

Traumatherapeutische Spezifika der Aufstellungsarbeit – eine Richtigstellung

Freda Eidmann

Für die letzte Ausgabe dieser Zeitschrift hatte ich einen mehrseitigen Auszug aus meinem Buch „Trauma im Kontext – Integrative Aufstellungsarbeit in der Traumatherapie“ eingereicht. Dieser Text wurde von der Redaktion leider mit sehr heißer und wenig achtsamer Feder auf eine solche Weise gekürzt, dass neben dem Titel des zitierten Buches auch der ursprüngliche Zusammenhang und damit Sinn und Intention des Textes weitgehend verloren gingen. Auf meinen Wunsch hin gibt mir die Redaktion die Gelegenheit zu der folgenden Richtigstellung, mit der ich in sehr gekürzter Form einen Überblick über die zentralen Inhalte des Buches und meines zum Thema entwickelten Ansatzes gebe.

Bei der Betrachtung der jeweiligen Felder der Aufstellungsarbeit und der Traumatherapie werden sowohl gemeinsame Nenner und gegenseitige Bereicherung als auch große Unvereinbarkeiten sichtbar. Beide Arbeitsweisen wurden methodenintegrierend aus einer Vielzahl anderer therapeutischer Ansätze entwickelt, und sind dabei weit mehr an der praktischen Arbeit mit den Klienten und deren Bedürfnissen als an theoretischen Richtlinien ausgerichtet. Gemeinsam ist beiden auch das Potenzial zur Anpassung an verschiedene Anwendungskontexte. Abgrenzungen und Kritik besonders aufseiten der Traumatherapeuten an der Aufstellungsarbeit liegen vor allem in den Erkenntnissen aus der neurobiologischen Forschung begründet, auf denen aktuelle traumatherapeutische Konzepte wie etwa die PITT (Psychodynamisch-Imaginative Traumatherapie; Reddemann 2007) aufbauen. Die Umsetzung dieser Erkenntnisse wirkt sich am deutlichsten in den Bereichen

- Rahmen und Setting der Arbeit
- Therapeutische Haltung
- Diagnostik und Symptom(an)erkennung
- Phasen des traumatischen Verarbeitungs- und Therapieprozesses

aus. Aufstellungsarbeit, die diesen Erkenntnissen entsprechend auf Traumafolgen bei AufstellungsklientInnen eingehen will, muss in einigen entscheidenden Punkten abweichend von „traditionellen“ Konzepten modifiziert werden. Wir AufstellerInnen benötigen an dieser Stelle einige neue Sensibilitäten und kreative Ideen. Meine eigene Motivation zur Umsetzung und Weitergabe des Transfers von traumatherapeutischem Wissen in das Aufstellerfeld speiste sich aus mehrfachen schmerzhaften Erfahrungen mit Retraumatisierungen – als aufstellende Klientin ebenso wie als aufstellende Therapeutin. So ging ich der Kritik aus den Reihen

der TraumatherapeutInnen nach und unterzog dazu die derzeit gängigen Aufstellungsformate in ihrer historischen Entwicklung und gegenwärtigen Praxis einer kritischen Bestandsaufnahme. Dabei fand ich Bedenkenswertes und Veränderungswürdiges ebenso wie traumatherapeutisch hilfreiche Potenziale, über die Aufstellungsarbeit bereits verfügt und die wiederum die Traumatherapie bereichern können. Zentraler Dreh- und Angelpunkt sowohl der Kritik als auch der bisher von KollegInnen (vgl. unter anderem Ulsamer 2003, Schmidt 2004, Lier u. Lier 2006, Rechberg 2007, Ruppert 2007) bereits entwickelten Aufstellungsmodifizierungen ist die Möglichkeit der *Retraumatisierung* der KlientInnen, die (auch in anderen Therapieformen) immer wieder ausgelöst werden und die es zu vermeiden gilt, weil dysfunktionale neuronale Muster bestärkt werden, somit der Heilungsprozess stagniert und das Leiden der KlientInnen so eher zementiert als erleichtert wird.

