, sodass er – etwa so wie in der Natur – sozusagen den ungeraden Weg ins Freie erst selbst erfinden muss. Übrigens wird diese Prozedur auch bei solchen Patienten gemacht, die durch Steißgeburt oder Kaiserschnitt auf die Welt gekommen sind. Bert Hellinger hat die Erfahrung gemacht, dass auch für diese Patienten die „natürliche“ Prozedur bei der Geburtsnachholung die richtige sei. Schließlich strampelt der Patient sich heftig und unter Umständen sogar aggressiv frei, und der Therapeut muss sich einige Zehntelsekunden lang vor Fußtritten hüten.

Bei all den sicherlich über hundert solcher „Geburtsprozeduren“, die ich als Therapeut schon begleiten und anleiten durfte, ist es für mich eindrucksvoll, wie gleichförmig die nächste Etappe dieses Ablaufes in geradezu allen Fällen aussieht: Der Klient liegt jetzt schwer atmend und offensichtlich desorientiert auf oder neben der Matte, das Gesicht zum Boden gewandt, die Augen geschlossen, die Körperhaltung in sich gekehrt, und der Therapeut sitzt abgetrennt von ihm etwa einen Meter weiter, und auch er ist etwas außer Atem.

In etwa der Hälfte der Fälle kommt jetzt der Klient spontan in die Arme des Therapeuten – das wäre also die eigentliche nachgeholte „Hinbewegung“ zum Therapeuten als Stellvertreter der Mutter –, in der anderen Hälfte der Fälle muss der Therapeut ihn mit dem Satz „Nun komm schon!“ dazu auffordern.

Es ist für mich jedes Mal wieder eindrucksvoll und berührend, mit welcher Heftigkeit und Hingabe und welchem elementarem Selbstverständnis die Patienten sich „durch mich hindurch“ zu ihrer Mutter begeben und mich dabei packen und halten.

Jetzt spricht der Therapeut zum Klienten natürlich nicht mehr wie ein anfeuernder Sporttrainer, sondern liebevoll ermutigend wie eine Mutter zu ihrem Kind: „Nun komm schon her, halt dich *gut* fest – richtig *gut* festhalten! – und *atme* tief!“ Immer wieder fordert der Therapeut den Klienten auf, sich kraftvoll festzuhalten. Gleichzeitig doziert er vielleicht den anderen – teilnehmend beobachtenden – Gruppenmitgliedern, dass dies jetzt das eigentliche echte „Bonding“ sei, das jeder Mensch am Anfang seines Lebens brauche. Dieses der Gruppe zugewandte Sprechen dient natürlich vor allem auch der indirekten Ermutigung des Klienten.

Der Therapeut prüft jetzt sorgfältig, ob der Klient sich lange und kräftig festhalten kann, ohne zu ermüden, und ob er dabei tief und gelöst atmet. Denn langes und kraftvolles Halten und tiefes und gelöstes Atmen, das sind die Kriterien des „echten Bonding“. Auch in den Aufstellungen wird ja nicht selten anhand dieser Kriterien geprüft, ob das Kind die Eltern wirklich „nimmt“.

So kommt der Klient als „Neugeborenes“ langsam zur Ruhe, dieses fühlt sich sichtlich wohl, es ist geborgen, es ist am richtigen Platz, es ist angekommen. Dieses Angekommen-sein bei den primären Gefühlen der Kindesliebe zu seinen Eltern ist also die gelungene „Hinbewegung“. Sie wird jetzt durch das Nachsprechen des Morgengebetes ratifiziert, mit anderen Worten: abgesichert und gefestigt: „Liebe Mama, ich nehme es von dir, alles, das Ganze, mit dem ganzen Drum und Dran, und ich nehme es zum vollen Preis, den es dich gekostet hat und den es mich kostet. Und ich mach was draus, dir zur Freude. Es soll nicht umsonst gewesen sein. Ich halte es fest und gebe es weiter, so wie du. Und ich nehme dich als meine Mutter, und du darfst mich haben als dein Kind. Du bist für mich die Richtige, und ich bin dein richtiges Kind. Du bist die Große und ich bin der Kleine. Du gibst, ich nehme. *Liebe* Mama!“ (Es folgt dasselbe in Bezug auf den Vater.) Wenn die Muttersprache des Patienten eine andere als das Deutsche ist, dann wird er aufgefordert, diese vorgegebenen Sätze in seine Kindheitssprache zu übersetzen. Es ist hierbei wichtig sicherzustellen, dass der Klient dabei die Augen geöffnet hat.

In dieser Gruppensituation entsteht dabei in der Regel eine heitere Leichtigkeit, bei der Bert Hellinger auch immer wieder kleine humorvolle Bemerkungen zur Situation gemacht hat, was mich übrigens daran erinnert, dass Hebammen bei ihrer Arbeit, wenn sie gut läuft, auch immer wieder solche kleinen Frechheiten zur Größe dieses Vorganges der Weitergabe des Lebens von sich geben – offenbar weil diese Leichtigkeit Mutter und Kind gut tut und sie stärkt.

Nachdem in der therapeutisch nachholenden Situation das „Kind“ mit dem Therapeuten als Vertreter des Elternteils ausgiebiges Bonding gehabt hat, und nachdem das Morgen-

gebete und alles andere glücklich abgelaufen sind, wird der Klient in der Regel aufgefordert, sich auf der Matte noch etwas auszuruhen und für sich zu sein.

