

## Anwendung der Aufstellungsarbeit in einer psychosomatischen Klinik

Henning Elsner, Hannes Kölle und andere

### Zehn Jahre Aufstellungsarbeit im Krankenhaus für psychosomatische Medizin

Im Krankenhaus Lahnhöhe wird seit zehn Jahren das Familienaufstellen als wesentlicher Teil des psychotherapeutischen Klinikkonzeptes praktiziert. Die Klinik mit ihren 202 kassenzugelassenen Betten für psychosomatische Medizin garantiert durch ihre für dieses Fachgebiet außergewöhnliche Größe ein besonders breites Leistungsspektrum. Die Aufstellungsarbeit wurde in den vergangenen Jahren zu einem „Markenzeichen“ der Lahnhöhe und wird von uns und seitens der Patienten sehr geschätzt.

Wir nehmen unsere Erfahrung zum Anlass, über den Weg und den Status der Integration dieser Methode in den Krankenhausalltag zu berichten. Wir beleuchten, durch welche förderlichen Bedingungen und gegen welche Widerstände dies gelungen ist. Wir beschreiben das derzeitige Setting der Arbeit, die Einbindung und die Wirkung im therapeutischen Gesamtkonzept.

Mit diesem Bericht möchten wir auch andere im Krankenhauskontext tätige KollegInnen ermutigen, in diese Arbeit einzutreten. Er möchte keinen wissenschaftlichen Beitrag leisten, sondern Anregungen zur persönlichen Perzeption bzw. Verbundenheit geben und viel verbreiteten, teilweise die Methode vorverurteilenden Einordnungsversuchen entgegenzutreten.

Da das Familienstellen von Vertretern verschiedenster theoretischer Schulen benutzt und weiterentwickelt wurde, sollte es nicht durch nachträgliches Zurückführen auf einen theoretischen Hintergrund vereinsamt werden. Vielmehr handelt es sich unserer Erfahrung nach um ein in vielen Kontexten einsetzbares methoden integratives Verfahren. Unsere Lehrer, wie u. a. Gunthard Weber, Albrecht Mahr, Otto Brink, Jakob Schneider, waren Pioniere des Verfahrens. Sie haben stets darauf geachtet, die Methode durch „theoretisches Spekulieren“ nicht zu gefährden, aber sich selbstverständlich dem Diskurs hinsichtlich der Kompatibilität mit den verschiedensten anerkannten theoriegeleiteten Verfahren gestellt. Sie haben persönliche Erklärungsideen getrennt von der Erfüllung einer freilassenden, methodisch-phänomenologisch orientierten Ausbildungsaufgabe und der Verbreitung der Aufstellungsarbeit in unterschiedlichsten Anwendungsbereichen.

### Einführung und Entwicklung des Verfahrens

Innerhalb eines Jahrzehnts wurde das Verfahren der Systemaufstellungen fester Bestandteil im multimodalen Konzept unserer Klinik. Es hatte Geburtswehen mit Bedenken, Widerständen, aber auch Überbewertungen seitens der beteiligten Mitarbeiter, Patienten und Außenstehender zu durchleben, bis es seinen selbstverständlichen Platz eingenommen hat.

Man kann hier drei Phasen unterscheiden:

#### Pionierphase: „Experimentieren“ mit der Bedarfslücke an den Grenzen der Widerstände (1999–2004).

Mehrere Ärzte der Klinik hatten auf Fortbildungen Aufstellungen erlebt und sich dafür begeistert. Drei Oberärzte und eine erfahrene Stationsärztin entschlossen sich zur Ausbildung in Gunthard Webers Curriculum, das im Februar 1999 begann.

Ein Aufstellungsseminar, das Gunthard Weber im November 1998 in der Klinik durchführte, beeindruckte viele Mitarbeiter und externe Gäste sehr. Der damalige Chefarzt aber blieb skeptisch. Er kritisierte, dass die Rolle der Familie und Sippe überbewertet wird gegenüber der Freiheit und Einmaligkeit des Individuums. Er initiierte mehrere Gesprächsrunden zur kritischen Prüfung des Verfahrens. Dabei wurden wesentliche Bedenken diskutiert wie zum Beispiel:

- Es entstehen affektive Gruppeneffekte im Sinne einer ansteckenden Labilisierung. Sensitive Patienten seien ungeschützt vor Kontaminationen mit fremden Rollen.
- Die Definitionsmacht des Therapeuten lädt zur Manipulation ein.
- Archaische patriarchale, sippenorientierte Ordnungen stellen ein Individuationshindernis auf, die Patienten vermeiden schmerzhaftere Auseinandersetzungen durch illusionäre Lösungsspektakel.
- Neurotische Riesenerwartungen werden genährt.
- Die Patienten werden auf spekulative Spuren betreffs ihrer Familiengeschichte gesetzt.

