

Aufstellungsarbeit und Traumatherapie – ein Werkstattgespräch

Im Oktober 2004 trafen sich 22 Aufsteller(innen) auf der Vogelsburg bei Volkach im Rahmen einer im halbjährlichen Rhythmus stattfindenden fortlaufenden Supervisionsreihe unter Leitung von Albrecht Mahr. In diesem Seminar wurde ein besonderes Informations- und Austauschbedürfnis zum Thema Traumaarbeit im Zusammenhang mit Aufstellungen deutlich. Dies führte dazu, dass dem Thema ein ganzer Abend gewidmet wurde. Einem ersten Teil mit Kurzreferaten derjenigen, die etwas zu bekannten Traumatherapie-Verfahren berichten konnten, folgte im zweiten Teil eine Diskussion, die auf die Anwendung in der Aufstellungspraxis fokussierte. Da das Werkstattgespräch als so außerordentlich spannend, kompetent und ergiebig erlebt wurde, dass dessen Inhalte sicher auch für andere Aufsteller wertvoll sein könnten, folgte die Gruppe dem Vorschlag der Bearbeitung für die Veröffentlichung. Themenbezogene Literaturhinweise schließen sich an das Transkript an.

„Fishbowl“ mit Kurzreferaten der „Experten“

Helmut Meier: Ich möchte über einen Vorläufer der modernen Traumatherapie sprechen, der zurückgeht auf meinen geschätzten Lehrer David Jonas, 1985 gestorben, der ein biologisches Konzept der archaischen Reflexe entwickelt hat. Dieses Konzept beinhaltet eine Theorie, die archaische Reflexe, also eine Regression auf im Tierreich gängige Reflexmuster, in Verbindung mit psychosomatischen Erkrankungen formuliert. In der Essenz enthält sie etwa Folgendes: Eine psychosomatische Störung ist in vielerlei Hinsicht Ausdruck des Versuchs des Organismus, mit einer Reizüberflutung in einem frühen Lebensalter dergestalt zurechtzukommen, dass er regrediert auf der somatischen Ebene auf ein im Tierreich adaptatives, aber für den Menschen nicht mehr adaptatives Verhaltensmuster. Ich will das deutlich machen am Beispiel des Totstellreflexes, der eine zentrale Bedeutung in der Vorstellung von Traumatisierung bei Jonas einnimmt. Totstellreflex ist ein biologisch sinnvolles Muster im Tier, das in einem Beutetier entsteht, um das Überleben zu sichern, indem es schlagartig alle physiologischen Funktionen herunterfährt – Herzschlag, Atmung, Durchblutung von der Peripherie – und somit dem beutereißenden Tier nahe legt, sich vom Beutetier abzuwenden. Dieser Totstellreflex hat also für ein Tier eine biologisch sinnvolle Funktion. Das Tier erwacht danach und flieht, und durch die Fluchtenergie kann es sich sozusagen der physiologischen Begleiterscheinungen im vegetativen Nervensystem entledigen. Der Totstellreflex beim Menschen ist komplizierter, weil er durch die vielfachen Überformungen, Konzepte und Funktionen der Großhirnrinde überlagert wird, sodass da eine Abspaltung geschieht und ein Teil der Energie im System

bleibt. Jonas sagt: Es muss das Sinnvolle im nicht mehr adaptativen biologischen Mechanismus gesehen werden, also im archaischen Reflex. Mit ihm spricht der Patient eine Sprache, die uns in ihren Begriffen, in ihrer Eigenbedeutung den Weg weist zu inneren Bildern, die wiederum gekoppelt sind an das physiologische Erleben. Das heißt, er entwickelt eine innere Bilderwelt und damit eine Sprache, die es ermöglicht, in einer Art gewaltfreier Kommunikation (gewissermaßen ist Marshall Rosenberg ein Nachfahre dessen) Zugang zur Erlebenswelt des Traumatisierten zu bekommen und sich vorsichtig über die Bilder der Traumatisierung zu nähern. Eine weitere These besagt, dass es Lösungen gibt, wie das Trauma oder auch die psychosomatische Störung überwunden werden kann, die auch sprachimmanent sind und in den Bildern sozusagen Vorläuferprinzipien haben. Das ist das Prinzip der inneren Weisheit, damals so formuliert, und hat für mich eine Parallele zu dem, was wir im Systemischen als „wirkendes Feld“ bezeichnen.

Juliane Leib: Peter Levine bezieht sich auch auf diese instinktiven Reaktionsweisen, die im Wesentlichen aus Fliehen, Kämpfen, Schützen und Erstarren bestehen. Er hat beobachtet, dass, wenn Traumasymptome entstehen, diese Reaktionsweisen sich in der gefährlichen Situation nicht vollenden konnten, weil es zu schnell ging oder die Überwältigung zu groß war. Die Therapie hat den Ansatz, diese Reaktionsweisen zu vollenden. Das geschieht nicht auf die Weise, die du beschrieben hast, also vorwiegend mit den inneren Bildern und mit der Sprache, sondern indem der Klient/Patient dazu gebracht wird, sich selbst wahrzunehmen, den Körper von innen wahrzunehmen – so ähnlich wie im Focussing mit dem Felt Sense. Auf diese Weise wird er dabei unterstützt, die in der Traumasituation angebahnten, jedoch nicht vollzogenen Reaktionen zu vollenden. Vorher werden aber zuerst die Ressourcen gestärkt, indem so etwas gesagt wird wie: Spür in deinen Körper, was nimmst du wahr? Dann fängt der Klient im Allgemeinen an, Symptome wahrzunehmen. Dann fragt man beispielsweise: Während du das spürst, kannst du auch einen Bereich im Körper spüren, wo es sich sicher anfühlt? Woran erkennst du das? Versuche genauer zu beschreiben, wie du das wahrnimmst. – Damit verstärkt man alles, was diese Wahrnehmung des Sicherens vertieft. Im Allgemeinen wird dadurch schon die Ressource im Körper ausgeweitet, es entsteht ein stärkeres Gefühl der Sicherheit. Und dann gibt's immer wieder einen automatischen Übergang zu den Traumasymptomen, auf die man eher berührend als hinfallend eingeht, um dann wieder zurückzukehren zur Ressource. Die Entladung der angehaltenen Traumaenergie findet meistens im ressourcenhaften Zustand statt. Und der

Therapeut greift natürlich auch auf, was er sieht, indem er zum Beispiel sagt, ich sehe, dass du gerade deine Schultern hochziehst – machs im Zeitlupentempo weiter und spür, was du da tust – und dann könnte es sein, dass dabei herauskommt, dass es sich dabei um eine Schutzhaltung handelt. Levine hat durch Naturfilme über das Tierreich die Beobachtungen gemacht, dass es nicht nur die Flucht ist, die die Tiere von den Traumasymptomen befreit, sondern auch, dass die nach einer Weile aufstehen, sich schütteln. Etwas Ähnliches versuchen wir auch, in der Arbeit mit den Klienten in Gang zu bringen, wenn es um Totstellreflex geht – zum Beispiel über das Aufgreifen von Zittern.