Abwandlungen der Prozedur

Als Bert Hellinger älter wurde und die Arbeit auf der Matte ihn – wie er sagte – zu sehr angestrengt hat, hat er diese Prozedur abgekürzt, indem er die detaillierte Nachholung des Geburtslebens weitgehend komprimiert und sich mehr auf den Hinbewegungsvollzug konzentriert hat. Dazu lässt er den Klienten mit einem Stuhl ganz nah vor seinem eigenen Stuhl Platz nehmen. Dann lässt er ihn intensiv atmen, und so kommt dieser unter seiner Anleitung bald in jenen Erlebnisprozess von „Geburt“, und anschließend bietet Bert Hellinger sich ihm an als ein die Eltern vertretendes Gegenüber, und das Ganze endet dann in bekannter Form mit dem „Morgengebet“. Wie gesagt, habe ich diese Prozedur seit Mitte der Achtzigerjahre häufig in dieser oder abgewandelter Form gemacht und sie später auch in die neuere Aufstellungstechnik integriert.

Besondere Gegebenheiten der stationären Arbeit – das wird weiter unten ausgeführt – erfordern jedoch, dass wir diese „Geburtsmethode auf der Matte“ immer wieder in unterschiedlichen Variationen anwenden. Wir haben viele günstige Feedbacks von den Betroffenen erhalten, meist indirekt in der Form, dass die Patienten nie wieder über diesen Vorgang selbst gesprochen haben – weil zu intim –, dass sie aber geäußert haben, dass die „Mattenarbeit“ das Wichtigste für sie war.

„Hinbewegung“ und Aufstellung in der Klinik

Dass bei der Arbeit mit „Hinbewegung“ und Aufstellung nicht nur die Wahrnehmungsfähigkeit des Therapeuten von großer Wichtigkeit ist, sondern auch die der Klienten, lässt sich gut durch besondere Erfahrungen aufzeigen, die wir in unserer psychosomatischen Klinik gemacht haben.

Wir glauben zwar inzwischen, dass Vertreter in den Aufstellungen eventuell unterschiedlich gut wahrnehmen und dass es geübte oder weniger geübte Vertreter geben mag. Allerdings staunen wir immer wieder, wie präzise manchmal gerade Newcomer, die keinerlei Vorkenntnisse haben, als Vertreter wahrnehmen und ihre Wahrnehmungen als Körpersignale kommunizieren können. Andererseits beobachten wir signifikante Unterschiede zwischen einem Teil der Klientel der Klinik und der Klientel, die die üblichen Aufstellungsseminare aufsucht.

Man kann allgemein sagen, dass einige Klinikpatienten noch nicht zur guten Wahrnehmung bereit sind, weil sie

mehr von ihren Symptomen „ergriffen“ sind als Seminar- oder Workshopeteilnehmer, und dies ist oft ein Hindernis, sodass sie sich von vornherein nicht zur Teilnahme an der Aufstellung bereit finden. Denn solche Klinikpatienten haben offensichtlich zunächst noch Angst vor guten Lösungen, wie sie sich bei der Aufstellungsarbeit abzeichnet – zum Beispiel, weil sie noch zu sehr in das aktuelle Agieren innerhalb der Verstrickung mit ihrem System engagiert sind. Sie halten dem Problem die Treue, und so steht für sie das Leiden unter dem Symptom im Vordergrund.

Diese Patienten suchen eine stationäre Behandlung auf, weil sie sich durch den Milieuwechsel für sich und ihre Angehörigen zunächst einmal eine Entlastung vom Symptom versprechen, und sie sehen sich noch nicht zu einer Auseinandersetzung mit Themen in der Lage, um die die Familienaufstellungen kreisen – wie zum Beispiel den Umgang mit Schicksal und Schuld. Einige von ihnen haben sogar noch nie etwas von einer Familienaufstellung gehört, und sie möchten zunächst dezidiert nicht an unserer Aufstellgruppe teilnehmen.

Um uns auf die unterschiedlichen Bedürfnisse unserer Patienten „maßgeschneidert“ einstellen zu können, haben wir ein vielfältiges Angebot unterschiedlicher Methodiken, die wir hochflexibel kombinieren. Verkürzt gesagt, integrieren wir das so genannte Bad Herrenalber Modell, die systemischen Ansätze sowohl der „Neuen Heidelberger Schule“ als auch Bert Hellingers und einige Körpertherapien.

Zum Bad Herrenalber Modell: Unsere stationäre Arbeit steht in der Tradition eines Konzeptes, das auf den ehemaligen Chefarzt Dr. Walther H. Lechler zurückgeht und das sich zum einen durch eine prinzipielle Nähe zu den Selbsthilfegruppen des Zwölf-Schritte-Programmes auszeichnet, also den Anonymen Alkoholikern, den Anonymen Angehörigen von Alkoholikern, den Anonymen Glücksspielern, Essgestörten und so weiter. Speziell bei unseren Suchtpatienten, durchaus aber auch bei allen unseren anderen Patienten, sehen wir – über unsere basale Kleingruppen- und Einzeltherapie hinaus – für uns eine wichtige Aufgabe darin, die Betroffenen an dieses Selbsthilfeprogramm und an diese Meetings heranzuführen, sodass diejenigen, die sich davon angesprochen fühlen, für die Zeit nach der stationären Behandlung eine regelmäßige Quelle der Stabilisierung und Weiterentwicklung finden. Ein weiteres wichtiges Element der Herrenalber Tradition ist die Therapeutische Gemeinschaft⁴, zu deren Mitwirkung alle Patientinnen und Patienten aufgefordert sind.

