

Peter Bourquin / Kirsten Nazarkiewicz (Hg.)

Trauma und Begegnung

Praxis der Systemaufstellung





Jahrbuch der Deutschen Gesellschaft für Systemaufstellungen

Im Namen der Deutschen Gesellschaft für Systemaufstellungen gGmbH
herausgegeben von Peter Bourquin und Kirsten Nazarkiewicz

DGfS gGmbH, von-Beckerath-Platz 7, 47799 Krefeld
www.systemaufstellung.com

Peter Bourquin/Kirsten Nazarkiewicz (Hg.)

Trauma und Begegnung

Praxis der Systemaufstellung

Mit Illustrationen von Alexandra Huber

Vandenhoeck & Ruprecht

Mit 27 Abbildungen

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-647-40512-4

Weitere Ausgaben und Online-Angebote sind erhältlich unter: www.v-r.de

Umschlagabbildung: © Alexandra Huber, ohne Titel, Mischtechnik auf Papier, 2003, 15 × 15 cm, in Privatbesitz

© 2017, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Theaterstraße 13, D-37073 Göttingen/
Vandenhoeck & Ruprecht LLC, Bristol, CT, U.S.A.

www.v-r.de

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen

Inhalt

Kirsten Nazarkiewicz und Peter Bourquin Einführende Worte	9
I Arten von Traumata	
Freda Eidmann Komplexe Traumafolgestörungen und Aufstellungsarbeit	17
Franz Ruppert Identität, Spaltung und Verlust der Ganzheit	39
Ero Langlotz Symbiose in Systemaufstellungen	53
Robert Alnet und Dorotea Martínez Fucci Das Trauma in der prä- und perinatalen Lebensetappe	65
II Traumasppezifische Vorgehensweisen in Aufstellungen	
Barbara Innecken Traumaspezifische Vorgehensweisen in Aufstellungen	81
Dagmar Ingwersen Schonender und hilfreicher Umgang mit Trauma in der Aufstellungsarbeit	97
Peter Bourquin Das rechte Maß ausloten	113
Holger Lier und Christiane Lier Prozessorientierte Traumaaufstellung	125

III Kombination mit anderen Methoden

Christopher Bodirsky	
Lösungsorientierte Psychotraumatologie und Aufstellungen	139
Carmen Cortés	
Das Integrieren der inneren Familie	153
Karin Huyssen	
Traumatherapeutische Aufstellungen nach dem Modell der Ego-State-Therapie	165
Hedy Leitner-Diehl	
Somatic-Experiencing in der Aufstellungsarbeit	177
Heidi Baitinger	
Aufstellungsarbeit und energetische Klopftechniken in der Einzelarbeit	191

IV Prävention von Re- und Sekundärtraumatisierungen

Michael Reddy	
Emotionale und seelische Hygiene bei Familienaufstellungen – eine schamanische Sichtweise	201
Simone Rießinger	
Sekundäre Traumatisierung und der Umgang mit Überlastungsphänomenen	215
Christl Lieben	
Compassion Fatigue und die »Liebe frei von Mitgefühl«	225

V Spirituelle Umwege, Irrwege und Auswege

Mario Salvador	
Präsenz und Syntonie als Heilfaktoren	237
Manuel Aicher	
Welche Auswirkungen haben Traumata auf das spirituelle Erleben?	249
Thomas Geßner	
Trauma, Illusion und Spiritualität	263
Die Autorinnen und Autoren	275
Über die Künstlerin Alexandra Huber	280



Kirsten Nazarkiewicz und Peter Bourquin

Einführende Worte

Es gibt einen gewissen Modeeffekt, was Trauma angeht. Das Gleiche geschah mit Konzepten der Psychoanalyse, der Genetik oder der Quantenphysik, mit Begriffen wie Resilienz oder Mindfulness. Es geschieht in aller Regel, wenn ein Begriff einen komplexen Zusammenhang greifbar zum Ausdruck bringt: Alle Welt macht sich dieses Wort zu eigen und verwässert seine Bedeutung. Plötzlich ist »Trauma« in aller Munde, was zu einem inflationären Gebrauch und damit auch zur Bagatellisierung von Trauma führen kann. Doch zugleich ist die weit verbreitete Verwendung Ausdruck dessen, dass ein neues Verständnis hilfreich, nützlich und zeitgemäß ist. Endlich lässt sich etwas benennen und erklären, was zuvor keinen Namen hatte und dabei zugleich für die tiefsten seelischen Wunden im Menschen verantwortlich ist. Aufgrund dieser Benennung zeigten sich zudem Wege auf, wie eine erfolgreiche Behandlung ausschauen kann.

Grundsätzlich lassen sich drei Dimensionen von Trauma unterscheiden, obgleich sie oftmals miteinander verwoben sind: Zum einen kann man von einem persönlich erlebten Trauma sprechen. Zum anderen bezeichnet das familiäre oder transgenerationale Trauma das Phänomen, dass überwältigende Ereignisse, welche andere Mitglieder einer Familie zum damaligen Zeitpunkt nicht verarbeiten konnten, Folgen hat, die immer noch spürbar sind: Das Unverarbeitete bleibt als Echo wirksam. Weitergehend und umfassender beschreibt der Begriff »soziales Trauma« zugleich eine überpersönliche Dimension, da größere Gruppen oder eine ganze Gesellschaft traumatische Geschehnisse erleiden können, und das soziale Trauma somit ein kollektives Schicksal darstellt.