Trotz dieser Bedenken war er aus Achtung vor der Kompetenz seiner Oberärzte einverstanden, dass sie mit dieser Methode zu arbeiten begannen. Zunächst gab es zwei, dann drei stationsübergreifende Großgruppen für acht Stationen im Haus. Einige Patienten wechselten zum Teil eigenmächtig die Gruppen („Aufstellungstourismus“), verglichen die Stile, Geheimtipps wurden ausgetauscht, was die gerade noch nach ihrem Stil suchenden Aufsteller unter Druck setzte und in Konkurrenz brachte.

Insbesondere aus dem cotherapeutischen Bereich der Pflegenden und Kunsttherapeuten gab es anfangs erhebliche Widerstände. Da die Patienten nach Aufstellungen oft emotional sehr bewegt, manchmal auch „aufgelöst“ waren, musste dies von der Pflege im Tag- oder Nachtdienst aufgefangen und mitgetragen werden. Unmittelbar nach der Aufstellung fanden künstlerische Therapeuten einzelne Patienten so labilisiert vor, dass sie sich zu „Aufräumarbeiten“ verpflichtet und in ihrer eigentlichen Arbeit behindert fühlten.

#### Differenzierungsphase: Konzeptualisierung – Spezialisierung – Koordination (2004–2007)

Der neue Chefarzt aus dem eigenen Hause hatte eine Aufstellungsausbildung am Wieslocher Institut für Systemische

Therapie (WISL) durchlaufen, förderte die Ausbreitung der Arbeit systematisch und integrierte sie in das Klinikkonzept. Die Methode fing an, sich auszubreiten, und wurde seitdem von vielen Mitarbeitern des Hauses selbst teilhabend miterlebt. Alle Patienten wurden mit einem umfassenden Informationsblatt zu dem Verfahren aufgeklärt, die Verbindung zu den übrigen therapeutischen Verfahren war hergestellt, und die Ergebnisse wurden regelmäßig im Team kommuniziert. So wurde das Angebot größer, das Verfahren normaler, der Wettlauf um die Teilnahme kleiner. Standards für die Aufstellungsarbeit bildeten sich heraus. Die unterschiedlichen Stile der Therapeuten konnten sich in diesem Rahmen ausprägen und wurden als bereichernd erlebt. Der Vergleich sowohl seitens der Patienten als auch der Mitarbeiter und der Aufsteller untereinander ließ nach. Die Angebote differenzierten sich in stationsübergreifende und stationsbezogene Gruppen.

#### Integrationsphase: Vernetzung – Rückkoppelung – Selbststeuerung (seit 2008)

Seitens der Klinikleitung gilt heute die Vorgabe, dass die Aufstellungsarbeit in die Hände erfahrener Psychotherapeuten gehört, also keine Anfängermethode ist. Es durchliefen inzwischen, teilweise mit finanzieller Förderung der Klinikleitung, acht Ärzte die Ausbildung am Wieslocher Institut für Systemische Therapie, zwei weitere beginnen jetzt die Ausbildung.

Aktuell arbeiten in unserem Haus vier Oberärzte, ein Stationsarzt und eine Psychologin mit Aufstellungen nach festem Plan.

Eine Interventionsgruppe wurde gegründet, die dem Austausch der erfahrenen und der Integration der neuen Aufsteller dient. Beim Einstieg eines neuen Aufstellers erwies es sich als sinnvoll, dass der Neuling nicht nur gelegentlich einspringt, sondern kontinuierlich eine eigene Gruppe führt. Dabei hilft manchem die unterstützende Teilnahme eines erfahrenen Kollegen, andere benötigen eine „beobachtungsfreie“ Zone.

Inzwischen haben wir den komfortablen Status, dass zwei Kollegen als Springer für Urlaub und Krankheit in Reserve stehen, sodass alle Gruppen ohne Unterbrechung kontinuierlich stattfinden können.

Das Familienstellen wird heute in seinen Möglichkeiten angemessen eingeschätzt und hat einen entsprechenden Platz im Gesamtkonzept gefunden. Die Patienten stehen unter weniger hohem Erwartungsdruck, unbedingt während des stationären Aufenthaltes selbst aufzustellen, haben aber zugleich eine größere Chance, dies zu tun. Die Vernetzung mit anderen Therapien wird immer passgenauer und spezifischer.

→

## Setting der Aufstellungsarbeit im Krankenhaus Lahnhöhe

### Einbindung in das Klinikkonzept

Aufstellungen sind Teil des multimodalen Behandlungskonzeptes. Zum übrigen Standard gehören für alle Patienten die Einzelgespräche, therapeutisch geleitete Selbsterfahrungsgruppen (zweimal wöchentlich), in denen es gelegentlich auch eine „Miniaufstellung“ geben kann, sowie körperpsychotherapeutische und kreativtherapeutische Gruppen. Des Weiteren zählen Stationsvollversammlungen, Psychoedukation und Entspannungsgruppen sowie zahlreiche physikalische und naturheilkundliche Therapien inklusive homöopathischer, phytotherapeutischer und anthroposophischer Medikation dazu.