Marianne Hegenscheidt: In den letzten zehn Jahren hat man neue bildgebende Verfahren entwickelt, mit denen man die Vorgänge im Gehirn, die neurophysiologischen Abläufe, sehr viel besser darstellen kann. Dadurch weiß man jetzt, dass im Trauma, wenn die traumatische, plötzliche, emotional schwer verkraftbare Situation auftritt, das Amygdala-System aktiviert wird. Dabei geht sozusagen, wenn wir von diesen Situationen sprechen, eine Art Klappe zu, und es gibt keinen Übergang vom Amygdala-System in das Hippocampus-System mehr, was für die normale Form des Erinnerens aber notwendig ist. Das hat bei der Aktivierung des Traumas durch irgendeinen Hinweisreiz zur Folge, dass die Energie im so genannten Flash-back im Amygdala-System kreist. Es wird wieder erlebt wie ein gegenwärtiges Geschehen – es ist nicht Geschichte geworden. Die moderne Traumatherapie arbeitet darauf hin, dass es Geschichte wird, dass dieses Kreisen aus dem Amygdala-System rauskommt und vom Hippocampus ins Erinnern, ins Damals gebracht werden kann.

Noch was Wichtiges historisch: In der Therapeuteszene sind wir an der Stelle der Traumata mal ganz ins Stocken geraten, weil wir sie gar nicht so richtig gesehen haben. Dann wurde entdeckt, dass so gut wie in allen Borderline-Störungen Traumata im Hintergrund eine Rolle spielen. Die Analytiker, die ja besonders lange Therapien machen, haben festgestellt, dass oft etwas gar nicht angesprochen wurde oder es zu Retraumatisierungen kam. Wir wussten noch nicht über die Physiologie, was man heute weiß, dass das Geschehen beim Patienten so erlebt wird wie damals, und dass es für den therapeutischen Prozess überhaupt nichts nützt, dass es jetzt ist wie damals und weiter nichts passiert. Wir hatten mit den negativen therapeutischen Reaktionen zu tun, die ebenfalls damit zusammenhängen, in denen ein Patient es konstant schafft, sich als Opfer und mich als den Täter zu erleben – egal wie viel Mühe wir uns geben –, also dass sich diese Szene immer wiederholt und bleibt und wir darüber sprechen müssen. Da muss die Traumatherapie ganz andere Wege gehen, als wir Analytiker das lange Zeit gemacht haben.

Michael Lotz: Ich versuche mal, da anzuknüpfen: Ich glaube, dass genau diese neurobiologischen Erkenntnisse

Luise Reddemann sehr beeindruckt haben. Sie war 19 Jahre lang leitende Ärztin im Johanneskrankenhaus in Bielefeld, wo sie sich in Forschungen und Praxis mit traumatisierten Menschen beschäftigt hat. Sie hatten dort häufig Patientinnen, die retraumatisiert waren. Das ungeheuer sorgfältige, behutsame und stabilisierende Vorgehen hat mich in der Arbeit von L. Reddemann besonders beeindruckt. Sie schreibt sich das deutlich auf die Fahnen. Sie geht davon aus, dass ein Mensch, der ein Trauma erlebt hat, dieses nicht gänzlich bewältigen kann, sondern dass sich eine Narbe bildet, die im besten Fall ohne Qualen und ohne Schmerzen bleibt. In der Klinik haben sie mit extrem, also komplex Traumatisierten gearbeitet. L. Reddemanns Buch über die Psychodynamik imaginativer Traumatherapie basiert auf diesen Patienten. Also nicht einfach traumatisierten, wie bei euch letztes Jahr mit diesem Überfall, sondern komplex traumatisierten. In der Klinik konnte festgestellt werden, dass gerade diese häufig retraumatisiert waren. Das hat dazu geführt, dass in ihrer Therapie Methoden entwickelt wurden, die überhaupt nicht regressionsfördernd waren, sondern im Gegenteil affektkontrollierend. Deren Ziel ist, den traumatischen Affekt selbstregulierend so zu steuern, dass er beherrschbar ist. Reddemann wurde dadurch zu der Einstellung bewogen: Wir müssen zuerst sichern und Stabilisierungsarbeit machen. Das hat dazu geführt, dass manche Patienten 60, 70 Stunden lang gesichert werden. Dieses Sichern wird mit einem imaginativen Verfahren gemacht, dazu gibt es ganz verschiedene Übungen. Eine, die ich selbst mal gemacht habe, ist der innere sichere Ort. Der Patient kann sich selbst einen inneren Ort vorstellen, imaginieren, bildet den aus mit allerlei Hilfsmöglichkeiten, guten Feen, Zauberern, Rucksäcken, in denen alle möglichen Hilfsmittel vorhanden sind. Zu diesem Ort kann während der Traumabehandlung immer wieder geflüchtet werden. Dazu gibt es noch jede Menge anderer Übungen.

Edgar Enders: Der Grundgedanke dabei ist, dass in der Retraumatisierung die Erlebnisinhalte der traumatischen Situation wieder neu auf die innere Bühne gerückt werden, ohne dass es der Mensch kontrollieren kann – er dissoziiert unkontrolliert. In den Übungen geht es darum, dem Menschen eine Möglichkeit an die Hand zu geben, erst mal kontrolliert zu dissoziieren, dann die Situation zu stoppen und dann die innere Bühne bewusst mit anderen Inhalten – zum Beispiel sicherer Ort, zum Beispiel die Baumübung, zum Beispiel innerer Helfer – zu besetzen. Reddemann sagt sehr klar, dass das bei der Mehrzahl der Patienten komplett ausreicht. Bei 60–70 % aller Patienten ist eine Traumakonfrontation überhaupt nicht nötig, sondern es ist über die Stabilisierung hinzukriegen, dass sich die posttraumatischen Belastungsstörungen verringern oder sogar ganz zurückziehen können. Das Setting gefällt mir dabei ganz gut: In der Therapie gibt es einen Kontrakt: Ich mache Erziehungsberatung zwischen Erwachsenen – also der Patient ist als Gegenüber des Therapeuten der Erwachsene, der sich um sein inneres Kind kümmert und es gut versorgt. Ich arbeite

überhaupt nicht mit Regression, sondern arbeite im Gegenteil mit dem Menschen immer im Hier und Jetzt, damit er Techniken entwickelt, mit denen er dann in der Situation die Besetzung der inneren Bühne mit den schwierigen Bildern verhindert etc. Wichtig sind noch eine ganze Menge Distanzierungstechniken, mit denen Leute dann, wenn sie vom Trauma reden, auch die Qualität des Erlebens kontrollieren können. Zum Beispiel die Geschichte mit dem Bildschirm und der Fernbedienung – das ganze traumatische Geschehen wird in der Imagination im Fernsehen gesehen, wobei der Betroffene eine Fernbedienung hat, mit der er den Grad des Affekts regulieren kann. Außerdem spreche ich von ihm in der dritten Person, also nicht: Ich, Edgar, hab das erlebt – sondern: dem 12-Jährigen ist das damals passiert. Einfach, um den Affekt zu regulieren und um zu verhindern, dass sich Emotionalität der traumatischen Situation reinszeniert.