Eine Eigenheit von Trauma ist, dass es vermieden oder gar verneint wird. Das gilt sowohl auf persönlicher als auch auf familiärer und gesellschaftlicher Ebene, wie die oftmals fehlende Auseinandersetzung mit transgenerationalen und sozialen Traumata zeigt: Es ist schwer, dem Schmerz zu begegnen und ihm sprichwörtlich ins Auge zu schauen.

So entstand erst seit den 1970er Jahren, und zwar vor allem in den USA aufgrund zahlreicher überbordender Erfahrungen der die heimkehrenden traumatisierten Kriegsverteranen des Vietnamkrieges behandelnden Fachkräfte, allmählich eine eigenständige Richtung innerhalb der Psychologie, die sich der Behandlung von Trauma widmet. Wir halten die Entstehung der Traumatherapie zusammen mit der Neuropsychologie, die sich seit den 1990er Jahren aufgrund eines immer umfassenderen Verständnisses der Funktionsweise unseres Gehirns entwickelt, für die zwei wesentlichen Entwicklungen und Bereicherungen der vergangenen Jahrzehnte auf dem Gebiet der Psychotherapie. Beide Bereiche, die zudem in einen fruchtbaren Austausch miteinander getreten sind, haben neue und wirksame Wege zur Heilung menschlichen Leidens möglich gemacht. In den letzten Jahrzehnten wurden spezielle Techniken zur Behandlung und Integration von Trauma entwickelt, die den Körper als primären Behandlungsweg nutzen oder den psycho-neurologischen Ansatz fokussieren.

Doch was ist eigentlich ein persönliches Trauma? Bereits als Folge der beiden Weltkriege des vergangenen Jahrhunderts entstand aufgrund der praktischen Arbeit mancher Ärzte, Psychiater und Psychologen ein erstes Verständnis von Trauma, das jedoch rasch wieder in der Versenkung verschwand. Beispielsweise formulierte der französische Psychologe und Neurologe Pierre Janet schon im Jahr 1919 eine Definition des Traumas, die auch heute nach einem Jahrhundert immer noch gültig scheint:

»Es ist das Ergebnis des Ausgesetztseins an ein unvermeidliches stressiges Geschehen, das die Mechanismen der Person übersteigt, damit umzugehen. Wenn die Menschen sich zu sehr von ihren Emotionen überwältigt fühlen, können sich die Erinnerungen nicht in neutrale narrative Erfahrungen verwandeln. Der Schrecken verwandelt sich in eine Phobie bezüglich der Erinnerung, was die Integrierung des traumatischen Geschehens verhindert und die traumatischen Erinnerungen fragmentiert, welche so vom normalen Bewusstsein ferngehalten werden und in visuellen Wahrnehmungen, somatischen Befürchtungen und verhältnismäßigem Wiederausagieren organisiert bleiben« (Janet, 1884/1990, S. 156 f.).

Dieses Zitat entspricht im Wesentlichen der aktuellen Definition nach DSM-5, in dem das Phänomen »Trauma« zum ersten Mal 1980 Eingang fand. Dort spricht man abhängig von den Folgeerscheinungen in der betroffenen Person vom post-traumatischen Stress-Syndrom, das charakterisiert ist durch:

1. spontan auftretende, überwältigende Erinnerungen, in Form von Flashbacks, Albträumen oder Gedankenkreisen um das Geschehene;

2. das bewusste und unbewusste Vermeiden von Dingen, Situationen, Themen und sogar Gefühlen, die an das Trauma erinnern und die quälenden Erinnerungen hervorrufen könnten;
3. körperliche Übererregung wie starke Ängste, Beklemmung, Hypervigilanz und Schreckhaftigkeit zusammen mit weiteren körperlichen Symptomen.

Man spricht entweder von posttraumatischem Stress, wenn die Lebensqualität ausreichend erhalten bleibt und das alltägliche Leben noch stattfinden kann, oder aber von der posttraumatischen Belastungsstörung, wenn die Symptome alle Bereiche des täglichen Lebens der Betroffenen beeinträchtigen und es schwer wird, das emotionale Gleichgewicht gegenüber einem stark abwertenden Eigenbild und einer Flut überwältigender Erinnerungen aufrechtzuerhalten. Die Diagnosekriterien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen unterscheiden sich kaum vom DSM-5. In der ICD-10 sind für die posttraumatische Belastungsstörung außerdem das nicht seltene Auftreten von Angst und Depression sowie Suizidgedanken als Symptom aufgenommen.

Der amerikanische Psychiater Bessel van der Kolk geht noch einen Schritt weiter und sagt dazu:

»Viele meiner Kollegen denken, dass die Flashbacks, das Niveau der Erregung und das Vermeiden die Essenz dessen ausmachen, was traumatisierten Personen passiert. Ich glaube, sie verstehen das Thema nicht richtig, denn für die Mehrzahl der Personen verwandelt sich ihr Trauma in einen Lebensstil« (2015, S. 221).

Ob jemand traumatisiert ist oder nicht, definiert sich also über die Folgeerscheinungen in seinem gegenwärtigen Leben und nicht über die Ereignisse als solche.