Die therapeutische Gemeinschaft wird lebendig durch freie, nicht verordnete Angebote wie u. a. das sogenannte „offene Atelier“, Feldenkrais-Kurse, Konzerte, Vorträge am Abend und an den Wochenenden.

Der besondere Wirkeffekt entsteht aus der Vielfalt der Methoden und deren Vernetzung.

Teilweise werden so in den verschiedenen therapeutischen Anwendungsebenen synchrone Muster beobachtet und können besonders wirksam aufgegriffen werden.

Bei den Cotherapeuten besteht ein guter Blick für das, was der Patient braucht, wenn er unmittelbar nach einer Aufstellung zum Beispiel in eine künstlerische Therapie kommt. Manche Patienten sind nach einer Aufstellung etwas schlechter gefasst und gelockert. Sie erhalten durch die cotherapeutischen Verfahren Befestigung und Halt. Andere können erschrocken und verfestigt wirken. Sie erhalten Unterstützung zur Öffnung und Lockerung.

Seitens der Psychotherapeuten wird auf verbaler Ebene die Aufstellung frühestens am Folgetag nachbearbeitet, um den Prozess zunächst auf der Bildebene zu belassen und genügend Nachwirkungszeit einzuräumen.

### Indikation

Bereits im Erstgespräch mit dem Bezugstherapeuten (Arzt oder Psychologe) wird über die Familienaufstellung informiert und im Rahmen der Therapieplanung mit dem Patienten gemeinsam entschieden, ob die Anmeldung für die Aufstellungsgruppe sinnvoll ist. Dabei bleibt die Teilnahme an der Aufstellungsgruppe ebenso wie die Entscheidung zur Übernahme einer Stellvertreterrolle und im weiteren Schritt die eigene Aufstellung immer eine freie Ich-Tat, die freiwillige Entscheidung jedes Einzelnen.

Auf den einzelnen Stationen sind bei unterschiedlich zusammengesetzter Klientel differenzierte Konzepte wirksam. Während auf manchen Stationen circa 30% der Patienten zum Aufstellen angemeldet werden, sind es auf anderen rund 90%. Ausgenommen bleiben Patienten,

- die sehr labil sind, zum Beispiel im Rahmen einer dissoziativen oder Traumafolgestörung, die durch Themen der Mitpatienten zu schnell getriggert werden,
- die über zu wenig emotionale Steuerung verfügen und im Rahmen der intensiven emotionalen Arbeit überfordert sind,
- die sensitiv alles Leiden der anderen mittragen, sich nicht distanzieren können, sodass sie nach der Aufstellung zusätzlich belastet sind.

### Information der Patienten

Die Patienten erhalten zu Beginn der Behandlung ein Informationsblatt und werden in der Begrüßungsgruppe vom Chefarzt in die besondere Qualität des Aufstellens eingeführt. Auch im Rahmen der Aufstellungsgruppe selbst, der Stationsvollversammlung und von psychoedukativen Gruppen wird über die Methode informiert oder werden Fragen beantwortet.

Im Allgemeinen sind die Patienten gut für die Aufstellungsgruppe zu motivieren. Manche Patienten mit Somatisierungsstörungen und geringerem psychogenetischem Verständnis finden sich erst allmählich in die Rolle der Stellvertreter hinein, da ihnen das Spüren anfangs noch schwerfällt.

Bei der Information der Patienten ist uns wesentlich zu vermitteln, dass es sich um eine Gemeinschaftsarbeit handelt, in der sich jeder in einer Art Nächstenliebe für den anderen zur Verfügung stellt. Es ist ein Geben und Nehmen, in dem jeder bereichert wird, auch ohne selbst aufzustellen. Dies gilt für den Außenkreis, der die Energie hält, ebenso wie für die Stellvertreter: Alle werden vom Geschehen ergriffen und gehen in Resonanz. Dies ermöglicht die Aktivierung eigener Themen, die im eigenen inneren Prozess weiterbearbeitet werden können.

Selbst aufzustellen ist also gar nicht so maßgeblich, vielmehr sind die innere Teilhabe und der Zugang zu einer Fülle von Impulsen entscheidend.

### Die Aufstellungsgruppen

Nach einem Beginn mit zwei Gruppen, die 30–50 Teilnehmer hatten und zwei- bis viermal wöchentlich stattfanden, verfügen wir heute über insgesamt fünf Gruppen mit 20–35 Teilnehmern, die zweimal wöchentlich jeweils 90 Minuten arbeiten. Bei einer Auslastung mit jahresdurchschnittlich 180 Betten nehmen somit zwei Drittel aller Patienten an der Aufstellungsarbeit teil.

Drei der Gruppen sind stationsgebunden, das heißt, der zuständige Oberarzt leitet auch die Familienaufstellungsgruppe. Die vierte Gruppe wird stationsübergreifend von den PatientInnen der drei verbleibenden Stationen gebildet. In diesen Gruppen ist die Teilnahme kontinuierlich während der Aufenthaltsdauer von durchschnittlich vier bis fünf Wochen.