Marianne Hegenscheidt: Ich wollte noch mal einen Punkt betonen: Die Traumatherapie, wie du sie beschrieben hast, ist ein grundlegend anderes Konzept als die „Beziehungstherapie“ der Analytiker. Wir haben als Analytiker eine Zweipersonenbeziehung – in der Traumatherapie haben wir einen dritten Raum: die zwei Erwachsenen und – der Therapeut achtet darauf – einen weiteren Fokus im Trauma, dem zu lösenden Problem, dem leidenden Kind. Die Dissoziation wird hier komplett anders genutzt – was mich als Analytikerin verwirrt. Wenn ich mit dieser Technik zum ersten Mal arbeite, muss ich ständig umdenken – es ist ein anderer Raum. Es ist wie beim Aufstellen: Wir teilen das Geschehen in mehrere Personen auf. Die dritte Person kann wechseln, weil es ja zum Beispiel Traumata in verschiedenen Zeiten gibt.

Michael Lotz: Das, was mir an Reddemann gefällt, knüpft auch immer wieder an Hellinger an. Die Haltung, die sie grundsätzlich gegenüber den Patienten einnimmt, hat die Kernaussage: Der Patient weiß am allerbesten, was für ihn gut ist. Wie der Patient sich mit dem Trauma konfrontieren will, überlässt sie ihm – das finde ich ähnlich dem, was oft bei der Arbeit von Hellinger zu beobachten ist.

Edgar Enders: Deswegen spielt bei Reddemann die Psychoedukation eine ganz wichtige Rolle. Es wird den Patienten immer erklärt, was im Trauma passiert – und wie wir vorgehen, um genau daran was verändern zu können. Der Patient muss jedem Schritt explizit zustimmen und mitarbeiten.

Marianne Hegenscheidt: Frau Reddemann kann das aber nur deswegen dem Patienten überlassen, weil sie einen ganz klaren Rahmen schafft. Wenn ich als Analytikerin das den Patienten überlasse, suhlen sie sich in ihrem Opferdasein und ich werde zum Täter, und es kreist ständig weiter. Durch den klaren Rahmen verhindert sie genau das.

Michael Lotz: EMDR (Eye Movement Desensitisation Reprocessing) ist im Grunde genommen nur eine weitere Technik. Es benutzt andere Begriffe. Das, was wir eben von Reddemann erzählt haben, gibt's im EMDR auch. Nur die Traumakonfrontation ist unterschiedlich. Edgar hat eben Bezug genommen auf die Bildschirmtechnik, und auf die Beratertechnik. Der Ablauf beim EMDR wird immer überprüft durch bestimmte Skalen, in denen das Körpergefühl zu dem Trauma eruiert wird, in dem der momentane Leidensdruck und mögliche Lösungsgrade auch schon vorher benannt werden. EMDR arbeitet zur Auflösung des Traumas bei Kindern mit rhythmischem Klopfen auf den Oberschenkel und bei Erwachsenen durch das Prozessieren der Augenbewegungen, wobei es zu einer kathartischen Bewegung kommt. Im Wesentlichen ist nur die Technik unterschiedlich.

Freda Eidmann: Also wird davon ausgegangen, dass physische Reize die Verarbeitung der traumatischen Erfahrungen im Gehirn verändern können.

Marianne Hegenscheidt: Anfangs wusste man das noch gar nicht sicher, es gab noch keinen Beweis dafür. – Was ich auch spannend finde, ist, dass beim Reprocessing dieses „Es ist vorbei“ kommt. Man hat schon damit gearbeitet: Es ist jetzt nicht mehr, es ist schon Vergangenheit. Es wurde schon geahnt, dass es um eine Verarbeitung im Gehirn geht.

Freda Eidmann: Ich möchte mich da nur kurz anschließen, weil ich noch nicht sehr erfahren bin mit der energetischen Psychotherapie nach Fred Gallo. Es werden auch hier physische Reize genutzt, um emotionale Zustände zu beeinflussen, und zwar mit Meridianen und Meridianpunkten zusammenhängende Reize. Das Konzept basiert auf dem Wissen aus der traditionellen chinesischen Medizin um die physiologische Bedeutung der Meridiane, die um die der Emotionen erweitert wurde. Die Arbeit besteht im Klopfen spezieller Punkte und Punktsequenzen, denen bestimmte emotionale und psychische Zustände zugeordnet werden. Ähnlich wie im EMDR lässt man den Patienten in einen bewusst herbeigeführten und somit kontrollierten Problemzustand gehen und dann auf diese Punktsequenzen klopfen. Man ergänzt das Klopfen noch mit den entsprechenden Test- und Affirmationssätzen. Vorher und nachher wird ein Rating gemacht, auch ähnlich wie beim EMDR. Man kann also am eigenen Leibe erfahren, dass sich etwas deutlich verändern kann. Außerdem ist ein Vorteil der Methode, dass man sie selbst unabhängig vom Therapeuten in kritischen Situationen einsetzen kann, wenn man die Klopfsequenzen gelernt hat. Für Traumata gibt es eine eigene Punktsequenz. Am bekanntesten ist dieser Punkt hier (klopft Handkantenpunkt), mit dem Satz: „Ich akzeptiere mich voll und ganz, auch wenn ich dieses oder jenes (Unangenehme) mache, erlebe oder erfahre.“

Juliane Leib: Gallo sagt, dass die energetische Psychotherapie nicht hilft, wenn's Glaubenssätze gibt, die entgegengehen. Und diesen Punkt zu klopfen hilft, so einen Glaubenssatz aufzuheben.

Freda Eidmann: Dieser Punkt wird so genutzt, dass man das, was man nicht möchte oder was man an sich nicht mag, erst mal akzeptiert, das ist sozusagen Basisarbeit. Man nennt es „psychische Umkehr“. Es kann sehr hilfreich sein auch bei Blockaden im Aufstellungsprozess.

Michael Lotz: Interessant wäre ja jetzt, nach unserem Diskurs durch die Welten der Traumaforschung bei der Aufstellungsarbeit anzuschließen und zu gucken, was übereinstimmt und wie es miteinander zu verbinden ist. Dazu ziehen wir uns wieder zurück in die große Gruppe.