Der Einsatz von Aufstellungsarbeit im Kontext von Traumata ist keineswegs selbstverständlich und bedarf der Erläuterung. Es existieren aus manchen Perspektiven starke Vorbehalte gegenüber ihrer Nutzung bei Traumatisierungen, insbesondere in Bezug auf spezielle Praktiken (Haas, 2013). Sorgfältig eingesetzt und eingebettet, stellt die Aufstellungsarbeit jedoch eine wichtige Be- und Verarbeitungsressource dar (Drexler, 2013). Sie ist in erster Linie geeignet, die Dynamiken zu verstehen, die sich in den Beziehungen zwischen Personen zeigen, vor allem innerhalb der Familie. Darüber hinaus ist sie in der Lage, die Wechselwirkung zwischen Elementen eines jeglichen Systems – auch der innerpsychischen Anteile einer Person – deutlich zu machen. Über die Sichtbarmachung in Aufstellungen können Anstöße im Rahmen von Behandlungs- und Heilungsprozessen bzw. Impulse für Entwicklungen gegeben werden. In die-

sem Sinne kann man Aufstellungsarbeit als eine der hilfreichen ergänzenden Methoden sehen.

Da die Aufstellungsarbeit bislang kein psychotherapeutisches Verfahren ist, das den Klienten über einen längeren Zeitraum hinweg begleitet, sondern eine therapeutische Methode für einmalige oder gelegentliche Interventionen, kann sie zwar zum Heilungsprozess von persönlichen Trauma beitragen, hat jedoch nicht den Anspruch, die therapeutische Behandlung allein zu schaffen. Eine nachhaltige Verbesserung oder Heilung gelingt nur im Kontext einer kontinuierlichen Unterstützung von Therapeuten mit umfänglichen Erfahrungen und Wissensbeständen. Es bedarf spezieller Kenntnisse, unter anderem in Psychotraumatologie, sowie einer eigenen Methodologie der Behandlung, um traumatisierten Menschen wirksam und nachhaltig helfen zu können, sowie zahlreicher Qualitäten in der Aufstellungsleitung (siehe dazu Nazarkiewicz u. Kuschik, 2015). Diese genannten Faktoren sind notwendig, um einerseits die Retraumatisierung des Klienten zu vermeiden, die sogar und gerade dann geschehen kann, wenn Aufsteller in gutgemeinter Absicht ihre üblichen Vorgehensweisen anwenden, und andererseits einen Beitrag dazu leisten zu können, dass die Wunde der betreffenden Person sich allmählich schließen kann.

Vom Beitrag der Systemaufstellung zur Traumatherapie handelt dieses Buch. Es ist als Lesebuch gedacht, die Beiträge sind voneinander unabhängig und in sich abgeschlossen. In dem ersten Teil wird das Verständnis verschiedener Arten von persönlichem Trauma ausgelotet. Der zweite Teil illustriert traumaspezifische Vorgehensweisen in Aufstellungen, um eine heilsame Erfahrung zu ermöglichen. Der dritte Teil zeigt mögliche Kombinationen der Systemaufstellungen mit anderen therapeutischen Methoden auf. Der vierte Teil handelt von der Prävention von Sekundärtraumatisierungen, vor allem durch den Therapeuten selbst. Und der fünfte Teil reflektiert die spirituelle Dimension von Trauma mit ihren Irrwegen und Auswegen.

Wir haben den Buchtitel »Trauma und Begegnung« gewählt, da er ein mehrschichtiges Beziehungsgeflecht spiegelt, das sich in den Inhalten der Kapitel wiederfindet: Zum einen geht es um die Begegnung der betroffenen Person mit sich selbst und ihrem Trauma und dessen Anteilen, dann um die Begegnung zwischen Klienten und Therapeuten und schließlich um die Begegnung der Therapeuten mit sich selbst, mit ihren je eigenen Geschichten und nicht zuletzt mit dem Schmerz der Welt. Der amerikanische Kindertraumatologe Bruce D. Perry drückt es in folgenden Worten aus:

»Ein Trauma und seine Reaktion darauf lassen sich außerhalb des Kontextes menschlicher Beziehungen nicht verstehen. Ob Menschen ein Erdbeben

überlebt haben oder wiederholte Male sexuell missbraucht worden sind, das Wichtigste ist, wie sich diese Erfahrungen auf ihre Beziehungen auswirken – zu den Menschen, die sie lieben, zu sich selbst und der Welt. [...] Infolgedessen geht es bei der Heilung von einem Trauma und von Vernachlässigung ebenfalls um Beziehungen – um das Wiederherstellen von Vertrauen, das Wiedererlangen von Zuversicht, die Rückkehr zu einem Gefühl von Sicherheit und die Wiederverbindung mit der Liebe« (Perry u. Szalavitz, 2014, S. 290).

Dieses Lesebuch ist dem persönlichen Trauma im Kontext der Aufstellungsarbeit gewidmet. Im kommenden Jahr wird ein Folgeband mit dem Titel »Einflüsse der Welt – individuelles Schicksal im kollektiven Kontext« erscheinen, der sich der transgenerationalen und sozialen Dimension von Trauma im Rahmen der Aufstellungsarbeit widmen wird. Er wird die Erfahrungen von Einzelnen mit gesellschaftlichen Umbrüchen, Migration, verschiedenen Kulturen, Krieg und Naturkatastrophen thematisieren. Wir hoffen, mit diesen beiden Sammelbänden alle drei sich ergänzenden und gegenseitig beeinflussenden Dimensionen von Trauma im Kontext der Aufstellungsarbeit anschaulich machen zu können.

