

Trauma und symbiotische Verstrickungen – von der Familien- zur Traumaufstellung¹

von Prof. Dr. Franz Ruppert

Zusammenfassung

Aufstellungen sind eine Methode, die man für Therapie- und Beratungsprozesse unterschiedlich angewenden kann. Verknüpft man z.B. die Erkenntnisse der Bindungstheorie mit denen der Psychotraumatologie, so ergeben sich völlig neue Möglichkeiten, Aufstellungen für psychotherapeutische Zwecke zu nutzen. Die ursprünglich von Bert Hellinger entwickelte „Familienaufstellung“ kann zur „Traumaufstellung“ werden, wenn das Verständnis sowohl für klassische Traumata (lebensbedrohliche Situationen und schmerzliche Verluste) wie für Bindungstraumata gegeben ist. Wenn Kinder versuchen, sich an traumatisierte Eltern zu binden, geraten sie in den Zustand eines Symbiosetraumas. Daraus entstehen symbiotische Verstrickungen. In der Praxis zeigt sich häufig: Erst wenn die kindlichen Überlebensstrategien, die aus einem Symbiosetrauma entstehen, aufgegeben werden, ist die Auseinandersetzung mit dem eigenen Trauma möglich und der Zugang zu den ursprünglich eigenen Gefühlen geöffnet.

Wenn die Wissenschaft der Psychotraumatologie einem mehrgenerationalen Ansatz folgt, dann werden auch psychiatrische Störungsbilder, die bislang große Rätsel aufwerfen (z.B. Schizophrenien und Psychosen), erklärbar und können nicht nur, wie bislang, pharmakologisch, sondern gezielt traumatherapeutisch behandelt werden.

Schlüsselwörter

Traumata, Bindungsstörungen, Persönlichkeitsspaltungen, mehrgenerationale Übertragung von Traumata, Traumaufstellung, Familienaufstellung, Symbiosetrauma, symbiotische Verstrickung

Summary

The Constellations method can be applied in different ways. If one connects bonding theory with the knowledge of psychotraumatology it is possible to use constellations for a new approach in psychotherapy. Family constellations originally were developed by Bert Hellinger and with a profound modification they can be transformed into trauma constellations. Therefore it is necessary to understand both classical types of trauma – trauma of existential threads, loss trauma – and bonding traumas that result from the entanglement of children with their traumatized parents. The specific approach of trauma constellations in compare to family constellations is shown in this paper.

Keywords

Trauma, bonding disorders, splits of personality, transgenerational effects of trauma, family constellations, trauma constellations, symbiotic entanglement

1 Aufstellungen als Weg der Erkenntnis

1994 kam ich erstmals in Kontakt mit Familienaufstellungen. Bert Hellinger veranstaltete an der Universität München einen Workshop zum Thema „Borderline-Störungen“. Die Bereitschaft, mit der hier Menschen ihre Lebensgeschichten und seelischen Leiden offenbarten, beeindruckte mich sehr. Bisher dachte ich, Psychotherapie könne nur hinter verschlossenen

¹ Erstmals publiziert 2009 in der Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin, 4, S. 69-79

Türen stattfinden. Gegenüber der Methode der Familienaufstellung schwand meine anfängliche Skepsis, nachdem ich bei diesem Workshop zweimal in Stellvertreterrollen gewählt worden war. Ich spürte, dass ich durch die jeweilige Rolle von etwas Fremden ergriffen wurde, das nicht deckungsgleich war mit meinen eigenen Empfindungen und Lebenserfahrungen. Die Faszination für die Aufstellungsmethode ergriff mich von diesem Tag an und führte dazu, dass ich Aufstellungen für das Verstehen meiner eigenen Lebens- und Familiengeschichte zu nutzen begann. Ich bildete mich darin fort und leitete schließlich bald selbst Aufstellungsgruppen. Hellingers Grundannahme, die Ursachen für individuelle Probleme in der Verstrickung eines Menschen in seinem familiären Herkunftssystem zu orten (Hellinger 1994, Weber 1998), überzeugte mich immer mehr, je mehr Menschen ich therapeutisch begleiten konnte. Gleichwohl teile ich das zunehmend ins mystische abgleitende Welt- und Menschenbild Bert Hellingers heute nicht mehr.

Meine Begeisterung für die Aufstellungsmethode hält an, weil ich sehe, welche tiefgreifenden Veränderungen sie bei Menschen bewirken kann. Allerdings hatte ich 1994 noch keine Ahnung von Trauma und Traumatheorie. Zunächst eröffneten mir Familienaufstellungen einen tieferen Zugang zum Thema zwischenmenschliche Beziehungen und zu dem, was Beziehungen fördert und behindert. Dass hinter Beziehungen „seelische Bindungen“ wirken, wurde mir aber erst durch die Lektüre des Werkes von John Bowlby (1911-1990), dem Begründer der Bindungstheorie (Bowlby 2006 a, b, c), deutlich. Mit Bezug auf das Phänomen der Bindung und das Konzept der Bindungsstörungen (Brisch 1999) konnte ich vieles besser verstehen, was in Familienaufstellungen zum Ausdruck kommt, warum Paarbeziehungen gestört sind und worunter Kinder in Bezug auf ihre Eltern und Geschwister leiden. Familienaufstellungen machen gestörte Bindungsbeziehungen unmittelbar sichtbar – wenn man weiß, dass hinter den Beziehungen seelische Bindungen am wirken sind.

Warum aber sind Eltern-Kind-Bindungen zuweilen derart gestört, obwohl sie doch eigentlich das Fundament psychischer Sicherheit und Stabilität (Grossmann und Grossmann 2004) sein sollten? Warum oft schon seit Generationen in einer Familie? Warum vernachlässigen Eltern ihre Kinder, warum misshandeln und missbrauchen sie sie? Warum sind sie ihren Kindern gegenüber hilflos und können ihnen keine Grenzen setzen? Warum klammern sich gerade solche Kinder, deren Elter nicht gut für sie sorgen, umso stärker an sie? Warum bleiben manchen Menschen trotz erheblicher Lebensschicksale und großer familiärer Belastungen scheinbar gefasst, während andere von einem Problem ins andere taumeln oder wieder andere plötzlich und unvermutet in ein seelisches Chaos abstürzen?