Eine weitere grundlegende Komponente des methoden- vielfältigen Gesamtangebotes der Klinik Rastede sind die für die Ambulanz entwickelten Werkzeuge der systemisch-konstruktivistischen Psychotherapie nach der oben erwähnten so genannten „Neuen Heidelberger Schule“, die auf breiter Basis Eingang in den gruppen- und familienthera-

peutischen Anteil unseres Klinik-Settings gefunden haben. Hier ist in erster Linie die zirkuläre Fragetechnik zu nennen, die in unseren Gruppensitzungen einen erheblichen Schub an Lösungsorientierung erzielt hat. Des Weiteren laden wir bei dem größten Teil unserer stationären Patienten deren Angehörige ein und führen mit ihnen dann nach Heidelberger Vorbild Familiengespräche durch – unter Verwendung von Videoaufzeichnung und Supervision hinter der Einwegscheibe. Schließlich sind aber auch provokative Methoden nach Frank Farrelly und hypnotherapeutische Elemente nach Milton Erickson fester Bestandteil unserer Therapie geworden.

Die Körpertherapien

Und aus diesem „kundenorientierten“ Methodenspektrum haben sich jetzt unsere körperpsychotherapeutischen Komponenten besonders bewährt, um die Patienten „dort abzuholen, wo sie gerade sind“. Insbesondere in ihren Augen haben die Körpertherapien einen unangefochten hohen Stellenwert: Konzentrative Bewegungstherapie⁵ und Tanztherapie⁶. Für mich als den Klinikleiter, der diese Methoden selbst nicht gelernt hat und sie nicht selbst praktiziert, ist es immer wieder eindrucksvoll, wie Patienten, die zu Anfang als so genannte „Alexithymiker“ einzustufen waren, nach wenigen Sitzungen mit diesen Methoden in der Lage sind, präzise und sicher über innere Vorgänge und symbolische Sprache mit ihrem Therapeuten und den anderen Mitgliedern der therapeutischen Gemeinschaft zu kommunizieren. Das ermutigt sie, nun doch an der Aufstellungsgruppe teilzunehmen. So finden viele von ihnen schnell zu der Bereitschaft der gesammelten Wahrnehmung, und das wiederum kommt der Aufstellungsarbeit zugute.

Unser drittes leibbezogenes Verfahren, welches den abreaktiven Körperpsychotherapien zugerechnet werden kann, ist die Emotionale Gruppenarbeit, die in ihrem Ursprung von der Methode des so genannten „New Identity Process“ nach Daniel Casriel beeinflusst ist, in die inzwischen aber auch wesentliche Elemente der so genannten Primärtherapie nach Arthur Janov und der Festhaltetherapie nach Martha Welsh und Jirina Prekop eingeflossen sind.

Die Emotionale Gruppentherapie nutzt weniger körperliche Bewegung als vielmehr evozierte Gefühle und Emotionen als wichtige Ergänzungen der Kommunikation zwischen Körper und Ich einerseits und andererseits dem Ich und seiner Außenwelt. Wie die Primärtherapie nach Arthur Janov ist die Methode von Dan Casriel durch die Erkenntnis geprägt, dass Patienten Veränderungen in ihrem Selbstbild und in ihrem spontanen Verhalten leichter dann erzielen können, wenn das Erwerben von neuen Einstellungen mit positiven Gefühlen und positiven Emotionen einhergeht⁷. In diesem Rahmen kommt es in der „Mattenarbeit“ in

unserer Klinik auch immer wieder zu „Geburten“ und „Hinbewegungen“, wie oben beschrieben.

Das Zusammenspiel der Körpertherapien und der Aufstellungstechnik

Wie gesagt, genießen alle diese genannten Körpertherapien bei unseren Patienten ein besonderes Ansehen, zweifellos deshalb, weil sie erlebnis- und prozessorientiert sind. In diesem Nebeneinander der Methoden besteht jetzt eine Chance, auch solche Patienten zu gewinnen, die eine Lösung, wie sie sich bei den Aufstellungen abzeichnet, zunächst noch nicht in den Blick zu nehmen in der Lage sind. Indem unsere Patienten also durch die Gruppenprozesse der Körpertherapien zur Körperwahrnehmung ermutigt werden, können sie sich innerlich an die Aufstellungsthemen herantasten.

Zum anderen bietet dieses methodenkombinierende Setting flexible Möglichkeiten, dass Patienten sich über mehrere Wochen mit ihren sekundären Gefühlen und den darauf basierenden Anliegen in der jeweils für sie verträglichsten Weise auseinandersetzen. Durch einen hinhaltenden Umgang des Therapeutenteams mit diesen „Sekundär“-Anliegen können sich so die Patienten an die schweren und existenziellen Themen der Aufstellungsarbeit wie Schicksal, Achtung der Eltern, Schuld, Unschuld und so weiter heran-„pirschen“.

Jüngere Beobachtungen

In den ersten Jahren wurden in der Klinik die meisten „Geburten“ und „Hinbewegungen“ vor allem vom Chefarzt, als dem Erfahrensten, durchgeführt. In den letzten Jahren – mit zunehmender Erfahrung der Assistenzärzte und Assistenzärztinnen und Psycholog(-inn)en – ist diese Aufgabe offensichtlich zunehmend auf diese übergegangen. Natürlich kommt es auch heute zu einer großen Anzahl von „Hinbewegungen“ im Rahmen der Familienaufstellungen gegen Ende der Behandlungszeit der jeweiligen PatientInnen.

Die Klinik Rastede wird unter anderem mit Rehabilitationsmaßnahmen für Versicherte der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Berlin (BfA), betraut. Im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms der BfA bekamen wir auf Anhieb optimale Werte zu Behandlungserfolgen und zur Patientenzufriedenheit zurückgemeldet. Dies deckt sich mit den Ergebnissen unserer eigenen Untersuchungen, die seit Anfang 2002 laufen. Besonders wichtig scheint mir in diesem Zusammenhang unsere Beobachtung (die wir freilich nicht statistisch belegen können), dass gerade die zunächst unzufriedenen Patienten nach gelungener „Hinbewegungsprozedur“ sich deutlich zufriedener mit der gesamten Klinikbehandlung zeigen.