Literatur

- Drexler, K. (2013). Transgenerational weitergegebene Traumata der Bearbeitung zugänglich machen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, 11 (1), 65–74.
- Haas, W. (2013). Editorial. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, 11 (1), 5–9.
- Janet, P. (1884). *Histoire d'une idé fixe*. *Revue Philosophique*, 7, 121–163. In P. Janet (1990), *Nervroses et idées fixes*. Vol. 1 (pp. 156 f.). Reprint: Societe Pierre Janet. Paris: Felix Alcan.
- Nazarkiewicz, K., Kuschik, K. (2015). Einführung: Qualität hat Methode. In K. Nazarkiewicz, K. Kuschik (Hrsg.), *Handbuch Qualität in der Aufstellungsleitung* (S. 11–57). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Perry, B. D., Szalavitz, M. (2014). *Der Junge, der wie ein Hund gehalten wurde: was traumatisierte Kinder uns über Leid, Liebe und Heilung lehren können; aus der Praxis eines Kinderpsychiaters* (6. Aufl.). München: Kösel.
- van der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Barcelona: Elephtheria.

I Arten von Traumata



Freda Eidmann

Komplexe Traumafolgestörungen und Aufstellungsarbeit

Bei den Recherchen und Interviews zu meinem Buch über Aufstellungsarbeit und Trauma (Eidmann, 2009) begegnete mir bei etlichen Interviewpartnerinnen aus dem Feld der Traumatherapie großes Misstrauen gegenüber der Aufstellungsarbeit. Das ging so weit, dass Luise Reddemann mir die Nutzung des Interviews mit ihr gänzlich untersagte: Es sei in keinem Fall gesichert, dass eine Klientin mit einer komplexen Traumafolgestörung im Aufstellungsprozess die für sie so notwendige Kontrolle behalten könne, im Gegenteil, sie sei völlig abhängig von der Leiterin und deren Entscheidungen und habe kein Mitspracherecht. Deshalb sei die Methode kontraindiziert (persönliche Mitteilung, 2008, NIK Bremen).

In den Jahren seit dieser Aussage hat sich im Aufstellerfeld neben der Energetischen »Klopf«-Psychotherapie nach Fred Gallo (EP) das Somatic Experiencing (SE) nach Peter Levine als die Methode etabliert, die als traumatherapeutische Ausbildung wohl am häufigsten angeboten wird und auf die sich Aufsteller und Aufstellerinnen in Veröffentlichungen am meisten beziehen. Offenbar lässt sich dieser Ansatz gut in die Aufstellungsarbeit integrieren. Aber auch hier gibt es Bedenken in Bezug auf komplexe Traumafolgestörungen, zum Beispiel von Ulrike Reddemann. Sie ist davon überzeugt, dass SE zwar ein hilfreiches Verfahren für Monotraumata, aber keines für Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen sei: Die Fokussierung des körperlichen Erlebens sei kontraindiziert, da sie bei körperlichen Traumatisierungen in hohem Maße Auslösereize und damit unkontrolliert Traumamaterial und traumabezogene Zustände reaktivieren könne. Der Fokus auf die Körperwahrnehmungen erweise sich für viele komplex traumatisierte Menschen als nicht zugänglich, da er oft spontan mit auf körperlichem Erleben basierenden Traumatisierungen assoziiert werde und dadurch zu dissoziativen Zuständen führen könne (persönliche Mitteilung, 10.11.2011, Bad Herrenalb).

In der Zwischenzeit fand das Konzept der Integrativen Systemaufstellungen (ISA) als einziges szenisches Aufstellungsverfahren Aufnahme in den Katalog kombinierter traumatherapeutischer Behandlungsmethoden in einem Kompendium zu Komplextrauma (Sack, Sachsse u. Schellong, 2013, S. 277, 279; allerdings leider unvollständig, da ausschließlich als konfrontierendes Verfahren dargestellt, ohne Berücksichtigung weiterer Potenziale wie Ressourcengenerierung, jedoch mit dem Hinweis auf die Mängel durch nicht-qualifizierte Anbieter). Seitdem habe ich meine Kenntnisse über komplexe Traumafolgestörungen erweitert und in der Praxis der ISA umgesetzt. Dieser Aufsatz gibt einen Überblick über den aktuellen Erkenntnisstand.

Was ist eine komplexe Traumafolgestörung (kTFS)?