Somit handelt es sich um offene Gruppen, in denen das Kommen und Gehen dem der Patienten im Hause entspricht. Das schränkt die Vertrautheit ein, die in geschlossenen Gruppen entsteht. Durch den immer vorhandenen Kern an Patienten, die schon geübt und „eingearbeitet“ in das Stellvertreten sind, wird das aufgefangen. Die neuen Patienten können sich an den erfahrenen Patienten und ihrem achtsamen Umgang orientieren und schrittweise in das Setting hineinwachsen.

Die fünfte Gruppe ist eine Blockveranstaltung, die für Patienten des gesamten Hauses zur einmaligen Teilnahme offen steht und jeweils drei Stunden am Freitag und Samstag umfasst. Hier können Patienten zum Zug kommen, die aus besonderen Gründen nicht die fortlaufenden Gruppen besuchen oder die dort keine Gelegenheit zur Aufstellung hatten. In dieser Gruppe entsteht eine besondere Tiefe und Intensität des Gruppenprozesses. Gründe sind die Geschlossenheit der Gruppe, die Arbeitsintensität in der zeitlichen Dichte und die Nacht für unmittelbare Verarbeitungsprozesse auf tieferer Ebene.

### Unser Umgang mit Aufstellungsarbeit

#### Wer – Auswahl der Aufstellenden

Trotz Ausweitung des Angebotes bleibt es Thema, wer als Aufstellender unter mehreren Bewerbern zum Zug kommt. Hier sind die Herangehensweisen so unterschiedlich wie die Aufstellungsleiter. Teils erfolgt die Auswahl in intuitiver Entscheidung direkt vor der Aufstellung. In anderen Gruppen werden Listen der Aufstellungsanmeldungen geführt und die Entscheidung schon im Vorfeld getroffen.

Auf zwei Stationen wird die Frage der Vorauswahl von den aufstellenden Oberärzten in der Teamsitzung mit den Bezugstherapeuten und Pflegekräften beraten und die Klienten jeweils ein bis zwei Tage im Voraus über die Reihenfolge informiert. Im Zweifelsfall wird auch ein Vorgespräch außerhalb der Gruppe geführt. Durch die vorherige Entscheidung kann dann auch der Bezugstherapeut an der Aufstellung teilnehmen. In diesem Setting besteht eine intensive Kommunikation des Aufstellungsleiters mit dem therapeutischen und pflegerischen Stationsteam, das meist am gleichen Tag über wesentliche Aspekte der Aufstellung informiert wird.

Voraussetzung für die Auswahl ist in jedem Fall, dass sich der Aufstellungsleiter mit dem Anliegen des Anfragenden verbinden und darin auch Kraft und Ernsthaftigkeit spüren kann. Manche Patienten erhoffen sich den großen Durchbruch durch die Aufstellung, während sie in anderen therapeutischen Ansätzen wenig Bereitschaft oder Möglichkeit zur inneren Arbeit zeigen. Wieder andere missverstehen die Aufstellung als Orakel, das ihnen fehlende Puzzlesteine zu ihrer Biografie oder Antwort auf die Frage nach dem Warum liefern soll, ohne dass Veränderungsbereitschaft erkennbar wird. Manchmal ist spürbar, dass noch eine große Abwehr gegen therapeutische Schritte besteht („Ja, aber“).

Das Gefangensein in alten Mustern verstellt die Lösungsbilder. Wir raten von einer Aufstellung ab, wenn noch nicht genügend Stabilität für die Konfrontation mit traumatischen Erfahrungen besteht. Schwierig wird die Auswahl der Patienten oft in der stationsübergreifenden Block-Wochenendgruppe. Sie nimmt durch ihren zeitlichen Umfang und die selteneren Termine eine Sonderstellung ein. Oft wird sie als letzte Gelegenheit wahrgenommen. Auch durch die große Runde ist der Erwartungsdruck der Patienten hoch. Umso wichtiger ist es im Vorfeld, für die Wirkung allein durch Teilhabe zu sensibilisieren.

#### Wann – Zeitpunkt der Aufstellung

Wir wissen heute, dass der Aufstellungszeitpunkt idealerweise so liegen sollte, dass sowohl ein „Anwärmen“ im Vorfeld, ein Nachreifen sowie eine Nachbesprechung und -bearbeitung der Erlebnisse der Aufstellung innerhalb des stationären Entwicklungsweges möglich sind. Mittlerweile gelingt es uns, auch mit sichtbar werdenden, schwerwiegenderen Traumata angemessen und wirkungsvoll umzugehen.

In der Praxis haben sich die vorletzte oder letzte Behandlungswoche bewährt. Durch die vielschichtigen Therapieangebote in der Klinik ist der Prozess des Patienten auf kognitiver, emotionaler und körperlicher Ebene so weit gereift und fokussiert, dass dann die Aufstellung den inneren Prozess vertiefen oder in manchen Fällen noch einen qualitativen Sprung bewirken kann.