Je besser ich diese Problematiken erkannte und je präzisere Fragen ich stellen konnte, desto deutlicher wurde mir, dass sie mit Bezug auf die von Hellinger postulierten „Ordnungen der Liebe“ und mit den Mitteln einer „klassischen Familienaufstellung“ nicht wirklich lösbar sind. Um die Ursachen tief gestörter Eltern-Kind-Bindungen zu verstehen, kam mir die Traumatheorie zu Hilfe. Das Wissen um die Entstehung und den Verlauf von psychischen Traumatisierungen ermöglichte mir zu erkennen, dass viele Äußerungen von Stellvertretern in Familienaufstellungen Hinweise auf Traumatisierungen sind. Menschliches Leid und „Schicksal“ kann, wissenschaftlich gesehen, als „Trauma“ bezeichnet und schlüssig erklärt werden. Die Lektüre traumabezogener Literatur (u.a. Fischer und Riedesser 1999, Herman 2003, Huber 1998, 2003) wurde für mich zu einer Quelle vieler theoretischer Erkenntnisse. Die „Psychotraumatologie“ ist ein Wissensgebiet von enormer Breite und Tiefe (Fischer 2000, 2005). Psychotraumatologisches Wissen kann ich in meiner psychotherapeutischen Arbeit und beim Leiten von Aufstellungen unmittelbar anwenden.

Dieses Wechselspiel zwischen Theorie und Praxis führte dazu, dass ich Schritt für Schritt eine eigene Theorie entwickeln konnte, die „mehrgenerationale systemische Psychotraumatologie“ (Ruppert 2001, 2002, 2005 und 2007). Die von mir geleiteten Aufstellungen mit dem Fokus „Familie“ wurden Zug um Zug Aufstellungen mit dem Ziel, traumatische

Verstrickungen aufzulösen und Traumata bei Klienten in einen Heilungsprozess zu bringen. Aus „Familienaufstellung“ wurden „Traumaaufstellungen“.

2 Mehrgenerationale Psychotraumatologie

2.1 Klassische Traumata – Todesängste und Verluste

Worum geht es, wenn Menschen wegen ihrer persönlichen Probleme Rat und Hilfe suchen? Hierzu ein kleines Beispiel. Frau M. schildert ihre Situation wie folgt: „Ich habe im September 2007 Panik und Angstattacken bekommen. Damals war mein Sohn 7 Monate alt und ich lebte mit dem Vater meiner Kinder in einem Haushalt. Meine Zustände wurden so schlimm, dass ich einen Nervenzusammenbruch erlitt. Ich habe bis Juli 2008 eine stationäre Therapie gemacht. Ich war wieder in einer sehr guten Verfassung. Im August 2008 kam meine Tochter zur Welt. Da meine Gesundheit sich nicht besserte, sondern sie sich nur verschlimmerte, wurde mir im Januar 2009 vom Jugendamt das Sorgerecht für meinen Sohn entzogen. Mein Ex-partner und ich streiten jetzt um das Sorgerecht für meinen Sohn. Wenn meinem damaligen Lebensgefährten das Sorgerecht zugesprochen wird, mein Sohn von mir und seiner Schwester getrennt aufwächst, was könnte das für Folgen für meine Kinder haben und vor allem, wie würde mein Sohn sich entwickeln?! Der Kindesvater ist Schichtarbeiter, mein Sohn wird ganztägig von seiner 78 jährigen Ur-Oma betreut. Da ich zurzeit krankgeschrieben bin und nicht arbeiten muss, und mein Sohn sich nach wie vor bei mir sehr wohl fühlt, wäre er bei mir besser aufgehoben! Wie könnte ich dem Kindsvater und dem Jugendamt die Augen öffnen, damit meine beiden Kinder keine psychischen Probleme bekommen müssen durch die Trennung von mir?“

Was ist der Ausgangspunkt für die verfahrenere Lebenssituation von Frau M.? In erster Hinsicht sind es offenbar ihre Panikattacken, die sie bekam, als ihr Sohn sieben Monate alt war und die sich nach zwischenzeitlicher Besserung auch nach der Geburt ihrer Tochter wieder einstellten. Was sind Panikattacken und woher kommen sie? Panikattacken sind extreme Ängste, die mit Zittern, Atemnot, Schweißausbrüchen, Todesangst und oft auch mit dem Gefühl einhergehen, vor Angst verrückt zu werden (ICD 10, F 41). Der Betroffene hat keine Vorstellung, woher diese Angst kommt. Sie überfällt ihn plötzlich und er versucht dann alles, um eine solche Angstattacke zukünftig nicht mehr erleben zu müssen. Er lässt in der Regel seinen Körper medizinisch nach organischen Ursachen für die Angstsymptome durchleuchten, vermeidet bestimmte Situationen und konsumiert Beruhigungsmittel.

Panikattacken sind jedoch nach meinen Erfahrungen in erster Linie Symptome, die auf ein Trauma hinweisen. Als Trauma versteht man das Erleben einer Situation, der ein Mensch hilflos und ohnmächtig ausgeliefert ist. Er ist Kräften ausgesetzt, die sein Leben bedrohen. Das können Naturkräfte sein (ein Wirbelsturm, eine Flutwelle, ein Feuerinferno ...), oft aber sind es andere Menschen, die eine Lebensgefahr darstellen. Die Bedrohungen, die von zwischenmenschlicher Gewalt ausgehen (z.B. Soldaten schießen auf andere Soldaten, Männer vergewaltigen Frauen, Eltern misshandeln ihre Kinder), wird von uns Menschen als wesentlich unerträglicher erlebt, als Naturgewalten ohnmächtig ausgeliefert zu sein. Ebenso wird Gewalt, die von Menschen ausgeht, mit denen man emotional verbunden ist, als schlimmer empfunden als Gewalt, die von unbekanntem und fremden Personen ausgeübt wird.

Um in einer Traumasituation nicht vor Angst zu sterben, völlig „durchzudrehen“ und den Verstand zu verlieren, gibt es gehirnphysiologische und innerseelische Schutzmechanismen.