Der Begriff »komplexe posttraumatische Belastungsstörung« (kPTBS) wurde ursprünglich 1992 von Judith Herman geprägt und beschreibt die Folgen von wiederholtem, langanhaltendem und chronischem traumatischem Stress, die sich vor allem in Störungen der Affektregulation, einem negativen Selbstkonzept und Beziehungsstörungen zeigen. Herman betonte damit den Unterschied zu dem Störungstyp von Traumafolgen, dem ein einmaliges Trauma (Monotrauma) zugrunde liegt. In jüngeren Veröffentlichungen zum Thema wird neben der aktuellen Bezeichnung »komplexe Traumafolgestörung« eine differenziertere Unterscheidung von Traumatypen nach diagnostischen Kriterien vorgeschlagen, die sich entlang eines Stresskontinuums, das die Art und Anzahl der auslösenden Ereignisse beinhaltet, orientieren (unter anderem Schellong, 2013, S. 45 ff.). Die bisherigen Kategorien Monotrauma und Komplextrauma bzw. einfache und komplexe PTBS werden um Symptome früher Entwicklungs- und Bindungsstörungen sowie chronischer Störungen sowohl der Affektregulation als auch der Somatisierung und um dissoziative Phänomene erweitert. Wechselwirkungen zwischen mehreren Störungsbildern und einer Traumatisierung (Komorbiditäten) können einbezogen und gezielte Behandlungsmöglichkeiten präziser ausgerichtet werden. Das neue Modell umfasst vier Traumatypen, die aufeinander aufbauen und jeweils über zusätzlich zur Symptom-Grundtrias der Posttraumatischen Belastungsstörung diagnostizierte Störungen definiert werden:

Typ I: Meist nur ein traumatisches Erlebnis mit der Folge einer (partiellen) PTBS-Trias: Wiedererleben (Intrusionen), Vermeiden (Konstriktion/Numbing), Übererregung (Hyperarousal) *ohne weitere Störungen*.

Typ II: Mehrfache oder lang anhaltende Traumata führen zu (partieller) PTBS-Trias *plus* traumakompensatorischer Symptomatik, das heißt zu min-

destens einer weiteren Störung (Angst, Depression, Suchterkrankung), die häufig vor der Traumatisierung schon wirksam war.

Typ III: (Partielle) PTBS *plus* Bindungs-/Beziehungsstörungen durch sequentielle und chronische Traumatisierung; persönlichkeitsprägende Symptomatik wie Borderline-Symptome, Internalisierung, negative, sozialphobische, dissoziative Symptomatik, somatoforme Körperbeschwerden sowie schwere emotionale Instabilität. Hier wird der Tatsache Rechnung getragen, dass traumatischer Stress in Kindheit und Jugend die Hauptursachen für psychische und psychosomatische Erkrankungen sind (vgl. Sack, 2016, S. 5).

Typ IV: Die für I-III geltenden Kriterien *plus* überwiegend dissoziative Symptomatik, Störungen der Identitätswahrnehmung wie Identitätsunsicherheit, Teilidentitätsstörungen, Identitätswechsel (in kindliche oder emotional belastende »Zustände« rutschen), Amnesien im Alltag.

In der Einteilung in die vier Traumtypen werden neben dem Monotrauma (Typ I) also vor allem die bisher unter Komplextrauma subsummierten Traumata und Folgestörungen sorgfältig ausdifferenziert und unter Einbeziehung weiterer damit einhergehender Störungsbilder, die bislang als von der PTBS getrennt definiert wurden, nach Quantität und Qualität gestaffelt (Zeitpunkt in der Entwicklung, Dauer, Schweregrad). Ergänzt werden die Beschreibungen der verschiedenen Traumagrade durch Hinweise zu Diagnoseverfahren sowie Empfehlungen zu spezifischen Behandlungsschwerpunkten- und -verfahren (Schellong, 2013, S. 50).

Aktuelle Therapiekonzepte (vgl. die Qualitätskriterien der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie) enthalten – methodenübergreifend und integrativ – folgende Elemente:

- *kognitive und verhaltenstherapeutische Techniken* wie Psychoedukation, Symptommanagement, Bearbeitung traumaassoziierter emotionaler Reaktionen und dysfunktionaler Kognitionen, Training sozialer und antidissoziativer Fähigkeiten;
- eine *traumaspezifische Stabilisierung* durch hypnotherapeutische Techniken und Imagination, siehe zum Beispiel Sicherer Ort, Innere Helfer, Tresor- oder Baumübung etc. sowie durch eine Förderung der Ressourcenaktivierung, Affektregulation, Mentalisierung und Gegenwartsorientierung;
- *spezielle Methoden der Traumabearbeitung*:
 - die *Definition und Hierarchisierung von Zielen*,
 - die *Desensibilisierung* mit dem Ziel, intrusive Bilder, Geräusche und Gefühle zu aktivieren und parallel und gesteuert die kognitiv-reflektie-

renden Ich-Anteile aktiviert zu lassen – in der *Traumasyntese* sollen an die Stelle unkontrollierter Intrusionen und Flashbacks gesteuerte Erinnerungen, an die Stelle fragmentierter Erinnerungen *ein ganzheitlich geschlossenes Narrativ des Geschehens* treten, dies geschieht zum Beispiel durch EMDR oder andere Formen kognitiver Umstrukturierung,

- die *Exposition* in sensu (imaginiert, z. B. mit Beobachter- und Bildschirmtechnik, EMDR) und in situ (real, wird jedoch selten angewendet) – eine Traumaexposition war dann erfolgreich, wenn die Traumatisierte das Ereignis erinnern kann, aber nicht muss, ohne dabei und davon Symptome zu bekommen,
 - die *Behandlung dissoziativer Symptome* durch Förderung der Binnenkommunikation, Reduktion dissoziativer Bewältigungsmuster im Alltag durch Erarbeitung von Alternativen und durch die Stärkung der Steuerungsfähigkeit;
- *psychodynamische Techniken* zur Förderung der Selbstfürsorge, des Selbstbezugs, der Nachversorgung verletzter und vernachlässigter Selbstanteile, der interpersonellen Bindungs- und Beziehungsfähigkeit, der Autonomie, der Nähe-Distanz-Regulation, des Wachstums und der Reifung.