Die meisten Patienten haben eine gute Eigenwahrnehmung für den richtigen Zeitpunkt. Die Aufsteller finden das spätestens im Interview heraus. Dazu bedarf es ihrerseits einer Achtsamkeit, Geschicklichkeit und Erfahrung in der Gesprächsführung, die sich im Laufe der Arbeit entwickelt. Die Vorgespräche zur Zielklärung werden meist in der Gruppe, in Ausnahmefällen auch separat geführt. Generell ist es eine Übung, den Sinn für den richtigen Zeitpunkt zu erschließen. „Achte darauf, wann die Frage stark genug ist und wann *du die richtige Frage* hast. Wenn du die Frage hast, dann ist es in Ordnung, wenn unmittelbar vor der Aufstellung alles durcheinandergerät. Du kannst dir deine Aufstellung sowieso nicht ausdenken. Die innere Frage ist die einzige Orientierung, an der du dich ausrichten kannst. Sie ist die Lebenslinie, in der die Verwirrung einsetzt, wenn es die richtige Frage ist. Alles andere musst du nicht wissen.“

„... Ich möchte Sie bitten, Geduld zu haben gegen alles Ungelöste in Ihrem Herzen und zu versuchen, die Fragen selbst lieb zu haben. Forschen Sie jetzt nicht nach Antworten, die Ihnen nicht gegeben werden können, weil Sie sie nicht leben können. Und es handelt sich darum, alles zu leben. Leben Sie jetzt die Fragen. Vielleicht leben Sie dann allmählich,

ohne es zu merken, eines fernen Tages in die Antworten hinein. ...“  
R. M. Rilke

### Was – Themen der Aufstellungen und Methoden

Häufigstes Aufstellungsthema ist die Herkunftsfamilie. An zweiter Stelle stehen Fragen der Gegenwartsfamilie, häufig im Zusammenhang mit bevorstehender oder vollzogener Trennung, bei Patchworkfamilien und Beziehungsproblemen mit den eigenen Kindern. Seit Langem wird auch die Aufstellung der inneren Bühne gepflegt, in der Gefühle, Krankheitssymptome, Organe, das innere Kind, das Ziel, das höhere Selbst ... durch Stellvertreter sichtbar werden. Diese Arbeit wurde beeinflusst und erweitert durch die Arbeit mit dem inneren Kind nach Luise Reddemann und das System der inneren Familie (IFS) nach Richard Schwartz. Eher ausnahmsweise kommen noch andere Formen von Systemaufstellungen vor wie zum Beispiel Entscheidungsaufstellungen (Tetralemma nach Varga von Kibéd) und Organisationsaufstellungen.

### Besonderer Umgang mit Traumafolgestörungen

Im Krankenhaus Lahnhöhe fanden sich schon immer Menschen, die an einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leiden. Nicht selten wird die Diagnose erst hier gestellt, wenn die vielen chronifizierten Symptome und zugehörigen Diagnosen einmal zusammen geschaut werden und dann alle Kriterien einer PTBS bzw. einer entsprechenden Folgestörung erfüllen. Aus diesem Grund haben wir das klassische Setting angepasst und kreativ verändert. Dabei waren uns vor allem die Arbeit von Luise Reddemann und die Arbeit mit dem System der inneren Familie (IFS) nach Richard Schwartz sehr hilfreich. Im normalen Setting fällt häufig auf, dass Stellvertreter in eine Altersregression kommen. Auf die Frage: „Wie alt fühlst du dich gerade?“, wird erstaunlich oft präzise Auskunft gegeben. Meistens kann man es an vegetativen Körperreaktionen und an der Sprache sowie an dem Verhalten ablesen. Wenn man diese „noch nicht erwachsenen“ Teile aus der Person „herausstellt“, indem ein Stellvertreter für das Kind dazugestellt wird, bleibt häufig ein stabiler Kern über, der erwachsen bleibt, beobachten kann und selbst Qualitäten aufweist. Bei Menschen, die an Traumafolgestörungen leiden, ist die Gefahr einer Retraumatisierung bei direkter Konfrontation mit Tätern, die meist aus der Familie stammen, groß. Täter-Opfer-Aufstellungen haben dem „klassischen Vorgehen“ ja auch reichlich Kritik eingetragen. Solchen Menschen schlagen wir häufig eine Aufstellung der „inneren Familie“ vor, was sehr heilsam ist. So ist es möglich, über Innere Kindarbeit Schicht für Schicht sehr belastete Teile aus der Vergangenheit zu befreien, zu integrieren, nachzubeeltern, sie aufzuklären, zu schützen, ihnen zu glauben und Mitgefühl zukommen zu lassen. Das Gefühl „Ich kann mir jetzt selbst helfen“ wird zur modellhaften