Kasuistik

Zum Schluss möchte ich das Beschriebene noch anhand einer Kasuistik demonstrieren.

Eine junge Deutsche, in Moldawien geboren, kam in die Klinik wegen merkwürdiger Ausnahmestände, die sie daran hinderten, ihre Aufgaben als Mutter und Software-Ingenieurin zu erfüllen. Die Ausnahmestände seien kaum zu beschreiben: Sie erlebe sich in diesen Episoden völlig handlungsunfähig und blockiert, und sie fühle sich dabei ausgeliefert und zugleich scham- und schuldbeladen. Intensive organmedizinische Diagnostik habe bisher Gott sei Dank keinen krankhaften Befund ergeben. Andererseits seien diese Zustände auch deshalb für sie äußerst belastend, weil sie fürchten müsse, dass sowohl ihre Eltern und Geschwister als auch ihr liebender Ehemann sie für verrückt oder – schlimmer noch – für „faul und desorganisiert“ halten könnten.

Ihr Auftreten erschien dem aufnehmenden Arzt überaus kompetent und konstruktiv: eine moderne, gebildete, freundliche junge Frau, die ihre beiden kleinen Kinder, vier und zwei Jahre alt, mit in der Klinik untergebracht hatte und durch eine Tagesmutter im Ort tagsüber betreuen ließ. Auf den ersten Blick musste sich der aufnehmende Arzt sogar fragen, wie es sein konnte, dass diese kommunikativ hoch begabte, bisher in ihrem Beruf erfolgreiche Frau eine so schwere, offenbar dissoziative Symptomatik berichtete.

Sie lebte sich sehr schnell mit ihren beiden Kindern in den Klinikalltag ein; es war zu beobachten, dass sie mit jedem, auch den schwierigsten Mitpatienten, einen herzlichen und doch nicht distanzlosen Umgang haben konnte, und auch ihre Kinder brauchten nur wenige Tage, um alle Mitpatientinnen, Mitpatienten und Teammitglieder mit ihrem Charme völlig zu verzaubern. Die Patientin berichtete, dass es ihr einmal mehr peinlich sei, dass es ihr jetzt so offensichtlich gut gehe, sodass für die Ärzte gar keine Gelegenheit kommen könne, ihre verrückten Zustände einmal zu erleben und zu untersuchen.

Jedoch nach etwa einer Behandlungswoche nahm sie an der eben beschriebenen Emotionalen Gruppensitzung teil, in welcher sie etwa eine halbe Stunde lang mit einem jungen Mitpatienten und dann eine weitere halbe Stunde mit einer älteren Mitpatientin auf einer Matte aufeinander liegend versucht hatte, aufkommenden Gefühlen mit lauter Stimme Ausdruck zu verleihen. In dieser Situation war sie wieder in einen der ihr vertrauten subjektiven Zustände von emotionalem Blockiertsein geraten, in welchem sie größte Hilflosigkeit, Scham und Schuldgedanken erlebte.

So ließ sie sich von den Mitpatienten zum Gruppenleiter führen. Nunmehr aufrecht auf einem Stuhl sitzend, kam sie

schnell wieder zu sich, das heißt in ihre hohe kommunikative Kompetenz zurück. Obwohl sonst sehr differenziert wahrnehmend, konnte sie jetzt nur wenig über diesen durchgemachten Zustand berichten.

Der Gruppenleiter fragte sie jetzt nach geographischen Informationen. Sie habe einen moldawischen Vater, und auch der Vater der Mutter sei Moldawier. „So bist du also Deutsche und Moldawierin.“ – „Nein, ich habe eine rein deutsche Identität.“ Der Gruppenleiter wunderte sich darüber und erkundigte sich näher. Sie berichtete, dass sie ihre moldawischen Wurzeln konsequent ablehne und verleugne und als Lieblingsenkelin der deutschstämmigen Großmutter fest zu dieser halte. An sich habe sie in der Großfamilie in Moldawien eine schöne Kindheit gehabt, und auch heute fühle sie sich noch sehr wohl, wenn sie mit ihren Kindern dort zu Besuch sei.

Jedoch habe ihre Großmutter 1990 durchgesetzt, dass ihre Mutter sich von ihrem Vater habe scheiden lassen und dass man mit der Tochter, unserer Patientin, nach Deutschland ausgewandert sei. Nach dem Schicksal dieser Großmutter befragt, wusste sie, dass diese als junge moldawiendeutsche von den Russen für 10 Jahre in Arbeitslager nach Sibirien verschleppt worden sei. Wieder in die Moldawische Heimat zurückgekehrt, habe sie sich nach der Lagerhaft zu wertlos gefühlt, als dass sie jetzt einen Deutschen hätte heiraten können. Daher habe sie dann mit ihrem Großvater, einem Moldawier, vorlieb genommen. Sie sei dann ihr Leben lang depressiv gewesen, aber sie habe dann wenigstens darauf Wert gelegt, dass ihre Tochter und Enkelin sich als Moldawiendeutsche fühlten, denn das seien viel standhaftere Deutsche als alle anderen Deutschen.

Der Gruppenleiter kommentierte, dass diese Großmutter eine sehr starke Frau angesichts ihres schweren Schicksals gewesen sein müsse. Denn trotz all des zweifellos Schrecklichen und Traumatischen, das sie und Leidensgenossen nach dem Krieg unschuldig nur wegen ihrer Zugehörigkeit zur deutschen Volksgruppe durchmachen mussten, sei sie noch das Wagnis von Ehe und Nachkommenschaft eingegangen. Allerdings könne sich der Gruppenleiter gut vorstellen, dass die Patientin die guten Wurzeln, die sie von ihrer väterlichen, der moldawischen Großmutter, habe, ebenso für sich nutzen könne. Wenn sie ihre moldawische Herkunft zu sich hereinnehme, bis sie eine ebenso hundertprozentige Moldawierin, wie sie jetzt schon eine hundertprozentige Deutsche sei, dann könne er sich gut vorstellen, dass diese merkwürdigen Zustände von Hilflosigkeit, Scham und Schuld zurückgehen würden.