Rahmen und Setting der Arbeit

Aufstellungen finden zum großen Teil in Gruppen statt. Für Trauma-KlientInnen ist das in bestimmten Phasen ihres Verarbeitungsprozesses eine untragbare Belastung, in anderen Genesungsschritten bieten Gruppen und die kollektive Zeugenschaft genau den richtigen Halt für die Annäherung an schreckliche Erlebnisse in ihrer (Familien-)Geschichte. Hier ist eine gründliche Differenzierung vor Beginn des Aufstellungsprozesses unabdingbar, einhergehend mit dem selbstverständlichen Angebot von Schutzmaßnahmen und einem genügend großen zeitlichen Spielraum – traumatherapeutische Prozesse benötigen in der Regel mehr Zeit als nur ein Wochenendseminar. Möglichkeiten weiterführender Langzeitarbeit sollten durch die TherapeutInnen selbst oder entsprechende KooperationspartnerInnen verfügbar sein. Die in der Traumatherapie gängigen Gruppenformen sind meist an Psychoedukation und Skills-Training ausgerichtet; psychodynamisch orientierte Gruppenarbeit gilt als nicht kompatibel für die Arbeit mit traumatisierten Menschen. Die in der Aufstellungsarbeit entwickelten Gruppenformate mit ihrem spezifischen Zugang zu salutogenetischem Wissen können jedoch die Aktivierung und Generierung bislang ungenutzter Ressourcen anregen. Durch die damit einhergehende konstruktive Kanalisierung gruppendynamischer Prozesse bei gleichzeitiger Nutzbarmachung der zwischenmenschlichen Kommunikationsform der *trans-*

verbalen Sprache (vgl. Varga v. Kibéd 2004, Sparrer 2007) kann die Gefahr einer Retraumatisierung erheblich reduziert werden. Aufstellungsarbeit im Gruppensetting stellt so eine Variante der Gruppentherapie dar, die Traumatherapie hilfreich ergänzen kann. Voraussetzung sind jedoch ein guter Kenntnisstand bezüglich Diagnostik und eine achtsame und respektvolle Haltung der LeiterIn den KlientInnen gegenüber.

Therapeutische Haltung

Ein großer Gewinn, den traumatherapeutische Verfahren aus humanistischen ebenso wie systemisch-konstruktiven Methoden gewonnen haben, ist die Umsetzung der Einsicht, dass die KlientInnen die ExpertInnen für ihre eigenen Angelegenheiten sind. Jegliches besser wissende Gefälle der TherapeutIn gegenüber der KlientIn, das über deren Verfassung und Wünsche hinweggeht, kann zu einer Retraumatisierung beitragen. Aufstellungsarbeit hellingerscher Prägung führt häufig zu einem solchen Gefälle und in der Folge zum Übergehen wichtiger Signale der KlientInnen und dadurch zu Retraumatisierungen. Hier ist ein behutsamer partnerschaftlicher Abstimmungsmodus zwischen zwei ExpertInnen notwendig, nämlich der für die eigene Person aus der Innensicht und der für mögliche Kontexte und Zusammenhänge aus der Außensicht. Die in der traumatherapeutischen Terminologie als *informed consent* bezeichnete Bereitschaft zur Vermittlung von Transparenz des therapeutischen Vorgehens und zum Belassen der Kontrolle bei der KlientIn stellen hierzu die notwendige Voraussetzung dar.

