

„Liebe Mutter! Ich habe keine Eile. Zeit kennt nur das Leben, nicht der Tod!“

Heinrich Breuer

Ein Kollege bat mich vor einigen Jahren, eine fast 50-jährige Patientin in einen Aufstellungskurs zu nehmen, die Anfang der 90er Jahre in einem psychotischen Schub ihren fast sechsjährigen Sohn getötet hatte. Ihr anschließender Selbstmordversuch war daran gescheitert, daß eine Nachbarin vorzeitig aus dem Urlaub zurückgekehrt war und sie gefunden hatte.

Das aktuelle System der Patientin: Der Sohn war das uneheliches Kind eines Stasi-Offiziers, der vor der Wende im Westen spioniert hatte. Sie war als Sekretärin in einer öffentlichen Verwaltung seine Geliebte geworden und hatte ihr zugängliche Geheimnisse verraten. Nach der Wende war der Mann verschwunden. Sie suchte nach ihm und fand heraus, daß er sich beim endgültigen Zusammenbruch der ehemaligen DDR suizidiert hatte. Über ihn war nichts mehr herauszufinden, weder Familienangehörige noch seine reale Existenz vor seiner Spionagetätigkeit. Sie war vor der Beziehung mit dem Stasi-Mann verheiratet gewesen, die Ehe war aber geschieden worden. Vor und nach der Geburt des Sohnes hatte es eine Abtreibung gegeben, zu der sie jeweils in die DDR gereist war.

Aktuelle Lebenssituation: In dem Prozeß der Suche nach dem Vater ihrer Kinder war sie immer verzweifelter geworden. Als sie dann noch wegen Geheimnisverrat entlassen wurde und ein Ermittlungsverfahren eingeleitet wurde, dekompensierte sie völlig in das Krankheitsbild einer paranoiden Schizophrenie, in der dann das Schreckliche geschah. Sie war für unzurechnungsfähig, aber auch für gefährlich erklärt worden und hatte einige Jahre in einer geschlossenen Anstalt verbracht. Mittlerweile war sie seit längerem entlassen, aber noch immer arbeitsunfähig. Sie erhielt eine kleine Rente, von der sie einigermaßen leben konnte. Nach zwei weiteren psychotischen Episoden war sie seit mehr als fünf Jahren frei von psychotischen Schüben. Sie hatte die Stadt verlassen, in der sie lange gelebt hatte, und

hatte in Köln neu Fuß gefaßt. In ihrem neuen Leben war sie sozial sehr aktiv, arbeitete ehrenamtlich in verschiedenen Organisationen, u. a. auch mit behinderten Kindern.

Therapiekontrakt: Als ich ihr zwei Monate vor Kursbeginn die TeilnehmerInnenliste schickte, rief sie mich an und wollte den Kurs absagen. Sie hatte feststellen müssen, daß sie einen anderen Teilnehmer und eine andere Teilnehmerin aus ihrer ehrenamtlichen Arbeit kannte. Sie wollte nicht, daß Menschen, die zu ihrem neuen Leben gehörten, von der Kindestötung erfuhren. Zu schmerhaft waren die sozialen Ächtungen in ihrer Heimatstadt in Bayern gewesen. Ich vermutete zunächst, sie wolle den Preis für den Kindesmord nicht zahlen, mußte ihr aber innerlich Abbitte leisten, als sie mir erzählte, daß die ehrenamtlichen Arbeiten für sie eine Art von Wiedergutmachung bedeuteten, und daß sie zu Hause niemals die Chance bekommen hätte, sich auf irgendeine Art zu engagieren. Dort sei sie nur die verrückte Kindesmörderin gewesen.