Die Patientin schüttelte sich darauf heftig, wie wenn sie eine schlimme Verlockung zurückweisen müsse. Sie war nicht einmal dafür zu gewinnen, in dieser Gruppensituation einige Sätze auf Moldawisch zu sprechen.

In den folgenden Tagen nahmen diese schlimmen Zustände allmählich in der Weise überhand, dass schließlich dramatische Szenen von Hyperventilationstetanien – wie vorhin beschrieben – mit Erscheinungsformen abwechselten, wie sie Freud und andere am Anfang des letzten Jahrhunderts als so genannte „hysterische Zustandsbilder“ mit bizarren Lähmungen und anderen erregt-hilflosen Erscheinungen wie unter spektakulärer Bühnenhypnose beschrieben haben.

Als systemisch arbeitende Klinik vermeiden wir im internen Hausgebrauch das Wort „hysterisch“, weil es in der Alltagssprache allzu häufig in abwertendem Zusammenhang benutzt wird, zumal dieses dramatische Krankheitsbild hierzulande in den letzten 50 Jahren kaum noch beobachtet wurde. Jedoch sehen wir solche Symptome entsprechend der klassischen freudianischen Beschreibung in der Klinik immer wieder bei Patientinnen aus dem ehemaligen Ostblock, wie wenn sich dort unbewusste Reaktionsformen länger gehalten hätten, die im Westen von den letzten beiden Generationen verlassen worden sind – aus welchen Gründen auch immer.

So geschah es auch mit dieser moldawischen Patientin, bei der allerdings das Hyperventilieren häufiger im Vordergrund stand als die so genannten „hysterischen“ Lähmungserscheinungen. Wir begegneten dieser schweren, auch körperlichen Symptomatik auf der somatischen Ebene nicht, wie in internistischen Kliniken üblich, mit Spritzen von Calcium oder einem Tranquilizer, sondern mit der so genannten Rückatmungstechnik. Hierzu wird dem Patienten eine kleine Plastiktüte vor Mund und Nase gehalten, sodass er einen nicht geringen Teil seiner eben ausgeatmeten Luft wieder einatmet. So wird auf einfachste Weise erreicht, dass das Übermaß an eingeatmetem Sauerstoff, das die oben beschriebene krampfauslösende Stoffentgleisung im Serum verursacht, ausgeglichen wird.

Der Nachteil dieser natürlichen und schlichten Methode ist der, dass sie weit weniger den üblichen Patientenerwartungen an den Behandler entspricht und auch weit weniger komfortabel und elegant ist als eine intravenöse Spritze. Denn über Stunden die eigene Ausatemluft wieder einzusatmen, das wird auch als einigermaßen eklig erlebt, zumal in einer Situation, in der man subjektiv unter höchster Atemnot leidet. Diese gute Naturmethode verlangt also besonderen Einsatz von beiden Seiten: Zeit und Zuwendung vom Behandler und einen besonderen Vertrauensvorschuss vom Patienten.

Bei dieser Patientin war dieses nun sehr gut möglich, und bald konnte die Pflegekraft ihr die kleine Plastiktüte in die eigenen Hände geben, und es reichte nach ein paar Tagen aus, dass die Patientin einige Stunden im Arbeitszimmer der diensttuenden Pflegekraft verbrachte, um sich immer wieder einmal zum Tüthehalten ermutigen und ermuntern zu lassen. So erwiesen sich diese dramatischen Zustände

als zwar insoweit „beherrschbar“, als die Patientin trotz der schweren Symptome und der Panikzustände nicht auf eine Intensivstation in einem anderen Krankenhaus verlegt werden musste, sondern weiterhin in unserer Klinik, die über wenig apparative Ausstattung und vor allem keine beschützende geschlossene Abteilung verfügt, betreut werden konnte.

In dieser Verfassung konnte sie jedoch bis auf weiteres nicht ihre kleinen Kinder betreuen, sodass ihr Mann, ein Südamerikaner, gebeten werden musste, trotz großer beruflicher Anspannung Sonderurlaub zu nehmen, um die Kinder abzuholen und daheim zu hüten. Bei dieser Gelegenheit baten wir ihn um ein Partnergespräch.

Ohne dass ihm möglich war, es direkt auszusprechen, wurde uns deutlich, dass die Scham neben der Liebe zu seiner Frau sein Hauptgefühl war. Auf unser gezieltes Fragen nach dem aus seiner Sicht schwerstdenkbaren Fall teilte er mit, dass er fürchte, dass seine Frau in irgendeinen Dauerzustand von Hilflosigkeit geraten könnte. Dann müsse er die Kinder in seine Heimat bringen, wo seine Großfamilie noch sehr traditionell lebe. Dort sei die Möglichkeit gegeben, dass unverheiratete und verwitwete Tanten diese großziehen, während er in Deutschland das Geld für ihre Ausbildung verdiene.

Am Ende des Gespräches hatten wir das Gefühl, dass unser respektvolles und überaus behutsames, vorwiegend zirkuläres Fragen wenigstens dazu geführt hatte, dass er der Fortsetzung des Behandlungsversuches eine Chance geben konnte. Im weiteren Verlauf kam es bei der Patientin zu einer leichten Abmilderung der konversionsneurotischen Symptome.