Äußere Sicherheit, optimale soziale Unterstützung und Verbundenheit mit Natur gelten als hilfreiche Rahmenbedingungen.

Besonderheiten der konfrontativen Behandlung bei Klientinnen mit komplexen dissoziativen Störungen

Grundsätzlich besteht ein erhöhtes Risiko einer Destabilisierung durch das *Durchbrechen der Erinnerungsbarrieren* während der Konfrontation, insbesondere wenn sie unkontrolliert, ohne langfristige therapeutische Einbindung und ohne parallel aktivierten Zugang zu Ressourcenzuständen stattfindet.

Zu beachten ist außerdem, dass bei Dissoziation während der Konfrontation nachweislich auch die *Fähigkeit zum Lernen* eingeschränkt ist, so dass davon auszugehen ist, dass die Klientin während eines dissoziativen Zustandes nicht von therapeutischen Interventionen profitieren kann und der Prozess unterbrochen werden muss, bis die Klientin wieder ganz bewusst ansprechbar ist.

Die *Fähigkeit zur Selbstfürsorge* ist ein entscheidender Gradmesser dafür, ob der Zeitpunkt für die Durchführung konfrontativer Arbeit angebracht ist. Es sollte in besonderem Maße darauf geachtet werden, dass in jeder Aufstel-

lung *Erfahrungen von Bewältigung* gemacht werden können (Sachsse u. Sack, 2012, S. 35).

Komplexe PTBS-typisches Vermeidungsverhalten bezüglich innerer Wahrnehmungen führt dazu, dass bedrohliche Emotionen von der Klientin abgespalten und von der Therapeutin nicht wahrgenommen werden, so dass sich aus der *Gegenübertragung* keine verlässlichen Informationen für die Steuerung der Therapie ableiten lassen. Weiterhin kann es auf der Ebene der *therapeutischen Beziehung* zu Komplikationen kommen, wenn pathogene Kindheitsmuster entsprechend dem Bindungsmuster Typ D (desorganisierte Bindung) regressive States mobilisieren oder wenn traumatische Erfahrungen getriggert werden. In Langzeit(-Einzel-)therapien besteht die Gefahr langfristiger Abhängigkeitsverhältnisse mit konfusen, widersprüchlichen Beziehungsmustern. Oft hängt das mit der eingeschränkten Mentalisierungs-Fähigkeit komplex traumatisierter Menschen zusammen, die es ihnen schwer macht, sich in andere Menschen einzufühlen und eine realistische Idee darüber zu entwickeln, was im Gegenüber vor sich geht (S. 74). Hier ist ein *mentalisierungsförderndes therapeutisches Verhalten* durch Etablierung der Metaebene notwendig.

Aktuelle Entwicklungen in der Traumatherapie – was ist neu?

Desensibilisierung, Stabilisierung und Konfrontation

Eine der Hauptfolgen des Traumaerlebens im klinischen Sinn der PTBS ist die Sensibilisierung des Stressverarbeitungssystems, die sich in verschiedenen Symptomen mit unangemessenen und übermäßigen Reaktionen auf gegenwärtige Stresssituationen zeigt (vegetative Übererregung, Dissoziation, Suchtdruck, Schneidedruck, Suizidalität; Sachsse u. Sack, 2012, S. 26). Ein Großteil der Behandlung von Traumafolgestörungen liegt demzufolge in der Desensibilisierung dieses Verarbeitungssystems. Neueren Untersuchungen zufolge (S. 27) ist die Kombination von Ressourcenarbeit und Exposition mit dem Ziel der Desensibilisierung die wirksamste Methode in der psychotherapeutischen Bearbeitung komplexer Traumafolgestörungen. Traumaexpositionsmethoden sollen die erlebte Intrusion und das kognitive Wachbewusstsein *gleichzeitig oder im raschen Wechsel* aktivieren – auf der Basis vorhandener aktivierter oder in der Therapie generierter Ressourcen. Wo vormals die Phasenorientierung mit dem Primat einer langen Stabilisierung vor jeglicher Exposition betont wurde, wird heute also eine Verzahnung von Traumafokussierung und Ressourcenorientierung angestrebt: Eine einseitig stabilisierende Behandlung, wie sie lange

Zeit insbesondere in der Psychodynamisch Imaginative Trauma Therapie (PITT) nach Luise Reddemann propagiert wurde, könne auf der einen Seite Vermeidungsverhalten fördern und die Selbstwahrnehmung als Opfer, das besonderen Schutz braucht, verstärken, die konfrontative Behandlung könne auf der anderen Seite zu einem angstbesetzten Ziel werden, das (wenn überhaupt) erst nach langer Vorbereitung erreichbar wird, wodurch psychisches Leiden verlängert werden könne. Stabilisierung findet also nach neuesten Erkenntnissen nicht vor, sondern im Laufe der Konfrontation mit traumabezogenen Phänomenen statt. Dabei bedeutet Stabilisieren Förderung der Alltagsfunktionalität und Ressourcenaktivierung die Aktivierung von Veränderungspotenzialen (Sachsse u. Sack, 2012, S. 30). Und so gilt jetzt: *Stabilisierung durch Konfrontation und Konfrontation durch Stabilisierung*.