Diagnostik und Symptom(an)erkennung

Als einer der ersten Aufsteller hat Ulsamer (2003) auf dem Hintergrund seiner Arbeit als körperorientierter Traumatherapeut darauf hingewiesen, dass es Traumafolgestörungen neben der verbalen Information auch an vielfältigen nonverbalen Symptomen zu erkennen gilt. Diese können einem nicht ausreichend ausgebildeten und unerfahrenen Aufsteller leicht entgehen, da sie häufig unbewusst und als nur subtile körperliche Signale auftreten. Besonders auf Zustände von Erstarrung oder Übererregung sollte die TherapeutIn mit großer Umsicht reagieren. Aus der Traumatherapie lassen sich darüber hinaus vier wichtige diagnostische Kriterien extrahieren, mit denen sich auch die AufstellerInnen vertraut machen sollten: die Überprüfung und Berücksichtigung von

- Traumatisierungs-Grad (Mono- oder komplexes Trauma),
- Verarbeitungs-Modus (Vermeidung oder Übererregung),
- Verarbeitungs-Status (Akutzustand, Chronifizierung und Komorbidität, Resilienz- und Ressourcenzugang, Integrationsgrad) und
- Kontext (individuelle und/oder systemische Bezugsebenen)

des traumatischen Prozesses. Entsprechend dieser Kriterien können Erreichbarkeit, Verarbeitungsbereitschaft und

-kapazität der KlientInnen für therapeutische Prozesse eingeschätzt werden. Da mit Aufstellungen verschiedene Systemebenen fokussiert werden können, wird gemeinsam mit der Klientin der den erhobenen Kriterien entsprechende Kontext ausgewählt, der der Klientin ein Ausbalancieren zwischen wachstumsfördernder Herausforderung (vgl. Hüther 2006) und ihren Fähigkeiten zur Selbstregulation und Kontrolle erlaubt. Im Fokus der oben genannten Kriterien steht der jeweilige Status des Bearbeitungsprozesses, dem in der Traumatherapie verschiedene Arbeitsphasen und -inhalte zugeordnet werden. Diesen Vorgang der Suche nach dem passenden Fokus beschreibe ich in Anlehnung an die Variabilität der Brennweite und des daran gekoppelten Bildausschnittes eines Zoomobjektivs beim Fotografieren als *Zooming*.

Orientierung an traumatherapeutischen Verarbeitungsphasen

Die in den verschiedenen traumatherapeutischen Ansätzen ähnliche Differenzierung der jeweiligen Phasen kann wie folgt in die Aufstellungsarbeit übertragen werden:

1. Phase *Beziehungsaufnahme und Diagnostik*: Bei einer Haltung der grundlegenden Bereitschaft der LeiterIn, auf Traumas Spuren zu stoßen, bedarf es hoher therapeutischer Wahrnehmungssensibilität für Stress- und Traumasignale. Unter Berücksichtigung der oben genannten diagnostischen Kriterien und in einer therapeutischen Haltung sowohl von Ebenbürtigkeit mit der KlientIn als auch der Verantwortung für ihren Schutz werden Maßnahmen zur Affektregulierung und -dosierung innerhalb des Aufstellungsrahmens vereinbart. Verfrühte Exposition mit Traumamaterial wird vermieden, Hypothesenbildung findet behutsam, oft nur still statt und bezieht den Kontext transgenerationaler Traumatisierungen als Möglichkeit ein.
2. Phase *Stabilisierung*: Kennzeichen ist hier die Priorität von Affektreduzierung durch Vermeidung stark emotionaler Situationen, denen die KlientIn ohne ausreichenden Schutz ausgesetzt wäre. Dabei spielt Psychoedukation durch Vermittlung von Informationen über die Besonderheiten traumatischer Prozesse im Allgemeinen sowie über geplante therapeutische Schritte im Besonderen eine große Rolle. Gemeinsam wird eine Bestandsaufnahme von salutogenen ebenso wie traumatogenen Faktoren durchgeführt. Durch reine Ressourcenaufstellungen werden der Aktivierung und Generierung von Ressourcen so lange Priorität gewährt, bis diese gut verfügbar sowie Distanzierung und Affekte regulierbar sind. Weniger technisch ausgedrückt: Hier geht es für die KlientIn vornehmlich um *Schutz, Trost und Wiederbemächtigung*. Die Zuordnung saluto- und traumatogener Faktoren in ein den Rahmen eines Genogramms überschreitendes Schema mithilfe des *Zooming* kann zur Orientierung und Distanzierung, aber auch als Entscheidungshilfe für den passenden Kontext und entsprechenden Aufstellungsfokus dienen.