Erfahrung, die auch unabhängig vom Außen macht. Selbst Täterintrojekte können so eine neue Rolle bekommen, wenn man würdigt, dass sie beim Überleben geholfen haben, und ihnen eine neue Aufgabe zuweist unter einer klaren Selbstführung. Viele Betroffene bekommen so zum ersten Mal einen emotionalen Zugang, aber auch einen Fahrplan für die weitere Therapie. Sie wissen jetzt, dass es geht und wie es geht, ohne zu glauben, dass damit die Arbeit schon gemacht ist. Sich nicht mehr zu identifizieren mit Diagnosen, Symptomen oder Zuständen, die von Teilen hervorgerufen werden, die uns mit ihren unaushaltbaren Gefühlen anstecken, weil sie gerade getriggert sind, ist dabei sehr wesentlich und überhaupt die Voraussetzung, im Hier und Jetzt zu handeln und gute neue Erfahrungen zu machen.

Bei ausgewählten traumatisierten Patientinnen wird gelegentlich auch das traumatisierende Herkunftssystem aufgestellt. Dabei ist im Vorgespräch wichtig abzuschätzen, ob die Patientin genügend stabil ist und welche Ressourcen vorhanden sind. Sie können dann eventuell auch mit aufgestellt werden. Für Patientinnen, die in der Traumaverarbeitung weit fortgeschritten sind, kann die Aufstellung als Abschlussritual hilfreich sein.

Gelegentlich kommt es auch vor, dass erst in der Aufstellung Anzeichen für sexuellen Missbrauch sichtbar werden, der vorher nicht benannt wurde, vielleicht auch nicht bekannt war oder nur geahnt wurde. Gerade in solchen Fällen ist es wichtig, die gesunde Erwachsene dazuzustellen, die das traumatisierte Kind erst mal weit weg vom Täter in Sicherheit bringen kann. Mit diesem Sicherheitsabstand kann dann zum Beispiel die Feststellung der Verantwortlichkeit zwischen Erwachsenen und Kind erfolgen. Manchmal ist es gesetzlich notwendig, die Kraft des Überlebens oder andere Ressourcen durch Stellvertreter sichtbar werden zu lassen.

### Stellenwert und Wirkungen des Familienstellens im klinischen Setting

#### Stellenwert der Aufstellungsarbeit in unserem Hause

Das ursprünglich rein naturheilkundlich ganzheitsmedizinische Konzept der Klinik war in den 80er-Jahren durch eine intensive Phase der Rezeption der tiefenpsychologisch-analytischen Therapie nach Jung und in den 90er-Jahren durch Hinzunahme anthroposophischer Biografiearbeit erweitert worden. Die therapeutische Arbeit bezog mehr und mehr das gesamte Spannungsfeld zwischen individuellen Mitwirkungsmöglichkeiten und den Verstrickungen aus der Herkunftsfamilie und schicksalhaften Erfahrungen ein. Damit und durch die persönliche wie professionelle Biografie der Aufsteller war die Implementierung der Aufstellungsarbeit ab 1999 bestens vorbereitet.

Systemische Aufstellungsarbeit ist in unserem heutigen Verständnis ein schlichtes Arbeitswerkzeug und in unter-

schiedlichsten theoriebegründeten Konzepten anwendbar. Sowohl systemisch begründete, verhaltenstherapeutisch orientierte, psychodynamische als auch schematherapeutische Verfahren können diese Methode widerspruchsfrei anwenden. Voraussetzung ist, dass die Ausübenden sowohl in ihrem Grundverfahren als auch in der Aufstellungsarbeit qualifiziert sind und das Potenzial der Aufstellungen/das Aufstellen im Geiste ihres Verfahrens nutzbar machen.

Es ist wesentlich, darauf hinzuweisen, dass die übrige therapeutische Arbeit nicht durch das Aufstellen ersetzt oder unbedingt verkürzt wird. Es handelt sich um eine Verdichtung, die durch vorangegangene therapeutische Arbeit möglich wird und für den weiteren therapeutischen Prozess aufgegriffen werden kann.

In diesem Sinne ist es eine bildschaffende, erlebnisorientierte Methode bzw. eine Externalisierung eines inneren Beziehungsbildes, welches seelische Energien bindet bzw. erlöst und Selbstwirksamkeitspotenziale, Ressourcen, Kompetenzen und zuletzt die Liebe freisetzen kann

#### Familienstellen als „Biografiearbeit“

Für uns wurde die Aufstellungsarbeit ein klinisch praktikabler Ansatz, um Patienten während ihrer „Passage-Zeit“, also einer durchschnittlichen Vier-Wochen-Beziehung zwischen Krankenhaus, Mitpatienten und Patienten, biografische Wandlungsphänomene erlebbar aufzuschließen.

Das Familienstellen bzw. Systemaufstellungen erscheinen uns in diesem Sinne als „kondensierte Biografiearbeit“. Das persönliche Seelenbild von dem derzeitigen „Angekommen-sein“ in der als gegeben angenommenen Lebenssituation wird in einem externalisierten, relationalen Bild ansehbar. Die Beziehungen mit der Platzvergabe im eigenen Herzen werden durch die Aufstellung räumlich im sich konstituierenden Felde erfahrbar und durch Dialoge für zusätzlichen Informationsgewinn befragbar.