Erfahrungsberichte und Diskussion

Marianne Hegenscheidt: Eine Anwendung war mir schon völlig klar, als ich die ersten Bücher dazu las: die der inneren Bühne. Ich hab das bei meinem letzten Kurs gut verwenden können. Es ging um das Anliegen der Mutter, wir hatten die Gegenwartsfamilie aufgestellt. Es spielte sich ein schreckliches Drama ab, das darauf hinwies, dass wir uns mit der Tochter beschäftigen mussten. Sie wurde als eines der drei Kinder zur Klientin im Raum. Da hab ich dieses Kind, das dann auch ein Alter genannt hat, rausgenommen und eine andere Stellvertreterin für die Tochter, die von dem Trauma nichts weiß, an ihre Stelle gestellt. So entspannte sich die Situation erst mal völlig, sodass es weitergehen konnte. Ich wollte das als ein Beispiel dafür berichten, dass wir die Gelegenheit haben, wenn jemand traumatisiert ist, erst mal das traumatisierte Kind zu schützen und einen anderen, erwachsenen Anteil reinzunehmen. So können wir die Dissoziation nutzen, indem wir sie in den Raum verlegen, so wie wir es ja in den letzten Jahren auch hier in dieser Gruppe gemacht haben.

Juliane Leib: Ich wende das, was ich beim Somatic Experiencing nach Peter Levine gelernt habe, oft in dem Vorgespräch an, wenn die Klienten ja oft aufgeregt sind vor dem, was da jetzt kommt und was sie zeigen. Ich beobachte da einfach genau die körperlichen Reaktionen und guck, was ich stärken könnte. Ich sag dann: Spür mal deinen Körper, wo fühlt sich das sicherer an? – Und achte auch auf die Atmung, dass sie auch ausatmen, damit sie es in sich besser halten können. Dann ist es einfacher, die Aufstellung anzugehen. Da erkenne ich dann auch schon etwas, wie traumatisiert sie sind.

Wenn sie ihren Körper nicht wahrnehmen können, Ausweichäußerungen machen, dann denk ich: Oh, da müssen wir aufpassen! Je weniger sie ihren Körper wahrnehmen können, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass die

Grenzen sehr stark verletzt sind. In der Aufstellungsarbeit ist das dann auch manchmal so, dass ich sehen kann, wenn ein Körper dabei ist, sich entladen zu wollen. Ich unterstütze dann auch zum Beispiel Zittern, das ich sehe, damit es sich vollziehen kann. Manchmal sind es Stellvertreter nicht nur von Klienten, sondern auch von Familienmitgliedern; oft reicht es weit zurück. Damit habe ich gute Erfahrungen gemacht. Und auch wenn ich sehe, dass jemand zu stark ins Trauma kommt, immer wieder, empfehle ich: Spür du, wie die Füße am Boden stehen – um es zu verlangsamen und die Angst rauszunehmen.

Eva Busch: Bei all diesen Techniken geht es darum, dass etwas, wo es kaum Zwischenraum gibt, einen Raum bekommt – egal was man macht, ob man eine Einzeltherapie macht oder die Aufstellungsarbeit. Ich knüpfe an das an, was Juliane sagt: Es gibt zwei Richtungen in der Psychotherapie. Die eine ist bestimmt von der Vorstellung, dass das Ausagieren des Traumas eine befreiende Wirkung hat. Das stimmt aber nicht. Die befreiende Wirkung kommt nur daher, dass das Ganze in einem haltenden Rahmen stattfindet und dass dadurch andere Emotionen möglich werden. Es geht immer darum, dass der haltende Rahmen geschaffen wird. Also bei der Aufstellungsarbeit, dass es einen Aufstellungsleiter gibt, oder in der Zweierbeziehung, dass es eine Verabredung über Raum und Zeit gibt und das, was zwischen den beiden benannt werden kann. Es gibt immer eine dritte Position, auf die beide, die darüber im Kontakt sind, gucken müssen. Beziehungsweise dass es beim Trauma wie bei einer Implosion einen Sog gibt, wieder in das direkte Agieren zu gehen und weg von der Symbolisierung, und dass die Arbeit darin besteht, da wieder hinzugucken.

Helmut Meier: Ich wollt noch mal was zu Mariannes Beitrag vorhin sagen über die neurophysiologische Verbindung zwischen dem Mandelkern im Gehirn und dem limbischen System, in dem Triebreaktionen und Emotionen generiert werden. Durch die Traumatisierung entsteht ja ein Block dazwischen – die Energie kreist ja in der Formatio reticularis im Mandelkern. Es gibt Untersuchungen, die schließen an L. Reddemann und andere an, dass die Aktivierung der Bilderwelt oder das Implementieren von Bildern es ermöglicht, wieder eine Brücke herzustellen zwischen den neurologisch sonst getrennten Regionen. Die Aufstellung ist für mich ein Raum gewordenes Innenbild des Familiensystem, und hat durch die Verbindung zwischen körpertherapeutischen, also physiologischen Prozessen und bildhafter Wirkung eine unglaublich hohe Potenz, wenn dieses Bild aufgenommen wird vom Patienten. Hellinger sagt ja auch: Schau es dir an, nimm das Bild auf, das ist das helfende, heilende, wie auch immer geartete Bild. Ich glaube, dass es für die Aktivierung der Bilderwelt implizit von Frau Reddemann mit den schönen Sequenzen vom heilenden Ort, Innenbildern von Helfern usw. verschiedene Möglichkeiten gibt. Die Aufstellung ist für mich eine Form, ein lebendiges

Bild zu generieren mit dem Klienten, in einem gut geschützten Rahmen, und damit an der Brücke zu arbeiten. Dafür muss das Trauma nicht unbedingt aktiviert werden. Aber das kann geschehen. Ich hab das einmal bei dir, Albrecht, erlebt, mit einer früh gestörten Patientin. Es hat mich zutiefst beeindruckt, wie diese basalen Elemente immer wieder da waren, immer wieder ein kleiner Schritt, immer so weit, wie die Patientin gehen konnte. Das war hier in diesem Raum, hier in dieser Ecke.

Michael Lotz: Ich möchte in der Diskussion wieder ein bisschen zurückgehen, ich beziehe mich auf Julianes Beitrag und auch auf Evas. Da fängt mein Problem an: Reddemann beschreibt, dass viele Patienten nicht oder noch nicht in der Lage sind, diese Affekte zu kontrollieren. Deswegen ist ja die stabilisierende Arbeit, die du, Helmut mit den Bildern noch mal sehr schön in diesem Rahmen beschrieben hast, so unglaublich wichtig. Man gibt dem Patienten Gelegenheit, in seinem eigenen Erleben auch immer wieder in diese Schutzräume flüchten zu können. Und sie sagt an dieser Stelle, das ist unverrückbar über einen längeren Zeitraum zu üben und herzustellen. Genau das vermisste ich in der Dynamik der Aufstellung, die ja sehr schnell ist. Das wissen wir ja alle, was sich da plötzlich entfaltet. An diesem Punkt bin ich innerlich hin- und hergeworfen und hab noch keine Lösung, wie ich das vereinbaren kann.