- Einfrieren und körperlich-seelisch zu erstarren ist der eine Notfall-Mechanismus. Der in der Traumasituation anfänglich aufgebaute extreme Stresszustand eines Menschen wird ab einem bestimmten Punkt in diesem Geschehen gleichsam auf Null ge-

setzt. Dies bedeutet das Aufgeben des Versuchs, durch eigenes Handeln der Traumasi-tuation entkommen zu können. Der Überlebensschutz richtet sich nun darauf, nicht an der eigenen Übererregung zu sterben. Ansonsten bleibt es dem Zufall überlassen, ob eine äußere Gewalt den Körper zerstört oder nicht. Der Vorteil der Erstarrung ist zu-dem, dass der betroffene Mensch den ihm zugefügten Schmerz nicht mehr spüren muss. Aus Nahtod-Berichten wissen wir, dass Menschen den Übergang vom Leben zum Tod zuweilen sogar als beglückend empfinden. Dies könnte damit zu tun haben, dass unser Gehirn unter extremen Bedingungen ebenso extreme Gegenreaktionen auf-baut. Nicht aushaltbarer Schmerz veranlasst eine übermäßige Produktion körpereige-ner Betäubungsmittel, extremes Unwohlsein führt zu einer Freisetzung aller verfügba-ren Neurotransmitter und Hormone, um Lust- und Wohlbefinden zu ermöglichen. Da-her sind bei uns Menschen Angst-, Schmerz- und Lustempfindungen oft eng mitein-ander gekoppelt. Daher zuweilen das unvermittelte Umschlagen einer Depression in eine Manie.

- Ein zweiter wichtiger Schutzmechanismus, um eine Traumasituation zu überleben, ist „Dissoziation“ und „seelische Spaltung“. Dissoziation bedeutet, dass die bereits er-reichte Integration des psychischen Erlebens und Empfindens wieder aufgelöst wird (Putnam 2003). Wahrnehmen, Fühlen, Vorstellen, Denken, Erinnern und Handeln bil-den keine Einheit mehr. Sie zerfallen in isolierte psychische Vorgänge. Zu einer Wahrnehmung gibt es dann z.B. kein Gefühl mehr, Gedanken kreisen ohne Gefühle endlos um bestimmte Themen, bei intensiven Gefühlen fehlen entsprechenden Erinne-rungen und das Handeln läuft ohne den Bezug auf die Wahrnehmung der gegenwärtigen Situation automatisiert, reflex- und zwanghaft ab.

Die therapeutische Arbeit mit vielen Patienten, die Traumatisierungen erfahren haben, eröff-nete mir nach und nach die Möglichkeit, ein Persönlichkeitsmodell zu entwickeln, das auf dem Konzept der Teilpersönlichkeiten beruht (u.a. Watkins und Watkins 2003; Schwartz 2004). Hat eine Person Traumaerfahrungen gemacht, besteht ihre Grundstruktur demnach aus drei psychischen Kategorien:

- Persönlichkeitsanteile mit gesunden seelischen Strukturen,
- traumatisierte Persönlichkeitsanteile,
- Persönlichkeitsanteile, die Überlebens- und Schutzmechanismen repräsentieren (Ab-bildung 1).

Seelische Spaltungen nach einer Traumaerfahrung

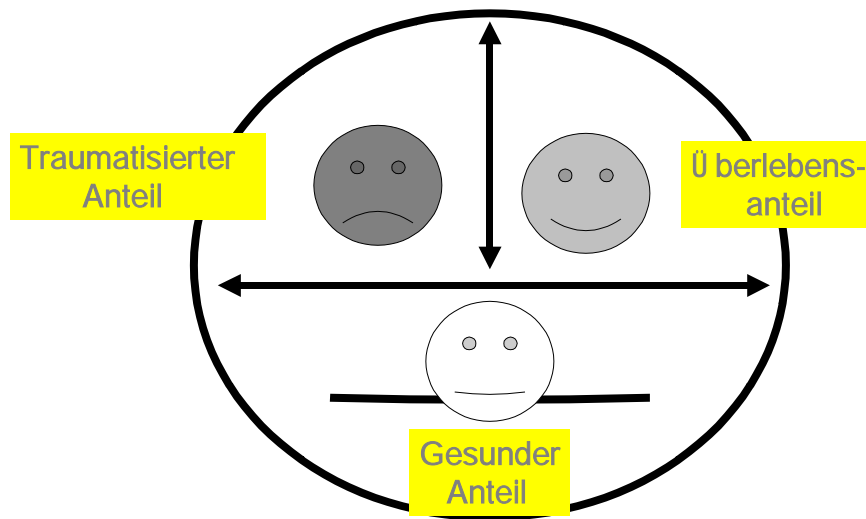


Abbildung 1: Seelische Spaltungen nach einer Traumaerfahrung

Nach dem Erleben eines Traumas spaltet sich die Persönlichkeitsstruktur auf und dieser Mensch lebt zukünftig in unterschiedlichen Persönlichkeitsanteilen weiter. Unmittelbar nach der Traumaerfahrungen sind vor allem die Schutzmechanismen am Werk, welche in der Traumasituation entstandene Wahrnehmungen, Gefühle und Gedanken aus dem Bewusstsein fernhalten und verdrängen. Die Schutzmechanismen arbeiten daran, die seelische Stabilität durch das Aufbauen der innerseelischen Spaltung wiederzuerlangen. Dazu versuchen sie in erster Linie zu vergessen, zu verdrängen und die Erinnerung an das Trauma im Gedächtnis auszulöschen. In diesen Prozess fließt fast alle Energie eines Trauma-Überlebenden. Für Persönlichkeitsanteile, die gesunden Strukturen repräsentieren, bleibt wenig innerseelischer Raum. Sorgfältige Analysen des Geschehenen, die sachliche Frage nach der möglichen Wiederholbarkeit der Traumasituation, die kritische Prüfung der Konsequenzen der extremen Schutzmechanismen für die eigene Gesundheit und für die Beziehungen mit anderen, bleiben auf der Strecke, weil Angst und Übererregung permanent die Überlebensanteile auf den Plan rufen. So können sich die Schutzmechanismen mit der Zeit verselbständigen und bestimmen auch dann noch das innere Erleben und das Handeln, wenn die Möglichkeit einer erneuten Traumatisierung nicht mehr gegeben ist (z.B. weil die Kriegssituation nicht mehr besteht). Wenn man mit erwachsenen Menschen arbeitet, die Traumata in ihrer Biographie erleiden mussten, akut aber nicht mehr bedroht sind, kann man verschiedene Schutzmechanismen beobachten, die sich gleichsam zu Überlebens-Persönlichkeiten verselbständigt haben:

- Belastende Erinnerungen an die eigene Vergangenheit werden radikal verdrängt und vermieden („Nur nichts wachrufen!“).
- Die eigenen Impulse, Empfindungen und Gedanken, die an ein traumatischen Geschehen erinnern könnten, werden extrem unterdrückt. („Alles im Griff!“)
- Auch andere Menschen (z.B. Partner, eigene Kinder oder Arbeitskollegen) werden zwanghaft kontrolliert, damit sie keine traumatischen Lebenserfahrungen thematisieren. („Nicht weinen! Es ist doch alles gut!“)
- Durch die Verdrängungs- und Kontrollmechanismen entsteht eine innere Leere, die durch äußere Reizüberflutung kompensiert wird (durch übermäßiges Essen, rastlose

berufliche oder sportliche Aktivitäten, durch Drogenkonsum, durch Fernsehen ...). („Man gönnt sich ja sonst nichts!“)

- Es wird eine innere Welt von Illusionen, zuweilen überbordenden Phantasien und märchenhaften Wunschvorstellungen geschaffen. Auf intellektuellem Gebiet werden Philosophie- und Theoriegebäude errichtet, in denen alles, nur nicht das Konzept Trauma als Ursache von Problemen vorkommen darf. („Da müsste ja dann jeder traumatisiert sein!“)
- Ärztliche, psychotherapeutische oder pädagogische Hilfe wird zugelassen, solange sie nur die vielfältigen körperlichen, seelischen oder sozialen Folgesymptome eines Traumas berührt nicht aber ihren wahren Grund. („Ich möchte einfach nur meine Angst loswerden!“)
- Es werden immer wieder neue innere Spaltungen erzeugt, wenn die genannten Strategien den Dienst versagen, die unverdauten Traumaerinnerungen aus dem Bewusstsein fern zu halten.

Während diese Schutzmechanismen für das Überleben eines Traumas während und eine gewisse Zeit nach der Traumaerfahrung dringend notwendig und unverzichtbar sind, werden sie, langfristig gesehen, selbst zum größten Problem.

- Sie lassen die betroffene Person weiterhin so reagieren, als sei die Traumasituation noch aktuell, selbst wenn sie schon lange vorbei ist.
- Sie verhindern und behindern eine seelische Aufarbeitung des Traumas.
- Sie erzeugen eine „Traumablindheit“ (Riedesser 2004) und erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass ein traumatisierter Mensch erneut in eine traumatisierende Lebenssituation gerät und sich traumatisierende Beziehungskonstellationen in seinem Leben immer wieder herstellen.

Traumata, die zu Angst und Panik führen, bezeichne ich als „Existenztraumata“. Die zweite klassische Form des Traumas sind in meiner Terminologie „Verlusttraumata“, d.h. Situation, in denen ein Mensch einen anderen Menschen verliert, an den er seelisch eng gebunden ist (z.B. früher Tod der Eltern für ein Kind, Tod eines Kindes für die Eltern, Weggabe eines Kindes zur Adoption) (Ruppert 2005). Zwei neue Traumaformen kommen dann ins Spiel, wenn man in Betracht zieht, wie traumatisierte Menschen auf andere Menschen einwirken.

2.2 Bindungs- und Bindungssystemtraumata –Symbiosetrauma und symbiotische Verstrickungen

Auf der familiären Ebene setzen sich Traumatisierungen insofern fort, als traumatisierte Eltern ihren Kindern ihre traumatisierten seelischen Strukturen weiter „vererben“. Dies geschieht auf verschiedenen Weise:

- Babys erspüren in ihrem Bedürfnis nach symbiotischem Kontakt mit ihren Eltern unbewusst deren abgespaltenen Traumagefühle. Sie binden sich an diese elterlichen Erregungszustände, weil sie deren stärksten Gefühlszustände sind und mangels Vorhandensein anderer, „echter“ elterlicher Emotionen.
- Zuweilen brechen die unterdrückten Traumagefühle der Eltern stark hervor und überfluten das Kind, das sich vor dem Eindringen dieser Traumaeruptionen in sein seelisches Geschehen nicht schützen kann.
- Der elterliche Erziehungsstil ist dominiert durch Überlebens-Schutzmechanismen. Kinder werden überbehütet oder vor Gefahren zu schützen versucht, die real gar nicht existieren und stattdessen z.B. der elterlichen Kriegsvorgangene angehören.
- Umgekehrt werden Kinder vernachlässigt und nicht beschützt, wenn die Traumablindheit der Eltern eine reale Gefahr nicht zu erkennen erlaubt (z.B. wenn die Mutter se-

xuellen Missbrauch erlebt hat und immer wegsieht, wenn ihre Tochter sexuell missbraucht wird).

Durch traumatisierte Eltern geraten Kinder von Anfang ihrer Entwicklung in einen Zustand, den ich als Symbiosetrauma bezeichnen möchte. Sie sind in ihrer existenziellen Abhängigkeit von ihrer Mutter ohnmächtig, eine sichere und haltgebende emotionale Bindung zu ihr herzustellen. Deshalb müssen sie ihre Urängste, die Verlassenheits- und Todesängste darstellen, abspalten. Als Überlebensstrategie identifizieren sich solche Kinder in ihrer symbiotischen Bedürftigkeit nach Sicherheit und Halt bei Vater und Mutter unbewusst mit deren Überlebensmechanismen wie den abgespaltenen Traumaanteilen in deren Seele.