Die wesentlichen menschlichen Beziehungen zu lebenden und verstorbenen Personen, zu inneren Anteilen, zu Lebenskräften und spirituellen Bezogenheiten, zur Aufgehobenheit in den inneren und äußeren Hilffsystemen werden sichtbar. Die so aufscheinenden Unterscheidungen geben Anregungen zu neuen möglichen Sichtweisen. Sie berühren Sehnsüchte nach guten Lösungen und sind – vollzieht man sie Anteil nehmend – erschütternd für Aufstellende wie Beteiligte. Die sich einstellenden Affekte wirken kathartisch und haben nie etwas Intentionales. Es geht also nicht um „gemachte Gefühle“, sondern um „erlöste Gefühle“. Es erscheint das, was frei wird in seinen grundsätzlichen Möglichkeiten.

Von manipulativen, suggestiven, Schicksal- oder Therapieentwicklung abkürzenden oder deformierenden Vorgehensweisen kann also nicht die Rede sein. Es wird lediglich

frei, was ohnehin aus der „Eingeschlossenheit“, „Verwicklung“ oder „Leugnung“ ins Leben hineingewirkt hat. Dabei ist entscheidend, dass diese Einladung zu einer besseren Lösung mit der Möglichkeit eines selbstbestimmteren Lebens in einer gewissen Zeugenschaft durch die liebevolle Anteilnahme des Außenkreises gehalten wird (Zeugnisfunktion des Außenkreises!).

#### Neben- und Nachwirkungen

Besonders wertvoll ist die Aufstellungsarbeit für uns als erlebnisaktivierendes Verfahren. Neben der Psychoedukation, der Arbeit im Einzelgespräch und in Selbsterfahrungsgruppen ermöglichen die Aufstellungsgruppen durch die Repräsentation der frühen oder aktuellen Bezugspersonen den unmittelbar fühlenden Zugang in die dazugehörigen Beziehungsaffekte: Trauer, heftigster Schmerz, rasende Wut, Einsamkeit, Ohnmacht. Das ganze Spektrum verdrängter Gefühle wird direkt erlebt. Ebenso intensiv dann auch Gefühle von Freude und Liebe, wenn es zu einer Lösung kommt.

Dies bedarf nach unseren Erfahrungen keiner großen Erläuterungen, da die Patienten in dem genannten Klima selber liebevoll und achtsam mit diesen „Berührungen“ umgehen und sich eher erlöst zeigen, da endlich Evidenz und Wandlung nicht mehr nur auf der kognitiven Ebene vorbereitet, sondern auf anderen Sinneskanälen erlösend erfahrbar wird. Dazu hat es sich bewährt, die Patienten eventuell zu Beginn einer Arbeitssequenz zu einer Sammlung oder kurzen Achtsamkeitsmeditation einzustimmen und am Ende für eine gute „Entrollung“ durch entsprechende Körpergesten anzuleiten. Auch ist es gut, die Patienten darauf hinzuweisen, dass im Anschluss die eingesammelten Erfahrungen und Bilder eher bewahrt und in einer Art innerem Wachstumsklima gehütet werden, als dass sie in die anderen Therapiekorridore oder die Freizeit durch zu viel „Bereden“ und Reflektieren auslaufen und an Kraft verlieren. Denjenigen Patienten, die aufgestellt haben, wird angeboten, dass sie nach einer gewissen Zeit (mindestens einer überschlafenen Nacht) bei Bedarf mit dem Aufsteller selbst noch eine 10–15-minütige Nachbetrachtung haben können. Ansonsten wird darauf geachtet, dass die Informationen „zwischen den an der Therapie beteiligten Bezugs- und Kotherapeuten fließen, patientenorientiert vernetzt und gegebenenfalls nachbesprochen werden.

#### Bedeutung für die therapeutische Gemeinschaft

Die intensiven emotionalen Prozesse der Aufstellungen haben tiefe Wirkungen auf den Einzelnen wie auf die Gemeinschaft. Das tiefe Miterleben der Schicksale und Lebenssituationen der anderen, das Wahrnehmen der Last und das gemeinsame Erarbeiten der Lösungen, in dem oft innige Berührungen und Umarmungen entstehen, bringen Nähe und Tiefe der Beziehungen in der Gruppe mit sich.



Dies ist ein entscheidender Beitrag zur Konstituierung/Entwicklung der therapeutischen Gemeinschaft.

## Haltung und Perspektive

### Bildgebendes Verfahren

Unschätzbar ist die Sichtbarmachung komplexer Wechselwirkung in Systemen, wie sie im Einzelsetting nie möglich ist – die Mehrgenerationenperspektive mit der Erfassung von transgenerational weitergegebenen Themen, die Bedeutung des Ausgeklammerten, wie zum Beispiel früh verstorbener, abgetriebener oder fehlgeborener Kinder, die Spätwirkung von Krieg und Vertreibung und viele andere Aspekte, die jeder Aufsteller kennt. In diesen Qualitäten ist das Verfahren eine unersetzbare Ergänzung der anderen im Hause üblichen Therapiemöglichkeiten.