Karin Guhn-Weiss: Was ich sagen wollte, geht jetzt ein bisschen weg von dem, was du jetzt angestoßen hast. Ich komme mir fast schon anachronistisch vor, wenn ich das anspreche, dass für mich die zentrale Bedeutung für die Arbeit mit Traumatisierten die Qualität der Beziehung zwischen Therapeut und Klient ist – das ist hier überhaupt noch nicht gefallen. Wobei es sicher Unterschiede gibt zwischen Schocktraumata, die einmal stattgefunden haben, Entwicklungstraumata, Beziehungstraumata. Wenn Traumata passieren, einmal oder öfter, ist das Damit-allein-gelassen-Werden praktisch das Schlimmste. Meine Erfahrung in der Arbeit ist, dass, wenn ich in gutem Kontakt zu meinem gesunden Kern bin und ebenso den tiefsten gesunden Wesenskern des Klienten erreiche, dann ist das ein ungeheuer stabiler Rahmen. Meine Arbeitsbasis ist eigentlich, dass ich versuche, einen Kontakt herzustellen zu dem ganz gesunden, weisen Anteil in ihm. Wenn das lebbar wird und einen Raum bekommt – es ist in Gruppen möglich, es ist in der Einzelarbeit möglich, inwieweit es in der Aufstellungsarbeit möglich ist, da bin ich selber noch am Experimentieren –, dann kann der Klient in diesem Rahmen eigene Ressourcen entwickeln und kann in dem Kontakt, den ich ihm anbiete, und in der Beziehungsqualität, die er so noch nicht kennen gelernt hat, sehr wohl Schritt für Schritt einen eigenen Mechanismus entwickeln, durchaus auch Ängste durchwandern, durchaus auch das Trauma wieder erleben, aber völlig in seinem eigenen Tempo. Das erfordert sehr viel Präsenz, sehr viel Geduld, häufig auch die Kraft der gan-

zen Gruppe, und dann führt es sehr wohl auch zur Heilung. Neben all den neuen Einsichten und Techniken in der Traumatherapie gerät mir dieser zentraler Aspekt zu sehr in den Hintergrund. Die Hauptrückmeldung meiner (überwiegend sexuell) Traumatisierten ist: „Wir sind von dir noch nie retraumatisiert worden, weil du auf eine Art da warst, wie wir das noch nie erlebt haben. Das Schlimmste war immer das Alleinsein damit. Was sich in manchen Therapieangeboten wiederholt hat ...“ Da spielt für mich die Technik eine ganz untergeordnete Rolle. Wenn ich im tiefen Vertrauen auf die Selbstheilungskräfte des Klienten als Person voll präsent bin, dabei darauf vertraue, dass der Kontakt zwischen uns zusätzliche Heilkräfte freisetzt und den Klienten mit all meiner Anteilnahme hindurch begleitet durch seinen Horror, passiert auf tiefster Ebene Heilung. Das ist meine Erfahrung. Ohne vorher zu wissen, wohin das jeweils führt, kann so was natürlich auch dem Therapeuten Angst machen. Im Kontakt mit dieser personübergreifenden Kraft, die wir auch aus der Aufstellungsarbeit kennen, wird aus der Angst Gelassenheit und tiefes Vertrauen. Es geht um diesen Bereich von übergeordneter göttlich-heilender Kraft, die in uns allen liegt und frei wird, wenn wir uns für das Geschehen und unser Gegenüber leer machen und einfach nur pur und gelassen präsent sind. Und diese Qualität in der Beziehung anbieten. Für mich ist das die basale Arbeit überhaupt. Auch wenn ich den Ansatz von Levine auch schon ausprobiert habe und es hilfreich fand, das dazuzunehmen.

Edgar Enders: Michael hat das ja schon ausgedrückt, was ich auch sagen wollte: dass nach der hellingerschen Ausbildung da auch konträre Aussagen aufeinander prallen. Stabilisierung ist enorm wichtig, und ich versuche, auch wenn ich mit Bärbel zusammen Aufstellungsseminare mache, Kompromisse zu finden – das ist gar nicht so einfach. Ich erinnere mich, dass wir eine Frau im Kurs hatten, wo es klar war, mit ihr einen Vertrag zu schließen, ob und wie sie im Erwachsenen-Ichanteil bleiben kann, und das auch über Übungen abzusichern. Wir haben lange überlegt, ob wir überhaupt aufstellen würden mit ihr – ich hab mit ihr dann stabilisierende Übungen gemacht. Eine Idee kam uns dann noch: Wenn jemand stellt, den Kreis sehr dicht zu machen, mit dem Klienten außerhalb dieses Kreises zu gehen und das Ganze von außen anzugucken. Das wäre Bildschirmtechnik, die in die Aufstellung transportiert wird.

Ramraj Löwe: Ich möchte nur etwas Kleines zu dem, was Juliane gesagt hat, ergänzen: Ich würde keine Aufstellungen machen mit jemandem, der nicht richtig im Körper sein kann. Ich nehme mir gegebenenfalls all die Zeit, bis jemand einen guten Platz im Körper findet. Ich achte darauf, dass ich als Aufsteller zu jeder Zeit deutlich spüren kann, ob jemand im Körper ist oder nicht, sodass ich es sofort merken würde, wenn das nicht mehr so wäre. Dann verlangsame

ich notfalls die Aufstellung oder unterbreche sie kurz, um beim Klienten Dinge auf somatischer Ebene zu prozessieren und auf achtsame Weise zur Entladung zu bringen, bis er wieder auf gute Weise im Körper sein kann.

Albrecht Mahr: Ich will nur einen Aspekt hervorheben: In der Aufstellungspraxis gab und gibt es auch noch die Idee, sich den Dingen zu stellen, hinzuschauen. Ich habe bei anderen erlebt und es auch selbst verursacht, dass auf diese Weise Retraumatisierungen auftraten. Ich hatte dafür über längere Zeit keinen rechten Blick. Durch den levineschen Ansatz habe ich einen Blick für Retraumatisierungen bekommen: Was sind denn die Zeichen dafür bei einer harmlos beginnenden Aufstellung? Auch Zeichen, die vielleicht im Kontakt noch nicht deutlich wahrnehmbar sind. Manchmal sind die noch nicht da, weil es um die Seite geht, die das Trauma nicht kennt. Es ist gut, die feinen, subtilen Zeichen zu kennen, die auf Retraumatisierung hinweisen, wie plötzliche Blässe, in Rückzug gehen, leer und gefühllos werden, Angstschweiß u. a. Dann finde ich es so wertvoll, sich an die ganz einfachen, nahe liegenden Erfahrungen zu halten. Bei dem Trauma, das diesen Namen verdient, ist der Totstellreflex eingetreten, weil andere Möglichkeiten nicht möglich waren. Die Ermöglichung einer neuen Erfahrung mit Bewegungen wie zum Beispiel Entfernung, Weggehen, Weggucken, Aufhören, Sichabwenden, nichts mehr damit zu tun haben wollen bedeutet nicht etwa Ausweichen, sondern den Beginn einer Heilung. So einfach das klingt – es ist wirklich etwas ganz Zentrales, das auch in der Aufstellungspraxis zu ermöglichen, zu unterstützen, indem man unter Umständen auch mal aufhört, oder jemand geht raus, und dann kann man sich draußen mit ihm beraten. Bertold Ulsamer hat in der Zeitschrift Praxis der Systemaufstellung auch schön beschrieben, wie man zum Beispiel mit dem Klienten überlegt: Wenn du von draußen zurückkommst, ist die Aufstellung beendet, das Feld ist verschwunden! Dass wir also Not- und Schutzmaßnahmen wie Flucht oder Abstandschaffen ausdrücklich wertschätzen – „jetzt ist möglich, was damals nicht ging“ – ist für mich inzwischen ein ganz zentrales Element der Aufstellungsarbeit.