Weil ihnen traumatisierte Eltern kein zuverlässiger Spiegel und Resonanzboden für ihre eigenen psychischen Regungen sein können, können symbiotisch verstrickte Kinder nicht zwischen ihren eigenen Empfindungen und Denkmustern und denen ihrer Eltern unterscheiden. Dies kann dazu führen,

- dass die Eltern-Kind-Bindung völlig unsicher und instabil wird und die Kinder die Eltern in sich nicht als innere Instanzen repräsentieren können, die „stronger und wiser“ (J. Bowlby) sind, sondern als schwach, bedürftig oder unberechenbar.
- dass sich die Kinder von übernommenen Ängsten verfolgt fühlen, Verlustschmerz in sich tragen, Wutpotentiale in sich ansammeln oder ganze Traumasequenzen, die nicht aus von ihre eigenen Erfahrungen herrühren, durchleben, die sie plötzlich überfallen und „psychotisch“ erleben und reagieren lassen.
- dass sich Kinder nicht von ihren Eltern lösen können, weil sie deren Zustand ständig überwachen, kontrollieren und ihnen notfalls zu Hilfe kommen müssen, weil sie Mama und Papa lieben und nicht leiden sehen können.
- dass sich die Kinder später Partner suchen mit ähnlichen Traumata, wie sie ihre Eltern in sich tragen.

Dies hat zur Konsequenz, dass ein Kind seine eigenen Emotionen (Angst, Wut, Schmerz, Liebe, Freude, Scham ...) nicht altersgemäß zu entwickeln und zu steuern lernt. Ohne stabiles emotionales Fundament bleibt die Persönlichkeitsentwicklung unsicher, es kann im Extrem zur Ausbildung von schweren Persönlichkeitsstörungen kommen. Die Kinder bleiben ein Leben lang symbiotisch bedürftig und seelisch unauflöslich verstrickt mit ihren nicht erreichbaren Eltern. Je weniger Liebe auf Seiten der Eltern vorhanden ist, umso mehr lieben diese Kinder ihre Eltern.

Werden bindungstraumatisierte Kinder ihrerseits zu Eltern, so steigern sich die Bindungs- und Beziehungsprobleme zwischen Eltern und Kindern oft noch weiter und es gelingt zuweilen gar nicht mehr, stabile familiäre Beziehungsmuster zu etablieren. Die Väter sind innerlich oder tatsächlich abwesend, die Mütter alleine und überfordert mit den Kindern. Alleinerziehende Mütter haben oft wechselnde Partner – Partnern, die selbst unüberwindbare Probleme mit in die Beziehung bringen und für eine alleinerziehende Mutter eher ein weiteres bedürftiges Kind darstellen als eine verlässliche männliche Stütze für die Erziehung eines Kindes. So liegen dann Töchter und Söhne im dauerhaften Konflikt mit ihrer überforderten Mutter, klammern symbiotisch an ihr und kommen nicht in ihre Eigenständigkeit.

Persönliche und Beziehungsprobleme setzen sich auf diese Weise fort und steigern sich u.U. von Generation zu Generation, wenn fast nur noch traumatisierte seelische Strukturen und Überlebensstrategien abwechseln die Personen beherrschen und für die Entwicklung gesunder Strukturen nur wenig Raum bleibt. Zuweilen versinken dann ganze menschliche Kollektive in einem Chaos, das man dann mit einer gewissen Berechtigung als (Drogen-, Prostitutions-, Gewalt-)“Milieu“ bezeichnen kann.

Da sich Menschen mit Bindungstrauma-Erfahrungen oft ebensolche Partner suchen, kann ihre Partnerschaft oft sehr destruktiv und gewalttätig werden (Peichl 2008). Kinder müs-

sen dann Vernachlässigung, Gewalt, Übergriffe, symbiotische Vereinnahmung und sexuellen Missbrauch erdulden. Im Extrem werden Kinder auch getötet. Aus Bindungs- bzw. Symbiose-traumata werden dann Bindungssystemtraumata, weil die Menschen in solchen Familien trotzdem symbiotisch aneinander kleben und sich nicht voneinander ablösen können. Emotionale und geistige Verwirrung bestimmt dann das Familienklima und setzt sich über Generationen fort (Ruppert 2002).

Bislang scheidet die klassische Psychotraumatologie daran, psychiatrische Störungsbilder wie schwere Depressionen, Schizophrenien und psychotische Wahnvorstellungen zu erklären, weil die traumatische Situation scheinbar nicht gegeben ist. Es kommt dann zu einem Rückfall in überholte psychiatrische Erklärungsmuster, die bei diesen Störungsbildern von einer Gehirnerkrankung ausgehen (Bering und Kamp 2009). Wenig hilfreiche Dauermedikation durch Psychopharmaka werden damit weiterhin gerechtfertigt. Nur wenn die Psychotraumatologie mehrgenerational denkt und analysiert, d.h. die Übertragung von Traumata im Prozess der Eltern-Kind- und insbesondere Mutter-Kind-Bindung mit in Betracht zieht, werden auch psychiatrischen Störungsbilder psychotraumatologisch verstehbar und traumatheapeutisch behandelbar.

Werfen wir einen kurzen Blick auf das eingangs zitierte Beispiel von Frau M.. Sie sieht es richtig, dass die Trennung von so kleinen Kindern von ihrer Mutter grundsätzlich nicht gut für die Kinder ist, weil ein Kind den Kontakt zu seiner Mutter für eine gesunde Entwicklung braucht. Ihre eigene Erkrankung aber kann sie nicht als Folge einer Traumatisierung erkennen und daher auch nicht begreifen. Diese „Krankheit“ kommt und geht für sie auf unerklärliche Weise. Sie versteht daher auch nicht, dass ihre Partnerschaft aufgrund dieser Traumatisierung belastet und verstrickt ist. Sie kann die Gefahr nicht einschätzen, dass sie ihre Kinder in ihr Trauma hineinverstrickt und unbewusst schon eine Übertragung des traumatischen Geschehens auf ihre Kinder passiert sein kann. Es ist nicht auszuschließen, dass auch ihr Mann in eigene oder familiäre Traumata verstrickt ist. Jeder von beiden müsste also zuerst bei sich selbst hinsehen, wenn ihm das Wohl seiner Kinder am Herzen liegt. Eine Unterstützung von Frau M. in ihrer Überlebensstrategie, andere wegen ihres Fehlverhaltens und ihrer falschen Einstellungen anzuklagen (z.B. ihren Mann, dessen Großmutter oder das Jugendamt), würde weder ihr noch ihren Kindern weiterhelfen.