Die hochintelligente Patientin nutzte die Zeit zwischen den Attacken, um sich mit dem ihr nun immer deutlicher werdenden verborgenen Familienkonflikt zwischen deutschen und moldawischen Schicksalen auseinander zu setzen. Besonders beeindruckt zeigte sie sich davon, wie sie ihr bisheriges Leben lang blind dafür gewesen war, dass sie sich immer dann illoyal erlebt hätte, wenn sie sich nicht verächtlich gegen alles Moldawische, vor allem moldawische Männer, also auch ihren Vater und ihre beiden Großväter, gezeigt hätte.

In großer innerer Anspannung auf die Auflösung dieses systemischen Konfliktes zwischen auf der einen Seite der einen Großmutter, die so sehr für ihr deutsches Volkstum hatte unschuldig leiden müssen, und auf der anderen Seite ihren moldawischen Vorfahren, denen die Patientin – wie sie jetzt sah – sich bisher nicht zugehörig fühlen durfte, erschien sie gegen Ende der Behandlung in der Klinik-Aufstellgruppe. Als sie als Protagonistin an die Reihe kam und neben der Gruppenleiterin Platz nahm, sah diese ihre große

Anspannung und Ambivalenz. Es wurde deutlich, dass die Patientin es so erlebte, als müsste sie ihrer geliebten Großmutter einen schweren Tabubruch zumuten, weil der Gegenstand dieses Gespräches etwas war, was viel mit ihrem schambesetzten Lagerschicksal zu tun hatte.

Erst nachdem quasi ein Kontrakt zwischen der Leiterin und der Patientin zustande gekommen war, dass beide ein besonderes Augenmerk darauf verwenden würden, dass keines der beteiligten Systemmitglieder sein Gesicht verlieren dürfe, entspannte sich die Patientin ein wenig, und die Leiterin sah, dass jetzt eine Aufstellung möglich sei. Die Patientin wählte also Vertreter für ihre Geschwister, ihre Eltern und später ihre beiden Großelternpaare aus, stellte diese in Beziehung zueinander und nahm Platz.

Die Gruppenleiterin erkundigte sich nach den Gefühlen der einzelnen Vertreter. Als sie bei der Vertreterin der deutschen Großmutter ankam, sprang die Patientin von ihrem Stuhl auf und machte aufgeregt geltend, dass die beiden Großmütter verwechselt worden seien, die andere sei die deutsche, und sie war gerade dabei, in einen hitzigen Disput darüber mit allen Vertreterinnen und Vertretern zu geraten, da brach die Leiterin den Vorgang ab.

Sie sah, dass jetzt die Aufstellmethode nicht möglich war, dass ihr verinnerlichtes Tabu aus dem System heute zu stark war, dass sie gewissermaßen keine innere Erlaubnis hatte, das „beschämende“ Schicksal der Großmutter in dieser Situation auch nur zu erwähnen.

Sie bat die Patientin auf den Stuhl neben sich, die verzweifelt schluchzte und sich kindlich-theatralisch anklagte, jetzt habe sie alles vermasselt – dabei wurden wieder einmal erste Anzeichen von Hyperventilieren, also Überatmen, deutlich. Die Leiterin erkannte, dass hier heute nicht Systemaufstellung anstand, sondern Hinbewegung.

Sie zog mit freundlich-humorvollen Worten die junge Frau so lange an sich heran, bis diese sich beschämt und widerstrebend traute, sich auf ihren Schoß zu setzen – wobei sie Blickkontakt zur Leiterin vermied. Jetzt forderte die Leiterin sie auf zu sagen, welche Augenfarbe sie, die Leiterin, habe. Irritiert schaute die Patientin hin und sagte: „Blau.“ – „Niemals!“, rief die Leiterin scheinbar entrüstet, „nun guck doch mal genau hin!“ Die Patientin versuchte es mit einem verzagten „Grün?“. Wieder falsch! Die Patientin musste weiterraten, und die Leiterin wandte noch einige Zeit Bert Hellingers Kunstgriff an, die regredierte Patientin dazu zu gewinnen, lange und immer freier in die Augen der Therapeutin zu schauen, die sich schließlich mit irgendeiner Bezeichnung wie „Hell grau grünlich blau“ zufrieden gab.

Als die Patientin – auf dem Schoß der Therapeutin als Vertreterin ihrer Mutter sitzend – ihr entspannt in die Augen schauen konnte, wurde sie aufgefordert, „die Mama *richtig*

festzuhalten!“ . Als sie dies endlich mutig und ohne zu ermüden konnte, kam das Morgengebet dran. Das geschah so, dass die Leiterin ihr die deutschen Sätze vorgab und sie diese in den russisch-moldawischen Dialekt ihrer Kindheit übersetzt nachsprach. Dann wurde die Sitzung beendet.

Zwei Tage später reiste die Patientin ab, einige Monate danach kam sie zum Ehemaligentreffen. Sie sprach den Chefarzt mit einigen Sätzen auf Moldawisch an und übersetzte dann spitzbübisch, dass ihre deutschen und moldawischen Wurzeln jetzt so etwas wie Frieden miteinander gefunden hätten und dass es ihr und ihrer Familie gut gehe.

Diese Fallgeschichte sollte beispielhaft demonstrieren, wie durch das Ineinanderspiel unserer Methoden – speziell der Körperpsychotherapien und der Aufstellungsarbeit – solche Patienten, die zunächst extrem von ihrer Symptomatik in Anspruch genommen sind, Zugang zu einer immer besseren Wahrnehmung und schließlich zu einer Lösungsperspektive in der Aufstellung finden können.

Anonyme Alkoholiker (1974): Ein Bericht über die Genesung von Männern und Frauen. Das Blaue Buch. München (Anonyme Alkoholiker deutscher Sprache).