Die KlientIn wird mit Multiplizitätskonzepten vertraut gemacht, wie sie etwa der Arbeit mit Inneren-Kind-Anteilen (vgl. Sachsse e.a. 2007) oder der Ego-State-Therapie (vgl. Watkins und Watkins 2003) zugrunde liegen, zunächst mit dem Fokus auf intraindividuelle Systemebenen. Diese in der Traumatherapie sehr erfolgreich angewendeten hypnoanalytisch fundierten Formen der Teilarbeit erweisen sich als hochkompatibel mit Aufstellungsarbeit, etwa im Aufstellen individuell erarbeiteter Persönlichkeitsanteile. Wegen der guten Möglichkeit zur Distanzierung werden in dieser Phase auch abstrakte Aufstellungsformen bevorzugt.

3. Phase *Exposition*: Die erarbeiteten Ressourcen und Schutzmaßnahmen werden aktiviert und als unabdingbares Back-up zur Stabilisierung bei konfrontativen Aufstellungssequenzen genutzt, etwa innerhalb eines traumatisierenden familiären Beziehungskontextes oder anderen Täter-Opfer-Dynamiken.

Der Aufstellungsfokus bezieht hier immer häufiger außer individuelle Systemebenen mit ein. Dazu zählen bei Beziehungstraumatisierungen der Beziehungskontext, wie etwa traumabezogene transgenerationale Familiendynamiken, aber auch gesellschaftliche Dynamiken (Krieg, Vertreibung, Heimatverlust, nationale Zugehörigkeit, politische Repression, Armut, Hunger ...). Zur Anwendung kommen hier bereits erprobte spezielle Aufstellungsformate wie etwa bei Bindungstraumata eine modifizierte Arbeit an der unterbrochenen Hinbewegung, Wutaufstellungen (vgl. Mahr 2001), Rückgabe, Schutz- und Distanzierungsrituale, aber auch Aufstellungsformen, die gesellschaftliche und politische Verhältnisse fokussieren.

4. Phase *Integration*: Häufig sind erst hier Unterscheidung von Schuld und Schicksal, von notwendiger Veränderung und notwendiger Akzeptanz möglich. Spirituelle Aufstellungsformen können als maximal erweiterter Kontext dazu beitragen, übergeordnete Ressourcen zu aktivieren. Neben Trauerprozessen fördern sie auch die Integration des Traumageschehens in das eigene Lebenskonzept. Erst jetzt ist die KlientIn in der Lage, das hellingersche Motto „Anerkennen, was ist“ in seiner ganzen Tragweite zu erfassen. Aufstellungen können nun auch der Entwicklung von Zukunftsperspektiven, zur Umgestaltung von Lebenssituation und -schwerpunkt dienen. Das schließt die Generierung von Möglichkeiten der Einflussnahme auf innere und äußere Systemdynamiken einschließlich gesellschaftspolitischer Aktivitäten ein.

Zusammenfassung

In der Arbeit mit traumatisierten Menschen müssen vor Beginn der eigentlichen Aufstellung wesentlich mehr Bereiche als in „traditioneller“ Aufstellungsarbeit überprüft und auf Augenhöhe mit der Klientin mittels Vereinbarungen geregelt werden. Insgesamt muss der Erregungspegel niedrig gehalten werden – das Risiko der Retraumatisierung erfordert hier die Notwendigkeit zur Stabilisierung, die möglicherweise mit einer „langweiligeren“ Aufstellungsarbeit einhergeht.