### Lösungsorientierung

Die Aufstellung ist ein lösungsorientiertes Verfahren, in dem der Klient schon im Vorgespräch von der Problemrance zum Blick ins Lösungsland geführt wird. Hier verbindet sich der Ansatz mit den hypnosystemischen Grundgedanken. Auch geht es immer wieder um den Blick auf die Ressourcen, die zu wenig gewürdigt und genutzt werden, die unerkannt im System oder im Menschen selbst schlummern und ihm helfen bzw. helfen, Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft zu bewältigen. Lösungsbilder beinhalten ein Gefühl von Stimmigkeit (Kohärenz), in der wir das System mit seinen Verstrickungen und mit seinen guten Seiten verstehen und wertschätzen, in Kontakt mit unserer Kraft und unseren Ressourcen stehen und in dem der Weg zum Leben wieder offen und voller Sinn ist – ganz im Sinne der Salutogenese von Antonovsky.

### Entwicklungswege gehen

Die Aufstellungsarbeit unterstützt die Entwicklung vom kindlichen Blick auf die Eltern mit all den unerfüllten Sehnsüchten oder der Bitternis über erlittenes Unrecht hin zum erwachsenen Verstehen der Verstrickungen des Systems und der Übernahme der eigenen erwachsenen Verantwortung. Hier ist die Schnittstelle zur Selbstfürsorge gemäß der Inneren-Kind-Arbeit und zur systemischen Arbeit mit der inneren Familie, in der das Selbst die innere Führung übernimmt. Beide Konzepte haben die Arbeiten der Klinik Lahnhöhe positiv beeinflusst.

### Spirituelle Ebene

Immer wieder wird in Aufstellungen ein spirituelles Element erfahrbar. Gerade in Familiensystemen mit Suchtverhalten, Gewalt, Missbrauch oder schwerer Vernachlässigung, wo

scheinbar keine positiven Ressourcen vorhanden waren, wird erfahrbar, dass es eine innere Kraft oder einen Kern gab, der unverletzt blieb und durchgetragen hat. Höhere Kräfte, die geschützt oder durch schwierige Zeiten hindurchgeführt haben, werden sichtbar und können wahrgenommen werden. In besonderen Momenten erfassen tiefe Berührtheit oder inneres Schauern die ganze Gruppe, wenn sich Verstrickungen lösen, Liebe fließen kann und der Raum sich wieder öffnet, und lassen das Wirken größerer Mächte wie einen Hauch aus der geistigen Welt spüren. Wir wissen, dass dies nicht durch den Therapeuten gemacht werden kann, sondern ohne unser Zutun geschieht. Diese Erfahrungen entsprechen der spirituellen Grundhaltung in der anthroposophischen Tradition wie in der humanistischen Psychotherapie in unserem Hause. Ihnen Raum und Entfaltungsmöglichkeit zu geben, liegt uns in besonderer Weise am Herzen.

Für die Mitautorenschaft danken wir herzlich:

Frau Dr. med. Christine Eick

Frau Dipl.-Ök. Antje Weidling

Herrn Dr. med. Bernd Karcher



**Dr. med. Henning Elsner**, Jahrgang 1954

– Facharzt für Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren und Homöopathie

– Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

– Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeut

– Interne Anerkennung Anthroposophische Medizin (GAÄD-Mentor)

Seit 1984 Tätigkeit im Psychosomatischen Krankenhaus Lahnhöhe, Lahnstein, seit 2005 Chefarzt.

Seit 1988 Kassenzulassung Psychotherapiepraxis; Ausbildungen in Hypnose, Autogenem Training, EMDR, KB, Systemischer Therapie (SG); Familienaufstellung – (Gunthard Weber); Psychotraumatologie (Reddemann, Sachsse, Fricke); Biografiearbeit (Gudrun Burkhardt); Balintleiter, Supervisor

[www.klinik-lahnhoehe.de](http://www.klinik-lahnhoehe.de)



**Hannes Kölle**, Jahrgang 1951

– Facharzt für Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren und Homöopathie

– Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Seit 1987 Tätigkeit im Psychosomatischen Krankenhaus Lahnhöhe, Lahnstein; seit 1994 als Oberarzt; seit 1994 Psychotherapeut in eigener Praxis

Aus- und Fortbildungen: Systemische Aufstellungen (Gunthard Weber u.a.), Gestalttherapie (Hildegund Heini), Casieltherapie

(Ingo Gerstenberg); Integrative Körper- und Psychotherapie (Hunter Beaumont, Gila Rogers; Gustl Marlock); Traumatherapie (Luise Reddemann), EMDR

[www.hannes-koelle.de](http://www.hannes-koelle.de)