Juliane Leib: Mir fehlen zwei Sachen noch. Zum einen möchte ich mal problematisieren, dass ich es manchmal schwierig finde, gleichzeitig beim Geschehen in der Aufstellung mit den Stellvertretern zu bleiben und den Klienten im Blick zu haben. Das ist mir auch schon mal misslungen, wobei eine Frau retraumatisiert wurde, die aber zum Glück bei mir in der Einzeltherapie war. Zum anderen ist mir von dem, was ich jetzt über Trauma gelernt habe, noch als ganz wichtig hängen geblieben: Früher hab ich mir gleich immer alles erzählen lassen – jetzt stopp ich die Leute und sichere vorher und guck, ob es überhaupt der richtige Platz ist. Weil sie sonst durch das Vorgespräch schon angetriggert und in die Gegenwart des Traumas kommen können. Das ist nicht immer so, aber es kann passieren.

Marianne Hegenscheidt: Die Aufstellungsarbeit ist im Prinzip eine Konfrontationstechnik. Wir wollen, dass das Trauma angeschaut wird, und das ist natürlich auch sehr heilsam, wenn es geht – wenn der Rahmen da ist. Bloß, wir haben Klienten, da geht das nicht. All die guten Ideen, die wir jetzt hier haben, können wir anwenden – natürlich, wenn's uns überrascht, da müssen wir ja versuchen, irgendwas zu machen – aber ich hab Patienten, die würde ich entweder nie oder erst nach langer, langer Vorbereitung in eine Aufstellung nehmen. Eine Patientin, für die ich hier vor Jahren zweimal eine Supervisionsaufstellung gemacht habe und mit der ich immer noch arbeite, würde ich nach meinem heutigen Kenntnisstand überhaupt nie in eine Aufstellung reinbringen, und das gilt, glaub ich, für viele Patientinnen, die Frau Reddeman gehabt hat in ihrer Klinik. Sie ist ein typischer Fall, der in so eine Klinik gehört. Nur wenn Stabilisierung, Stabilisierung, Stabilisierung gelingt und ich damit rechnen kann, dann kann eine Aufstellung sehr gut sein und Entscheidendes bringen.

Eva Busch: Ich wills noch mal von der anderen Warte sagen: Ich komm ja aus der Einzelarbeit, aus der psychoanalytischen Arbeit, und da ist das natürlich, was du sagst, eine Selbstverständlichkeit: in der Beziehung sichern, sichern, sichern, sichern, immer sichern, und vorsichtig, und stoppen, nicht ran ans Trauma. Und dann hab ich das erste Mal Aufstellungen gesehen und fand das eine grandiose Idee! Dass der Patient am Rand sitzt – der ist ja viel gesicherter dadurch als in der Zweierbeziehung. So viele habe ich schon gesehen, die da sitzen und heulen oder weggucken – oder sich so viel angucken von der „Aufführung“, wie sie verkraften können. Dann hab ich mal zu Albrecht einen Patienten geschickt, der kam wieder von der Aufstellungsarbeit und sagte: „Davon hab ich mein ganzes Leben geträumt – ich hab dagesessen und geheult und geheult und geheult, und als ich die Augen wieder aufgemacht habe, war alles gut!“ (Gruppengelächter) – Natürlich gibt's das auch, dass wer in einer Aufstellung retraumatisiert wird, aber mir kommt das Risiko so viel geringer vor als in der Einzelarbeit.

Helmut Meier: Ein schönes Bild – ich möchte dem erst mal beipflichten. Mir fiel der Satz ein: „Der Wahrnehmende und das Wahrzunehmende sind miteinander verbunden oder sind eins“, und ich frage mich und euch auch mit, ob nicht die Furcht vor Retraumatisierung die Wahrnehmung so stark beeinflusst, dass Retraumatisierung einen breiten Raum kriegt und sich ereignen kann. Und ob nicht Furchtlosigkeit in der Haltung ein Stück Voraussetzung ist, um den Boden zu bereiten. Ist eine Frage, ich hab darauf keine Antwort.

Michael Lotz: Ich bin da sehr vorsichtig an dieser Stelle. Ich find das spannend, dass du das noch mal auf einen Punkt gebracht hast, Ramraj, und dich darauf bezogen

hast. Der wichtigste Auffälligkeitsgrad, den du gar nicht erzählt hast, ist die während des Berichtens eintretende Dissoziation der Patientin, also der Moment des berühmten total break up, des Weggehens, Aus-dem-Kontakt-Gehens. Es ist wichtig, dass wir wissen, wovon wir reden. Ein komplexes Trauma ist ein Unterschied zu einem monokausalen Trauma. Das mache ich zu meiner Haltung: Wenn ich ein komplexes Trauma spüre, lasse ich wirklich von der Aufstellungsarbeit die Finger. Oft erleben wir da Patienten, die kennen wir nicht. Wir müssen in 2–3 Minuten erkennen, was mit diesem Menschen los ist. Das ist eine Riesenverantwortung an dieser Stelle.

Gisela Marxen-von Stritzky: Ich möchte etwas ergänzen zu dem, was Eva und Edgar gesagt haben, und zwar praktische Vorgehensweisen, die sich in unseren Aufstellungsgruppen im Umgang damit bewährt haben.

Wir haben in unseren Aufstellungsseminaren immer eine sogenannte „zweite Reihe“. Das hat sich mal ergeben, als wir einen etwas länglichen Raum hatten. Außerhalb des Stuhlkreises haben wir noch einige Stühle stehen und bieten den Teilnehmern von Anfang an an, sich dahin umzusetzen, wenn das Geschehen während einer Aufstellung anfängt, sie zu überfluten. Das wird immer mal wieder in Anspruch genommen und lindert sehr, weil der „energetische Abstand“ um ein Vielfaches vergrößert wird. In Ausnahmefällen kann auch ein Klient, der gerade aufstellt, sich für einen Moment dorthin zurückziehen, um das für ihn erträgliche Maß der Begegnung mit vielleicht traumatischen Inhalten herzustellen, ohne dass die Aufstellung gleich abgebrochen werden müsste.