3 Jenseits von Chaos und Illusionen - von der Familien- zur Traumaaufstellung

Traumata verschwinden nicht wieder von der Bildfläche, weder auf dem individuellen Niveau, noch auf kollektiver oder globaler Ebene. Man kann sie nicht ignorieren oder verdrängen oder durch Abwehrstrategien, die sich aus Überlebensmustern speisen, überwinden. Sie müssen mit Hilfe gesunder seelischer Strukturen aufgearbeitet und in den persönlichen wie gesellschaftlichen Lernerfahrungsschatz aufgenommen werden. Der Weg der Traumaverarbeitung und –integration ist anfangs sehr angstbesetzt und schmerzhaft. Langfristig ist er eine äußerst lohnende Sache, weil er ein Lernen auf einer tiefen Ebene ermöglicht und das Entdecken von wirklichem Lebenssinn und die Unterscheidung von Wichtig und Unwichtig im Leben deutlich befördert.

Der Prozess der Traumaverarbeitung kann nach meinen Erfahrungen durch die Aufstellungsmethode unterstützt und wegen des großen Potentials dieser Methode enorm beschleunigt werden. Der Kern der Aufstellungsmethode ist die Repräsentation von Personen und inneren Strukturen durch Personen, die für den Patienten völlig fremd sein können. Der innere Zustand einer Person wird somit durch eine andere Person erfasst – ein, wissenschaftlich gesehen, im Grunde einleuchtendes Prinzip: das Messinstrument muss der Komplexität des zu messenden „Gegenstandes“ adäquat sein. Und was könnte der psychischen Struktur eines

Menschen angemessener sein als die psychische Struktur eines anderen Menschen? Joachim Bauer drückt das mit Bezug auf die Existenz von Spiegelneuronen im menschlichen Gehirn so aus: „Aus neurobiologischer Sicht besteht aller Grund zu der Annahme, dass kein Apparat und keine biochemische Methode den emotionalen Zustand eines Menschen jemals so erfassen und beeinflussen kann, wie es durch den Menschen selbst möglich ist.“ (Bauer 2005, S. 51) Wenn man es richtig erkennt und deuten kann, tritt in jeder Familienaufstellung das Phänomen der transgenerationalen Übertragung von Traumata zu Tage. Um psychotherapeutisch wirksam im Sinne einer Auflösung von Traumatisierungen und symbiotischen Verstrickungen zu arbeiten, ist es allerdings notwendig, die üblichen Vorgehensweisen bei einer Familienaufstellung erheblich zu verändern.

- Da ein traumatisierter Patient oder jemand, der symbiotisch in das Trauma seiner Eltern verstrickt ist, sowohl gesunde wie traumatisierte und Überlebens-Anteile in sich hat, stellt sich die Frage, wer stellt hier eigentlich auf? Aus welchem Anteil kommt das Anliegen für eine Aufstellung? Welcher Anteil in der Person möchte etwas verändern, welcher nicht? Per definitionem wollen gesunde Anteile grundsätzlich etwas anderes als die Überlebensanteile. Während es in der Regel ein Anliegen von gesunden Anteilen ist, „hinzusehen“, was wirklich geschehen ist, wollen die Überlebensanteile das nicht, weil sonst die Gefahr besteht, dass die von ihnen errichteten Spaltungsmechanismen nicht mehr funktionieren. Sie wollen die traumatisierten Anteile weiter aus dem Bewusstsein ausgeschlossen halten, währenddessen die traumatisierten Anteile endlich gesehen und verstanden werden wollen.
- Stellvertreter können daher nicht die Person insgesamt repräsentieren, sondern immer nur bestimmte Anteile von ihr. Legt man nicht von vorne herein fest, für welchen Anteil des Patienten ein Stellvertreter ausgewählt wird, wird dieser Stellvertreter unwillkürlich und unbewusst das als Botschaften empfangen, was der Patient ebenfalls unwillkürlich und unbewusst aus seinen unterschiedlichen Persönlichkeitsanteilen aussendet. In traditionellen eine-Person=ein-Stellvertreter-Aufstellungen kann man daher beobachten, wie die Stellvertreter zwischen verschiedenen Persönlichkeitszuständen des Patienten unwillkürlich hin und her „switchen“.
- Gleiches gilt auch für Personen aus dem Bindungssystem des Patienten. Auch bei ihnen hilft es und dient der Transparenz, wenn ihre unterschiedlichen Anteile, die aufgestellt werden, klar benannt und deutlich unterschieden werden. Es macht einen großen Unterschied, ob z.B. die Mutter in ihrem Überlebensanteil repräsentiert wird oder in ihrem traumatisierten Anteil oder in ihren seelisch gesund gebliebenen Strukturen. Ein Missbrauchstäter wird z. B. für die Patientin besser verstehbar, wenn sie sieht, dass er neben seinem Täteranteil auch Persönlichkeitsanteile hat, die „normal“ erscheinen.
- Das Ziel der Aufstellung ist nicht in erster Linie die Veränderung von Beziehungsstrukturen im Äußeren (eventuell sogar durch eine Aufstellung eine „heile Welt“ konstruieren), sondern die Veränderung der Repräsentationen dieser Beziehungsstrukturen im Inneren eines Patienten. Dazu muss der Patient motiviert und angeleitet werden, das Augenmerk auf seine eigenen inneren Strukturen zu richten und sich nicht durch symbiotisch verstrickten Beziehungsmuster in seiner Familie davon ablenken zu lassen, seine eigene Gespaltenheit zu erkennen und etwas dagegen zu unternehmen. Er muss die Illusion aufgeben können, eine sichere Bindung an seine traumatisierten Eltern zu erreichen oder diese durch sein Engagement retten zu können.
- Für die symbiotisch mit den Trauma- und Überlebensanteilen seiner Eltern und Verfahren verstrickten Anteile eines Patienten bedeutet dies, endlich loszulassen. Dazu muss beim Patienten ein klares Bewusstsein geschaffen werden, dass sowohl er sich selbst in seiner kindlichen Bedürftigkeit nach einer sicheren und haltgebenden emotionalen Bindung an die Trauma- und Überlebensstrukturen seiner Eltern klammert, als auch die Eltern mit ihren Überlebensstrategien ihn festhalten, damit sie sich nicht mit

ihren eigenen Traumata konfrontieren müssen. Der Patient muss verstehen lernen, dass solange er innerlich nicht loslässt, auch seine Eltern ihn nicht aus der Verpflichtung entlassen, sie psychisch zu stabilisieren.