Casriel, D. (1995): Die Wiederentdeckung des Gefühls. Oberursel (12&12-Verlag).

Farely, F. et al. (1986): Provokative Therapie. Berlin/Heidelberg/New York (Springer).

Fuchs, T. (2000): Familienaufstellungen aus phänomenologischer Sicht. Praxis der Familienaufstellung, 1/2000.

Gilligan, S. (1991): Therapeutische Trance. Heidelberg (Carl-Auer-Systeme).

Gräff, C. (2000): Konzentrierte Bewegungstherapie in der Praxis. Stuttgart (Hippokrates).

Grof, S. (1995): Geburt, Tod und Transzendenz. Reinbek bei Hamburg (Rowohlt).

Grossmann, K. E. u. K. (1994): Bindungstheoretische Grundlagen psychologisch sicherer und unsicherer Entwicklung. GWG Zeitschrift der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie 96: S. 26-41.

Hellinger, B. (1994): Ordnungen der Liebe. Heidelberg (Carl-Auer-Systeme).

Hellinger, B. (1995): Familienstellen mit Kranken. Heidelberg (Carl-Auer-Systeme).

Ingwersen, D. (1997): Konzentrierte Bewegungstherapie.

In: Ingwersen, F. (Hrsg.): Der Klinikreader 1. Rastede (Selbstverlag Klinik Rastede).

Ingwersen, D. u. F. (1997): Erfahrungen mit dem Familien-Stellen in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik. In: Weber, G. (Hrsg.): Praxis des Familienstellens. Heidelberg (Carl-Auer-Systeme).

Ingwersen, F. (1997): Ansteckende Gesundheit.

In: Ingwersen, F. (Hrsg.): Der Klinikreader 1. Rastede (Selbstverlag Klinik Rastede).

Ingwersen, D. u. F. (2001): Das (unbekümmerte) Miteinander und Für-einander der Methodiken der ‚Neuen Heidelberger Schule‘ und der ‚Phänomenologischen Methode‘ Bert Hellingers im stationären psychosomatischen Setting der Klinik Rastede. In: Weber, G. (Hrsg.): Derselbe Wind lässt viele Drachen steigen. Heidelberg (Carl-Auer-Systeme).

Ingwersen, F. (Hrsg.) (1999): Reader 2. Rastede (Selbstverlag Klinik Rastede).

Janov, A. (1973): Der Urschrei. Ein neuer Weg der Psychotherapie. Frankfurt am Main (S. Fischer).

Lair, J. C. u. Lechler, W. H. (1983): Von mir aus nennt es Wahnsinn. Stuttgart (Kreuz).

Lechler, W. H. (1994): Das Bad Herrenalber Modell. Bad Herrenalb (Selbstverlag Förderkreis für Ganzheitsmedizin Bad Herrenalb e. V.).

- Lorenz, K. (1974): Über tierisches und menschliches Verhalten. München (Piper).
- Orr, L. (1996): Das Rebirthingbuch. Die Kunst des Atmens. Burgral (Koha Edition Wendezeit).
- Prekop, J. (1989): Hättest Du mich festgehalten. München (Kösel).
- Satir, V. et al. (2000): Familien helfen, sich zu verändern. Paderborn (Junfermann).
- Schweitzer, J. u. Weber, G. (1997): Störe meine Kreise! Zur Theorie, Praxis und kritischen Einschätzung der Systemischen Therapie. Psychotherapeut 4/97.
- v. Schlippe, A. u. Schweitzer, J. (1996): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen/Zürich (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Weber, G. (Hrsg.) (1994): Zweierlei Glück. Die Psychotherapie Bert Hellingers. Heidelberg (Carl-Auer-Systeme).
- Zocker, H. (1989): betrifft: Anonyme Alkoholiker. Selbsthilfe gegen die Sucht. München (C. H. Beck).