Auch überlassen wir es in hochgeladenen Situationen dem Klienten, inwieweit er ständig hinschauen möchte oder es besser nur mitfühlend miterlebt. Und als weitere Möglichkeit lassen wir sogar in Ausnahmefällen den Stellvertreter des Klienten sich aus dem Geschehen im Aufstellungsfeld an den Rand setzen und von dort aus miterleben, um zu entlasten, wenn Traumata in den Aufstellungen in Erscheinung treten.

So stellen wir auf verschiedenen Wegen den Abstand für den Klienten her, der nicht zu Retraumatisierung führt, sondern Verarbeitung möglich macht.

Edgar Enders: Zum Stichwort „Furchtlosigkeit“: Ich bin durch die Reddemann-Geschichte äußerst vorsichtig geworden und denke, dass mich das in der Fähigkeit, Aufstellungen machen zu können, auch wirklich manchmal blockiert. Letztes Jahr bei dir, Albrecht, als wir diesen Überfall in Frankreich aufgestellt haben, hast du was gemacht, was ich im Nachhinein als gute Verbindung von Traumaarbeit nach Reddemann und Aufstellungsarbeit ansehen würde: Du hast um mich Männer, um Bärbel Frauen rumgestellt. Im reddemannschen Konzept gibt's ja das Bild der inneren Helfer – das lässt sich auch schön verbinden. Wenn es Stö-

rungen gibt oder ich merke, da ist jemand, der weggehen könnte in frühere Ich-Anteile, die nicht mehr kontrollierbar sind, kann man dann die inneren Helfer ausarbeiten und aufstellen lassen.

Jörg Marxen: Eine Balance zwischen Furchtlosigkeit und Furcht im guten Sinne hinzubekommen, eine Balance zu suchen, die dem therapeutischen Prozess so gut wie möglich dient, erlebe ich oft als sehr inspirierend, mitunter aber auch als quälend schwierige, kaum erfüllbare Aufgabe. Als ich anfang, mit Traumatherapie zu arbeiten, musste ich vieles selbst entwickeln und war zum Beispiel mit den Arbeiten von Phyllis Christal teilweise auf ähnliche Quellen gestoßen wie Frau Reddemann. Deren Ansatz war allerdings noch nicht entwickelt und publiziert. Auch die Strukturen zum Beispiel der stationären Arbeit von Ulrich Sachsse waren noch in der Entwicklung begriffen. Damals hätte ich mich als relativ furchtlosen Therapeuten beschrieben, der ein äußerst verlässliches Indikations- und Orientierungssystem für die Einschätzung von Angemessenheit, Dosierung und Steuerung seines Vorgehens hat. Dann musste ich ohne Vorwarnung feststellen, dass dieses Orientierungssystem zumindest bei schweren, multiplen Traumatisierungen nicht ausreichte. Die persönliche Erfahrung, wie früh in diesem Bereich die Weichen für Regression und Dekompensation gestellt werden können, führte zu einem großen Erschrecken. Meine Reaktion war ein ungeheures Maß an Vorsicht, ich würde sogar sagen zum Teil Lähmung. Für längere Zeit war ich auch bei solchen Patienten übervorsichtig, für die das gar nicht so wünschenswert war. Es gab dann viel Reflexion und ein langsames Wiederauftauchen. Aber der Blick hatte sich dadurch natürlich sehr verändert.

Marianne Hegenscheidt: Ich persönlich brauche die wissende Furchtlosigkeit, und aus der naiven Furchtlosigkeit, mit der ich was nicht gesehen habe, möchte ich rauskommen. Ich kann da von den Erfahrungen her auf a n d e r e Weise nur Jörg unterstützen. Meine schwerste kranke Patientin hat sich auch so „eingeschlichen“. Natürlich höre ich auf jede einzelne der Hilfen, die ihr nennt, und denke: Ja, genau, das kann man machen, das kannst du auch ... aber es bleiben Zweifel (tiefer Seufzer). Mir ist es vor Jahren passiert in einer Aufstellung, dass ich die Traumatisierung die ganze Aufstellung über nicht gemerkt habe. Das beschäftigt mich noch heute.

Es hat sich danach erst herausgestellt, wie schwer die Patientin traumatisiert war, und die Aufstellung hat ihr nicht gut getan. Es hat allerdings ihrer Therapeutin, die dabei war, die Augen geöffnet. Ich hatte damals auch noch nicht genügend Techniken, um sie zu schützen oder ihr Hilfen an die Hand zu geben. Wir dürfen das nicht verkennen: Es gibt diese ganz schwer Traumatisierten, die wir nicht in die Aufstellungsarbeit reinnehmen können, um keinen Preis.

Helmut Meier: Ich bedaure nicht, den Begriff „Furchtlosigkeit“ reingegeben zu haben, ich möchte ihn aber in

zweifacher Weise modifizieren: Es geht nicht um tollkühnes Verhalten, oder um Naivität, oder um blinde Furchtlosigkeit. Sondern was ich meine, will ich formulieren als „im Bezug sein“. Einmal im Bezug zu dem Wissen, dass es in mir etwas Größeres gibt als mein Ich, was immanent ist. Und dass es diesen Bezirk des Nichtauslotbaren, der immer vollständig ist, auch in meinem Gegenüber gibt. Man könnte sagen, das Leben in ihm oder das Wesen in ihm oder der Kern in ihm.

Der Bezug ist ein doppelter: Er ist einmal von meinem Ich zu seinem Ich und von meinem Wesen zu seinem Wesen oder von meinem Kern zu seinem Kern. Furchtlosigkeit erwächst daraus, dass man sich in diesen Kern, in diese Kern-Kraft, in diese Mitte stellt und von dorthin den Bezug aufnimmt. Das ist so ein bisschen das, was bei Karin anklang. Das ist für mich eine Haltung, da hat man Angst, aber es ist irgendwie etwas anderes, was einen trägt. Und das trägt auch die schwierigste therapeutische Konstellation. Das meinte ich.

Karin Guhn-Weiss: Vielen Dank, das verdeutlicht dass was ich ausdrücken wollte – weil das nicht sichern, sichern, sichern meint, sondern tiefes Vertrauen, ganz tiefes Vertrauen, dass es gut wird – das kommt an, und das trägt.

Eva Busch: Ich finde, dass noch eine Grenze fehlt: nämlich, dass nicht jedes Trauma bearbeitbar ist. Und dass die Voraussetzung für Traumabearbeitung ist, dass das Leben schon lange genug auf gute Weise weitergegangen ist.