Die Konfrontation (S. 36) mit Traumainhalten und Traumafolgesymptomen mit dem Ziel einer zunehmenden Distanzierung soll jedoch *schonend* gestaltet werden und so eine Reduzierung des Vermeidungsverhaltens bewirken und zum Erhalt bzw. der Rückgewinnung von Lebensqualität und zur Stabilisierung beitragen. Mit der Stabilisierung verbundene Erfahrungen von Wirksamkeit können zur Erweiterung von Ressourcen führen, die wiederum die Basis dafür darstellen, sich der Konfrontation mit weiteren Fragmenten der traumatischen Erinnerungen zu stellen. So entwickelt sich nach und nach ein stabilisierender Kreislauf. *Schonende Konfrontation* bedeutet in diesem Zusammenhang auch, dass die bekannten Desensibilisierungs- und Konfrontationstechniken wie EMDR oder Bildschirm-/Beobachtertechnik vor der Bearbeitung traumatischer Erfahrungen zunächst auf die Alltagssymptomatik und die gegenwärtige innere Not der Klientin und somit *an der Gegenwart orientiert* werden, eine Umkehr der klassischen Reihenfolge der zu konfrontierenden Ereignisse.

Ziel ist die *Traumasyntese*, die zu einem gestalthaft ganzheitlichen Erleben und Ertragen von Wort, Bild, Affekt und Körpersensation führt, sowie die *Traumaintegration*, in der die fragmentarischen Informationen des impliziten Gedächtnisses in das verbale, explizite Gedächtnis und Wachbewusstsein integriert werden (S. 26). »Aus unerträglichen und unkontrollierten Intrusionen und Flashbacks sollen erträgliche und kontrollierbare Erinnerungen werden« (S. 26), so dass für die Klientin die Veränderung des traumatischen Narrativs möglich wird. Dem traumatischen Kontrollverlust mit dem Erleben maximaler Hilflosigkeit und existenzieller Bedrohung in einem Zustand des Ausgeliefertseins steht die salutogenetische Vorstellung von Gesundheit und Stabilität mit einem Grundgefühl von Überschaubarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens gegenüber (S. 30).

Konsolidierung der Erinnerung

In der neuronalen Verarbeitung von Erinnerung stellen Träume und traumverwandte Prozesse wie Tagtraumtechniken (z. B. Kathartym-Imaginative Psychotherapie) wichtige Bausteine des traumatischen Verarbeitungsprozesses dar. Der Zugang zu (traumatischen) Erinnerungen ist die Voraussetzung für ihre therapeutische Verarbeitung. Damit eine Erinnerung jedoch zugänglich bleibt, muss sie beispielsweise im Traumschlaf wiederholt aktiviert und dann wieder zellulär abgespeichert (konsolidiert) werden. Während der Aktivierung befindet sich die Erinnerung jedoch in einem labilen Zustand, das heißt, dass Störungen im Prozess der Konsolidierung zu einem Verlust der Erinnerung führen können. Gleichmaßen gilt aber auch, dass Erinnerungen in der labilen Phase potenziell verändert bzw. neuronal neu vernetzt werden können (Nader, 2003, zit. nach Sack, 2016, S. 25). Unterstützung des Heilungsprozess heißt demnach, die organischen Impulse des neuronalen und psychischen Systems neben der Arbeit mit Träumen auch durch hypnotherapeutische und imaginative Interventionen oder Tagtraumtechniken mit allen Sinnesmodalitäten zu unterstützen. Aufstellungsarbeit weist viele Merkmale strukturierter imaginativer Arbeit auf und ist somit für diesen Unterstützungsprozess in besonderem Maße geeignet – sofern mit der Kehrseite der Labilisierung, der Störbarkeit, behutsam umgegangen wird.

Psychosoziale Komponenten der Traumaverarbeitung

Wo der Fokus der klassischen PTBS-Definition bisher zentral auf dem Individuum, dessen Symptomatik und Bewältigungsstrategien lag, hat sich nun der Blickwinkel erweitert: Familiären Prädispositionen und transgenerationalen Traumatisierungen, aber auch dem sozialen Kontext der Traumabewältigung werden eine wesentlich größere Bedeutung beigemessen. So wird zum Verständnis einer kTFS zusätzlich zur Vulnerabilität des Individuums die »Verstärkung bereitliegender familiendynamischer Probleme« (Sachsse u. Sack, 2012, S. 28) einbezogen. Traumaverarbeitung wird als psychosoziales Ereignis verstanden, zu dessen Verarbeitung soziale Sicherheit, Solidarität und Diskurs wichtige Faktoren darstellen (S. 87). Das bedeutet für soziale und therapeutische Unterstützungssysteme in der Begegnung mit Traumaklientinnen (vgl. S. 87):

- Intrusionen zulassen,
- immer wieder über das traumatische Ereignis reden lassen, aber nicht ausfragen oder »ausquetschen«,

- das Gesagte mit ungeteilter Loyalität akzeptieren: »Du hast recht, das war Unrecht, dich trifft keine Schuld, das hast du nicht verdient« – mögliche Kritik kommt zu einem späteren Zeitpunkt,
- gleichzeitig beruhigen: »Es ist vorbei«, »Jetzt bist du sicher«, »Alles wird wieder gut«,
- Sicherheit für einen sicheren Schlaf geben,
- das Verträumen zulassen und bei Albträumen beruhigen.