- ¹ Dieser Artikel enthält Passagen eines Referates, welches im Jahre 2002 unter der Überschrift „Geburt, ‚Hinbewegung‘ und Systemaufstellungen in der Klinik Rastede“ in dem Band „Verkörperungen. Systemische Aufstellung, Körperarbeit und Ritual“ veröffentlicht wurde (Herausgeber Guni Leila Baxa, Christine Essen und Astrid Habiba Krezsmeier, Carl-Auer-Systeme-Verlag, Heidelberg).
- ² Seelisch-körperlicher Zustand, bei dem der Patient durch offensichtliches oder auch unbewusst getarntes Zuviel-Atmen bei zu wenig körperlicher Bewegung den Chemismus seines Blutes zeitweise so verändert, dass infolgedessen seine Nerven eine vorübergehende Funktionsstörung erfahren, was dann neben Panikgefühlen und paradoxer Luftnot zu Zittern und vor allem zu Muskelkrämpfen führen kann, welche dann in Extremfällen eine typische so genannte Pfötchenstellung der Hände herbeiführen.
- ³ Mit „Sekundärgefühlen“ meint Bert Hellinger solche Gefühle, die Lösung und Weiterentwicklung hinausschieben – zum Beispiel, weil Weiterentwicklung noch zu bedrohlich erscheint – für die Person oder ihr verinnerlichtes System. Diese Sekundärgefühle haben meistens eine Qualität von dramatischem Ressentiment und Vorwurf, und ihr Ausdruck pflegt viel Zeit in Anspruch zu nehmen. Mit „Primärgefühlen“ meint Bert Hellinger dagegen solche weit weniger Zeit verbrauchenden Gefühle, die auf eine primäre Lebenssituation zurückgehen, in der der Ausdruck dieses Gefühls nicht möglich – weil zu schmerzlich oder zu gefährlich – gewesen wäre. Die damalige Blockierung eines Primärgefühls kann dann zu Symptomen führen, die sich jahrzehntelang halten, bis das unterdrückte Gefühl eine Gelegenheit bekommt, nachholend zum Ausdruck zu finden. Kommt es zu solchem nachholendem Erleben und Ausdrücken der Primärgefühle, kann dies jetzt den Betroffenen zur Weiterentwicklung führen, indem eine Sicht der Welt, wie sie ist, und vor allem eine Zustimmung zum eigenen Schicksal ermöglicht wird und entsprechende Kräfte auf dem Wege zu einer Individuation freigesetzt werden. Diese Primärgefühle sind gekennzeichnet durch eher undramatische, aber tief gehende Entäußerungen, wie zum Beispiel Trauer und Liebe – vor allem die Liebe des Kindes zu seinen Eltern.
- ⁴ Das Anliegen dieser Gemeinschaft ist es, im Rahmen der Peergroup für die Zeit des stationären Aufenthaltes im engen Miteinander des Klinikalltags spontane Experimente von neuem kommunikativem Verhalten und entsprechende neue Erfahrungen zu machen. Dabei wird angenommen, dass solche neuen Erfahrungen dann glaubhafter und dadurch wirksamer sind, wenn sie von einem Betroffenen zum anderen Betroffenen weitergegeben werden – und nicht vom Therapeuten zum Betroffenen. Als ein Motto für diese Art der experimentierenden und mutigen anderen Form des Zusammenlebens für die Zeit des stationären Aufenthaltes kann ein Prosagedicht gelten, welches im Jahre 1964 in einer US-amerikanischen Drogeneinrichtung von einem Patienten namens Richard Beauvais abgefasst wurde: „Wir sind hier, weil es letztlich kein Entrinnen vor uns selbst gibt. Solange der Mensch sich nicht selbst in den Augen und Herzen seiner Mitmenschen begegnet, ist er auf der Flucht. Solange er nicht zulässt, dass seine Mitmenschen an seinem Innersten teilhaben, gibt es für ihn keine Geborgenheit. Solange er sich fürchtet, durchschaut zu werden, kann er weder sich selbst noch andere erkennen – er wird allein sein. Wo können wir solch einen Spiegel finden, wenn nicht in unserem Nächsten? Hier in der Gemeinschaft kann ein Mensch erst richtig klar über sich werden und sich nicht mehr als den Riesen seiner Träume oder den Zwerg seiner Ängste sehen, sondern als Mensch, der – Teil eines Ganzen – zu ihrem Wohl seinen Beitrag leistet. In solchem Boden können wir Wurzeln schlagen und

wachsen; nicht mehr allein – wie im Tod – sondern lebendig als Mensch unter Menschen.“

- ⁵ Diese Methode ist – hier sehr vereinfacht dargestellt – gekennzeichnet durch zwei Hauptelemente. Erstens: Durch Fokussierung auf die Wahrnehmung des Körpers, seiner Bewegung und seiner Haltungen wird ein Zugang zu möglichen Einschränkungen, Blockierungen, aber auch zu Ressourcen sowohl auf der körperlichen als auch auf der seelischen Ebene eröffnet. Auch können Erinnerungen – manchmal traumatischer Art – wach werden, die eine emotionale Auseinandersetzung damit ermöglichen. Ein zweiter Fokus der KBT ist die Handlungs- und Symbolisierungsebene. Hier werden neben dem „Raum um meinen Körper“ und dem „Untergrund, auf dem er steht“ auch Gegenstände wie Bälle, Seile, Stäbe, Sandsäckchen, Steine, Holzkugeln benutzt, die als Projektionsfläche für seelische Inhalte dienen. Solches Experimentieren geschieht auch in der Gruppenarbeit mit anderen Teilnehmern als Gegenüber. Und schließlich gehört ein verbaler Austausch über das zuvor Erlebte zur Arbeit der Konzentrativen Bewegungstherapie.
- ⁶ Vergleichbar der Konzentrativen Bewegungstherapie werden ebenfalls bei diesem Verfahren die Patienten dazu gewonnen und angeregt, über Bewegung und symbolische Handlungen Zugang zu halb-bewussten und unbewussten inneren Prozessen zu gewinnen und in die Lage zu kommen, diese inneren Wahrnehmungen als für sich gültig anzuerkennen und darüber zu kommunizieren.
- ⁷ Casriel hat ein Gruppendesign entwickelt, bei welchem Patienten zu zweit auf einer Matte aufeinander liegend sich festhalten und dabei die Möglichkeit haben, aufkommende Gefühle – wie Angst, Aggression, Schmerz und Freude mithilfe des Schreies auszudrücken. Die gleichzeitige positive Annahme dieses an sich „verrückten Verhaltens“ und die Affirmation durch die Gruppe können dann zu einer ausgeprägten Ich-Stärkung führen. Hier geschieht vielfältige Inszenierung von zum Teil bizarrem Drama, was viele Patienten als eine Würdigung ihrer schweren Symptome nehmen. In der Sprache der Trancetheorie könnte man diesen Vorgang so beschreiben, dass emotionale und andere Verhaltensweisen und Aufmerksamkeitsfokussierungen, die bisher tabuisiert und unterdrückt waren, in diesem Setting erlaubt und ermutigt werden, was dann neue emotionale Spielräume des Patienten mit sich selbst freisetzen kann. In der Sprache der Primärtherapie könnte man sagen, dass Patienten hier aufgefordert werden, mit aller Kraft ihre „Sekundär“-Gefühle und -Emotionen bis zur äußersten Übertreibung und Karikierung herauszuschreien, sodass dann eine besondere Chance entsteht, zu primären Gefühlen zu finden.