Albrecht Mahr: Das, was Marianne sagt, ist mir zu fundamentalistisch. Was ich hier höre, sind ja Berichte über Evolution von Psychotherapie. Es werden Vorgehensweisen, Möglichkeiten berichtet, die beispielsweise mit früheren psychoanalytischen Ideen oder Vorgehensweisen gar nicht vorstellbar waren. Ich gehe mal zurück zu sehr kleinen Erfahrungen in Ruanda: Da waren nur extrem Traumatisierte als Stellvertreter, und es ging um einen extrem Traumatisierten, der da aufgestellt hat. Das hätte überhaupt nicht gehen können, absolut nicht – da sprach vieles dagegen. Ich hab das auch nur sehr zögerlich gemacht. Es war so eine Gruppe von Studenten, die wollten die Arbeit kennen lernen. Die sind mittendrin oft aus dem Raum gerannt – da war das mit den Entfernungen. Die waren so ergriffen, manche konnten als Stellvertreter ihre eigene Situation und die derer, die sie vertreten haben, nicht mehr unterscheiden. Die sind rausgerannt – 50 Meter weg auf den Campus. Sind dann wiedergekommen und haben hinterher erzählt: Ich musste so schrecklich weinen, ich konnte das nicht machen hier im Raum. Also wirklich eine Situation, von der man erst denkt, das geht nicht. Und doch ging es! Bei den wesentlichen Begegnungen des Mannes, damals 10, jetzt 20 Jahre alt, mit seiner ermordeten Mutter wurde die Stellvertreterin, die selbst eine schwer Traumatisierte und überwiegend in einer Trauma-Trance war, plötzlich ganz klar –

völlig unerwartet – und hat ihm etwas Wichtiges gesagt. Im Prinzip: Du sollst leben und nicht zu mir kommen – was er vorhatte. – Wie ist das möglich? Was mich Traumatherapie gelehrt hat, ist, viel vorsichtiger, achtsamer und langsamer voranzugehen – unbedingt – das ist alles ganz richtig, und nicht so konfrontativ. Auf der anderen Seite machen wir dann neue und ganz unerwartete Erfahrungen, die unsere „das geht nie/darf man auf keinen Fall/kann man nur so ...“ relativieren und über den Haufen werfen.

Jörg Marxen: Das klingt für mich wie eine sehr gelungene Integration von Vertrauen und Wachsamkeit. Ich erlebe mich da als immer auf der Suche. Einerseits ist es so inspirierend, von einem tief erlebten Vertrauen aus zu arbeiten, von einer Art Einbindung oder Anbindung aus. Das kann zu völlig unerwarteten Lösungen führen, zu einer hohen Treffsicherheit bei Einschätzungen. Aber eine letzte Sicherheit gibt es für mich eben gerade nicht. Denn mitunter wird mir nach kurzer oder auch erst nach längerer Zeit klar, dass das, was sich mir als die vertraute und vertrauenswürdige innere Richtschnur darstellte, eher die Versuchung zum Agieren einer Gegenübertragung war. Das führt dazu, dass ich auch dann, wenn ich ein starkes Vertrauen erlebe, präsent habe: Dies könnte jetzt gerade einer der Momente sein, wo du danebenliegst.“

Ramraj Löwe: Ich will noch mal auf das eingehen, was Eva vorhin gesagt hat: „Nicht jedes Trauma ist bearbeitbar“ – da bin ich stutzig geworden, und das möchte ich nicht so stehen lassen. Richtig ist: Nicht jedes Trauma ist konfrontierbar, aber jedes Trauma ist bearbeitbar – in dem Sinne, dass man Ressourcen aufbauen kann, stabilisieren kann, Grenzen aufbauen kann usw. Die Frage, ob jedes Trauma bearbeitbar ist oder nicht, weist letztlich auf andere Fragen hin: Wo ist das Trauma? Ist das Trauma ein Ereignis? Das ist es eben nicht – das Trauma liegt nicht im Ereignis, das Trauma liegt im Körper beziehungsweise im Nervensystem. Und wenn wir von diesem Verständnis ausgehen, können wir immer einen Weg finden, wie wir dem Körper, dem Nervensystem, der ganzen Körper-Geist-Einheit einen Raum anbieten können, in dem Heilung stattfinden kann.

Hella Schuler-Roepell: Was ich sagen wollte, das gehört fast in einen anderen Raum. Mir sind drei Teams eingefallen, von denen ich sagen würde, die sind durch ihre zwanzigjährige, fünfundzwanzigjährige Organisationserfahrung auch traumatisiert, und es wiederholt sich immer wieder das Gleiche an Ereignissen. Mir fällt nichts ein, was ich da tun könnte. Bei den vielen Aspekten, die wir jetzt zusammengetragen haben, könnte es interessant sein, wenn mal irgendwann Raum ist, mit euch so was aufzustellen und zu gucken, was man da anwenden kann. Ich glaube, dass es einen Zusammenhang gibt.



Gallo, Fred P., Energetische Psychologie, VAK Verlags-GmbH
 Handbuch der Energetischen Psychotherapie, VAK Verlags-GmbH
 Levine, Peter A., Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers. Unsere
 Fähigkeit, traumatische Erfahrungen zu transformieren, Synthesis
 Poole-Heller, Diane; Heller, Lawrence, Crash Kurs zur Selbsthilfe nach
 Verkehrsunfällen, Synthesis 2003
 Reddemann, Luise, Psychodynamisch-Imaginative Traumatherapie,
 Junfermann Imagination als heilsame Kraft, Klett-Cotta, Buch 2002,
 Audio CD 2003
 Reddemann, Luise, Dehner-Rau, Cornelia, Trauma: Ungelöste Folgen
 erkennen, überwinden und an ihnen wachsen, Trias 2004
 Rothschild, Babette, Der Körper erinnert sich. Die Psychophysiologie
 des Traumas und der Traumabehandlung, Synthesis
 Ruppert Franz : Trauma, Bindung und Familienstellen. Seelische
 Verletzungen verstehen und heilen, Pfeiffer 2005
 Sachsse, Ulrich, Traumazentrierte Psychotherapie, Schattauer 2004
 Terr, Leonore, Schreckliches Vergessen, heilsames Erinnern,
 Rowohlt, Reinbek

Teilnehmer(innen): Sieglinde Bunz, Eva Busch, Gisela Glauser, Waltraud
 Goldmann-Gilbert, Karin Guhn-Weiss, Freda Eidmann (Transkript und
 Bearbeitung), Bärbel Enders (Moderation), Edgar Enders, Heidi Fischer-
 Sack, Marianne Hegenscheidt, Clemens Janosch, Jaqueline Jürgenliemk,
 Juliane Leib, Ramraj Löwe, Michael Lotz, Albrecht Mahr (Seminarleitung),
 Jörg Marxen, Gisela Marxen von Stritzky, Reinhard Mayer, Helmut Meier,
 Heike Öhlmann, Hella Schuler-Roepell, Margrit Weinmann-Mayer