Auf dem Hintergrund neuerer Forschungsergebnisse aus der Epigenetik, in denen nachgewiesen wird, dass durch Traumatisierungen erworbene Schädigungen in die nächste Generation vererbt werden, werden dringend gesellschaftliche Konsequenzen wie Prävention und frühe Hilfen gefordert (S. 56).

Körperorientierung und Verständnis somatischer Symptome

Bei »somatoforme[n] Intrusionen [... können] körperorientierte Interventionen [...] sehr hilfreich sein, z. B. durch Aktivierung von Körperressourcen als ›Gegenmittel‹ und Möglichkeiten zur Selbsthilfe« (Sachsse u. Sack, 2012, S. 5). Hiermit soll das Aufgeben von Vermeidungsverhalten bezogen auf den eigenen Körper unterstützt werden, damit die Klientinnen wieder einen funktionalen Umgang mit ihrem Körper entwickeln können. Die Behandlung unterscheidet sich nicht von der anderer impliziter traumatischer Erinnerungen und soll »die Verarbeitung und Integration maladaptiver somatosensorischer Informationen« fördern, um eine »Aktualisierung, Neubewertung und Verknüpfung mit funktionalen Informationen« (S. 58) zu ermöglichen.

Auch bei der Behandlung körperlicher Erkrankungen wird empfohlen, die erhöhte Stressvulnerabilität bei traumatisierten Patientinnen zu berücksichtigen (S. 59).

Was folgt daraus für die Arbeit mit Aufstellungen?

Die aufgezählten Spezifika bei komplexer PTBS sowie die Veränderungen in den Konzepten zur Traumatherapie beinhalten sowohl Bestätigungen der Traumakompatibilität von Aufstellungsarbeit als auch wichtige Hinweise zu ihrer Modifizierung. Aufstellungsarbeit ist in vielen Aspekten ein konfrontatives Verfahren und muss dementsprechend achtsam und schonend eingesetzt werden. Grundsätzlich ist eine aufmerksame und differenzierende Betrachtungsweise der Geschichte und Symptomatik unserer Klientinnen angebracht, auf deren Basis

wir unterscheiden können, welche Aspekte der Aufstellungsarbeit für Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen hilfreich sind, wann und wie sie entweder »traumakompatibel« modifiziert und auf die Bedürfnisse der Klientinnen abgestimmt werden müssen oder wo Aufstellungsarbeit komplett kontraindiziert ist.

Bestandsaufnahme: Traumatherapeutische Potenziale von Aufstellungsarbeit im »Standardsetting«

Ich habe an anderen Stellen bereits die Potenziale der Aufstellungsarbeit in der Traumatherapie nachgewiesen (Eidmann, 2009, 2012; Eidmann u. Hüther, 2008) und fasse hier die Ergebnisse nur zusammen.

Aufstellungsarbeit erlaubt wie alle szenischen Verfahren durch die Veranschaulichung und ganzheitliche Wahrnehmung die *Steuerung von Distanzierung und Annäherung*. Im Kontext von komplexen PTBS ist in der Regel die Möglichkeit der Distanzierung durch *Externalisierung* relevant. Denn hier können das Trauma und die von seinen Folgen betroffenen Selbstanteile von Klientin, Gruppe und Therapeutin als ein drittes Objekt im Außen betrachtet werden. In dieser Weise können Aufstellungen auch im Sinne von *Beobachter- oder Bildschirmtechnik* und somit auch zur *Desensibilisierung* genutzt werden.

Aufstellungsarbeit kann *Psychoedukation* veranschaulichen. Darüber hinaus können auch spontane Aufstellungen der Interaktionen eines Binnensystems als Illustration traumabedingter Prozesse betrachtet werden, die zum kognitiven Verständnis der Klientin für ihre Symptomatik beitragen. Ähnlicher Erkenntnisgewinn entsteht auch bei der Betrachtung traumabedingter Beziehungsorganisationen von Familiensystemen und deren sozialer und politischer Eingebundenheit, wie die Arbeit mit Stellvertretern sie ermöglicht.

Hier liegt darüber hinaus eine Erweiterung der klassischen Traumatherapieverfahren vor: Oft wird dort nämlich das Individuum isoliert betrachtet und lediglich sein Binnensystem fokussiert. Dissoziation bestimmter Sensibilitäten, Vermeidung und Abspaltung können aber oft erst im Zusammenhang des *Bezugssystems Familie oder des gesellschaftlichen Kontextes* als Begrenzungen familiärer wie individueller Verarbeitungsmöglichkeiten verständlich werden. Ohne die Berücksichtigung der hier herrschenden Bedingungen besteht die Gefahr der Destabilisierung, wenn die traumatherapeutische Arbeit zu einem (Loyalitäts-)Konflikt mit den Regeln des Bezugssystems führt.

Aufstellungsarbeit in der Gruppe bewegt sich in einem Zwischenstatus zwischen Imagination und Realität – und stellt damit einen *Übergangsraum* dar, wie Winnicott ihn definiert. In diesem geschützten Raum können durch Aufstellungen innere Bilder mit der Realität abgeglichen werden und als Probe-