- Die geschehenen Traumata müssen in einer Aufstellung zur Sprache kommen und in ihrer Tragweite verstanden werden, sowohl die selbst erlebten Traumata als auch die Traumata der Eltern, Großeltern und gegebenenfalls der Urgroßeltern.
- Da bei einer Traumakonfrontation sofort die Schutzmechanismen aktiviert werden, müssen diese innerhalb des gesamten Aufstellungsprozesses erkannt, verstanden und in ihrer Bedeutung gewürdigt werden. Ein Verstehen des Grundes für die Schutzmechanismen entmachtet sie in ihrer Bedeutung und macht sie hinterfragbar.
- Wesentlich ist, dass der Patient mit Hilfe des Aufstellungsprozesses und durch die Unterstützung des Aufstellungsleiters und eines Stellvertreters, der seine gesunden Strukturen repräsentiert, seine eigenen gesunden Strukturen weiter stärken kann.
- Die Stärkung der gesunden Anteile muss das Ziel des gesamten Therapieprozesses sein, damit die Konfrontation mit den traumatisierten Anteilen möglich und aushaltbar wird, ohne den Patienten zu retraumatisieren.

Aus den genannten Gründen habe ich meine therapeutische Arbeit mit Aufstellungen inzwischen wesentlich verändert. Zunächst war ich durch Phasen gegangen, in denen es mir die Aufstellungsarbeit ermöglichte, die Komplexität des seelischen Geschehens in familiären Beziehungssystemen grundsätzlicher zu verstehen. Deshalb kamen Aufstellungen mit sehr vielen Stellvertretern für verschiedene Personen und über viele Generationen zustande. In einer späteren Phase erhöhte sich die Komplexität der Aufstellungen noch durch die differenzierte Darstellung von Persönlichkeitsanteilen. Mit all diesen Erkenntnissen im Hinterkopf, die eine ungeheure Fülle von psychischen Dynamiken zu unterschiedlichsten Symptombildern sichtbar werden ließen, ist es mir nun wieder möglich, zu fokussieren.

Der jeweilige Patient kann gezielt an die für ihn in seiner momentanen Verfassung spezifisch notwendigen und maximal sinnvollen therapeutischen Veränderungsschritten herangeführt werden. Dazu dient in erster Linie das Anliegen, das der Patient für eine Aufstellung mitbringt. Dieses Anliegen ist der Dreh- und Angelpunkt jeder Traumaaufstellung. Das Anliegen zeigt auf, in welchem Anteil der Patient sich im Moment befindet, was die gesunden Anteile ermöglichen und was die Schutzmechanismen an Traumakonfrontation noch nicht zulassen. Daher versuche ich dieses sensible und oft fragile Verhältnis zwischen den unterschiedlichen Anteilen des Patienten im Gespräch vor der Aufstellung auszuloten und den Patienten beim Formulieren eines ihn weiterführenden Anliegens zu unterstützen. Dann bitte ich den Patienten, einen Stellvertreter für das Anliegen auszuwählen und aufzustellen. Der Patient kann sich nun, im Unterschied zu früher, nicht wieder in der Kreis der Gruppe zurückziehen. Er bleibt sofort in der Aufstellung und setzt sich mit dem Stellvertreter, den er gerade für sein Anliegen ausgewählt hat, auseinander. Aus dieser Begegnung mit sich selbst wird sichtbar, in welcher Struktur der Stellvertreter für das Anliegen des Patienten sich befindet – handelt es sich um einen Überlebensanteil oder einen traumatisierten Anteil oder kommt das Anliegen tatsächlich aus einer gesunden seelischen Struktur. Typisch für Symbiosetraumata ist es, dass der für das Anliegen aufgestellte Stellvertreter sich als eine Person entpuppt, die der Klient nicht ist, auch wenn er meint, es selbst zu sein.

In der Regel zeigt sich bei diesem Vorgehen, vor allem wenn der Patient noch am Anfang seines Therapieprozesses steht, dass in dem Anliegen zahlreiche Schutzmechanismen am Werke sind. Durch meine Interventionen halte ich den Klienten in einer Auseinandersetzung mit seinem Anliegen. Jeder weitere Schritt in der Aufstellung ist davon abhängig, wie sich diese Auseinandersetzung gestaltet. Weitere Personen bzw. Anteile von Personen werden als Stellvertreter nur noch in Ausnahmefällen hinzugenommen, wenn dies mit Blick auf das Anliegen des Patienten hilfreich erscheint. So gibt es einen unterschiedlichen Verlauf der Auf-

stellung, wenn das Anliegen sich immer mehr hin zu einem gesunden Anliegen klärt oder wenn es sich zeigt, dass der Patient noch sehr stark von seinen Schutzmechanismen beherrscht wird und große Angst vor einer weiteren emotionalen Öffnung hat. Im ersteren Falle sind in kurzer Zeit grundlegende Veränderungen möglich, die Traumata werden sichtbar, können verstanden und zugeordnet werden. Im zweiten Falle bekommt der Patient ein besseres Verständnis seiner inneren Struktur, erkennt vielleicht zum ersten Male seine Gespaltenheit und bekommt durch das klare Benennen seiner Schutzmechanismen eine erste Möglichkeit, diese aus einer Metaposition zu erleben. Dadurch können die gesunden Strukturen im Verhältnis zu den Überlebens-Strukturen gestärkt werden. Der Patient erhält deutliche Hinweise, wohin der weitere therapeutische Weg bei ihm führen kann, wenn er eine tiefgreifende Lösung für seine Probleme erreichen will. Der Wille zur Veränderung muss den Willen zur Beendigung des Traumas in der eigenen Seele und das sich Lösen aus symbiotischen Verstrickungen immer mehr an die erste Stelle rücken. Dann gelingt innere Heilung.