Der Phasenverlauf der Traumaverarbeitung und seine Entsprechungen im therapeutischen Prozess müssen bekannt und berücksichtigt werden. Im Zweifelsfall beginnen wir *immer* mit reinen Ressourcenaufstellungen aus dem imaginierten Binnenraum des Individuums. Vor jeglicher Konfrontation mit Traumaszenen und mit damit verbundenen Personen benötigt die KlientIn Stabilität sowohl in der äußeren Lebenssituation als auch in ihrer Verarbeitungsfähigkeit. Wenn überhaupt notwendig, stehen Konfrontation und Exposition somit eher am Ende des therapeutischen Prozesses, keinesfalls an dessen Anfang. Traumabezogene Arbeit benötigt viel Zeit – Langzeitprozesse sollten ermöglicht werden. Um diesen komplexen Anforderungen an die Aufstellungsarbeit mit traumatisierten Menschen gerecht zu werden, haben wir AufstellerInnen die therapeutische Verantwortung, uns fundierte traumaspezifische theoretische und praktische Kenntnisse anzueignen.



Freda Eidmann ist Diplom-Pädagogin, Psychotherapeutin und Supervisorin (SG, DGfS, TP). Seit 1995 Aufstellungspraxis mit Entwicklung eines eigenen Konzepts der Integration von hypnosystemischen, tiefenpsychologischen und phänomenologischen Methoden. Lehrtherapeutin am eigenen Ausbildungsinstitut und Mitglied der Weiterbildungskommission DGfS. Zenschülerin, Fotografin.

www.isa-hannover.de

Literatur

- Eidmann, F. (2009). Trauma im Kontext. Integrative Aufstellungsarbeit in der Traumatherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Eidmann, F., Hüther, G. (2008). Ein geniales Design der Natur. Neurobiologie und Aufstellungsarbeit. Praxis der Systemaufstellung, (1), 57–62.
- Hüther, G. (2006). Wie Embodiment neurobiologisch erklärt werden kann. In M. Storch, B. Cantieni, G. Hüther, W. Tschacher, Embodiment. Die Wechselwirkungen von Körper und Psyche verstehen und nutzen (75–97). Bern: Hans Huber, Hogrefe AG.
- Lier, H. und C. (2006). Traumabegleitung in Verbindung mit „prozessorientierter Aufstellungsarbeit“. Praxis der Systemaufstellung, (2), 49–55.
- Mahr, A. (2001). Wut in Aufstellungen. Praxis der Systemaufstellung, (2), 31–36.
- Rechberg, R. (2007). Die Babuschka-Methode. Ein neues therapeutisches Konzept zum kreativen Umgang mit der inneren Selbstfamilie. Praxis der Systemaufstellung, (1), 89–94.
- Reddemann, L. (2004/2007). Psychodynamisch-Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual. (4. Auflage). Stuttgart: Klett Cotta.
- Ruppert, F. (2007). Seelische Spaltung und Innere Haltung. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Sachsse, U. (2007). Vier Unterrichtseinheiten für Erwachsene mit Inneren Problemkindern. In W. Herbold, U. Sachsse (Hrsg.), Das sogenannte innere Kind. Vom inneren Kind zum Selbst (S. 65–90). Stuttgart u. New York: Schattauer.
- Schmidt, J. B. (2004). Verbindungen von Systemaufstellungen und Somatic Experiencing. Praxis der Systemaufstellung, (1), 30–34.
- Sparrer, I. (2007). Einführung in Lösungsfokussierung und Systemische Strukturaufstellungen. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Ulsamer, B. (2003). Traumaarbeit und Familienstellen – was sie zum gegenseitigen Verständnis beitragen können. Praxis der Systemaufstellung, (2), 59–65.
- Varga von Kibéd, M. (2004). Der Körper als Wahrnehmungsorgan in der systemischen Aufstellungsarbeit. In G. L. Baxa, C. Essen, A. H. Kreszmeier (Hrsg.), Verkörperungen. Systemische Aufstellungsarbeit, Körperarbeit und Ritual (S. 40–58). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Watkins, J. G., Watkins, H. H. (2003/2008). Ego States – Theorie und Therapie (2. Auflage). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.