Das abschließende Beispiel einer Patientin mag vielleicht verdeutlichen, warum gerade bei Bindungs- und Bindungssystemtraumata das klassische Familienstellen mit seinen grundsätzlich auf Aussöhnung mit den Eltern gerichteten Ansinnen zu keiner Lösung der psychischen Erkrankungen bei Patienten führen kann und die Gefahr beinhaltet, Patienten in ihren illusionären symbiotischen Verstrickungen zu bestärken oder gar in einen Retraumatisierungszustand zu bringen. Frau D. hatte bereits eine Odyssee von Therapien und Klinikaufenthalten hinter sich, ehe sie durch Traumaufstellungen in ihrem Heilungsprozess weiter kam. Sie schreibt: „Ich habe auch viele Aufstellungen der klassischen Art gemacht, weil mir der systemische Ansatz als solcher sinnvoll erschien. Heute weiß ich, dass mich diese klassische Form immer wieder zurückgeworfen hat in mein Familiensystem und aus diesem Grund keine wirkliche Heilung erfolgen konnte. An dieser Tatsache habe ich nach all meinen leidvollen Erfahrungen nicht mehr den geringsten Zweifel! Weder das klassische Familienstellen noch die anderen Therapieformen haben berücksichtigt, dass traumatisierte Menschen mit Abspaltungen leben, ohne die sie nicht hätten überleben können, die aber wieder integriert werden müssen, um wirklich lebendig zu sein, um wirklich heilen zu können. Ich habe hinreichend erfahren, dass Therapeuten und Therapeutinnen nur so weit helfen können, wie sie selbst gegangen sind. Und ich habe nicht nur einmal erfahren, dass sie insbesondere die Auseinandersetzung und Begegnung mit Traumata abwehren, wenn sie an ihrem eigenen Trauma nicht gearbeitet haben. Doch gerade für die Traumaarbeit ist es unerlässlich, dass das Vertrauen zur Therapeutin/zum Therapeuten keinen Bruch erfährt durch deren bzw. dessen Abwehr der Wahrheit. Das stößt einen zurück ins Trauma. Therapeuten müssen die Wahrheit aushalten und sie bezeugen können, sie müssen selber wahrhaftig sein. Ich hatte den Feind im eigenen System, er war lebensbedrohlich! Wie durch ein Wunder bin ich nicht selbst verrückt geworden. Davor mag mich meine Kämpfernatur bewahrt haben und mein analytisches Vermögen. Ich hasse meine Eltern nicht mehr. Doch wenn ich mich vor etwas schützen muss, dann vor ihnen. Jede Begegnung, jeder Kontakt mit ihnen und später mit meinen verleugnenden, wenngleich doch selbst betroffenen Geschwistern, war eine Verletzung. Jedem Kontakt folgten schwerste Migräneattacken, die oftmals Notarzteinsätze erforderlich machten. Ich lebe damit, keine Familie mehr zu haben, denn in Wahrheit hatte ich doch auch niemals eine Familie! Es gibt keine „Ordnungen der Liebe“ in einer in jeder Hinsicht missbrauchenden, gewalttätigen Familie. Seit meiner ersten Traumaufstellung kann ich ohne die furchtbaren Schmerzen leben. Weitere Traumaufstellungen haben mir noch mehr Klarheit gebracht. Die Erfahrungen mit Traumaufstellungen zeigen mir durchgängig: erst wenn die Illusionen über die emotionale Erreichbarkeit der eigenen traumatisierten Eltern aufgegeben werden können, kommen Menschen bei ihren eigenen Gefühlen und damit auch endlich bei sich selbst an. Das macht am Anfang große Angst, bringt auf Dauer aber die größtmögliche innere Freiheit und Lebensfreude.“

Literatur

- Bauer, J. (2005). Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. Hamburg: Hoffmann und Campe Verlag.
- Bering, R. & Kamp, M. (2009). Zur Indikation und Kontraindikation von hochpotenten Neuroleptika beim psychotischen Verlaufstyp von Traumafolgestörungen. Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin, 3, S. 37-46.
- Bowlby, J. (2006a). Bindung. München: Reinhardt Verlag.
- Bowlby, J. (2006b). Trennung. München: Reinhardt Verlag.
- Bowlby, J. (2006c). Verlust. München: Reinhardt Verlag.
- Brisch, K. H. (1999). Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1998). Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Reinhardt Verlag.
- Fischer, G. (2000). Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie – MPTT. Manual zur Behandlung psychotraumatischer Störungen. Heidelberg: Asanger Verlag.
- Fischer, G. (2005). Konflikt, Paradox und Widerspruch. Für eine dialektische Psychoanalyse. Kröning: Asanger Verlag.
- Grossmann, K. & Grossmann, K.E. (2004). Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. Stuttgart; Klett-Cotta Verlag.
- Hellinger, B. (1994) Ordnungen der Liebe. München: Kösel Verlag.
- Herman, J. (2003). Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Huber, M. (1998). Multiple Persönlichkeiten. Überlebende extremer Gewalt. Frankfurt/M.: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Huber, M. (2003). Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil 1. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Peichl, J. (2008). Destruktive Paarbeziehungen. Das Trauma intimer Gewalt. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Putnam, F. W. (2003). Diagnose und Behandlung der dissoziativen Identitätsstörung. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Riedesser, P. (2004). Traumatisierung bei Kindern – Entwicklungslinien der Diagnostik und Therapie. Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin, 4, 5-6.
- Ruppert, F. (2001). Berufliche Beziehungswelten. Das Aufstellen von Arbeitsbeziehungen in Theorie und Praxis. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Ruppert, F. (2002). Verwirrte Seelen. Der verborgene Sinn von Psychosen. Grundzüge einer systemischen Psychotraumatologie. München: Kösel Verlag.
- Ruppert, F. (2005). Trauma, Bindung und Familienstellen. Seelische Verletzungen verstehen und heilen. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Ruppert, F. (2007). Seelische Spaltung und innere Heilung. Traumatische Erfahrungen integrieren. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Ruppert, F. (2010). Symbiose und Autonomie. Liebesillusionen, Liebeswahn und Liebe jenseits von Trauma. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag. (in Vorbereitung)
- Schwartz, R. C. (2004). Systemische Therapie mit der inneren Familie. Stuttgart: Pfeiffer Verlag.
- Watkins, J.G. & Watkins, H.H. (2003). Ego-States. Theorie und Therapie. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Weber, G. (Hg.) (1998). Praxis des Familien-Stellens. Beiträge zu systemischen Lösungen nach Bert Hellinger. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

Autor

Prof. Dr. Franz Ruppert

Professor für Psychologie an der
Katholischen Stiftungshochschule München
Psychologischer Psychotherapeut
Preysingstr. 83
81667 München
Tel. 089 43651473
Mail: Franz.Ruppert@ksfh.de
www.franz-ruppert.de