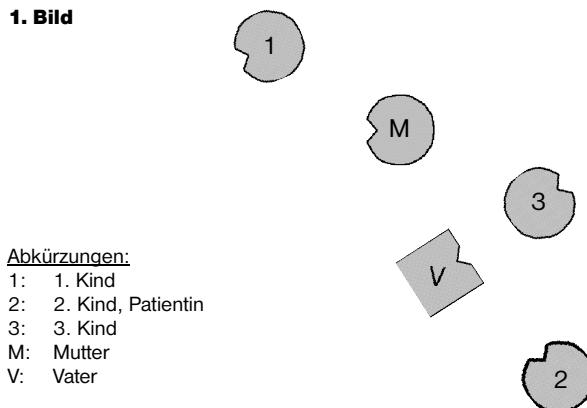
Ich bot ihr daraufhin an, zunächst nur mit ihrer Herkunftsfamilie zu arbeiten uns sagte ihr zu, daß ich die Tötung ihres Sohnes diskret behandeln würde. Ich würde diese Dynamik aber dazu stellen, wenn sich das anböte, aber auf die Umstände des Todes des Kindes nicht näher eingehen. So kam sie dann doch in den Kurs. Niemand in dem Kurs außer mir wußte, daß sie eine Psychose gehabt hatte und ihr Kind umgebracht hatte.

Herkunftssystem und wichtige Informationen aus den Familien von Vater und Mutter: Sie stammte aus einer Familie mit drei Töchtern, sie war die mittlere. Die ältere Schwester sei nach 13 Tagen verstorben. Die Mutter habe gedacht, sie habe einen Sohn geboren. Erst zu Hause habe sie gesehen, daß das Kind eine Tochter sei, habe gedacht, das Kind sei verwechselt worden. Nach dem Tod des Kindes habe sie Nachforschungen angestellt. Man habe ihr im Krankenhaus und auf dem Amt die Papiere gezeigt. Der Vater habe die Geburt einer Tochter angegeben, die Mutter habe aber nie aufgehört zu glauben, das Kind sei ein Sohn gewesen. Auch die Patientin selbst sei als zweites Kind von der Mutter lange Zeit wie ein Sohn behandelt worden. Die Mutter war vor der Ehe mit dem Vater der Patientin verlobt gewesen. Der Verlobte war mit dem Lieblingsbruder der Mutter zusammen in einer Einheit gewesen. Beide waren in den letzten Kriegstagen gefallen. Der Vater der Patientin war eine sogenannte „zweite Wahl“. Die große Liebe der Mutter sei bis zu ihrem Tod der Verlobte gewesen, dessen Bild und dessen Briefe in der Nacht-

tischschublade der Mutter lagen. Der Vater hatte seinen vor ihm geborenen Bruder und seine Zwillingsschwester im Krieg verloren. Beide Eltern seien stark von den Schicksalsschlägen des Krieges gezeichnet gewesen.

Gemäß unseres Vertrages bat ich die Patientin, ihr Herkunftssystem aufzustellen. Sie stellte folgendes Bild:

1. Bild

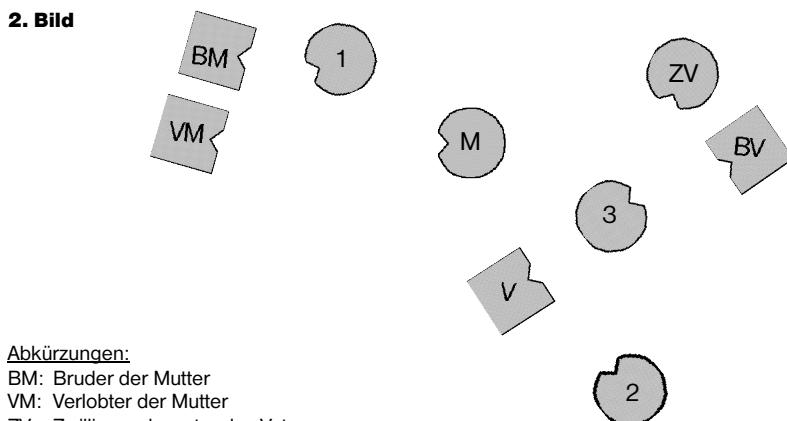


Abkürzungen:

- 1: 1. Kind
- 2: 2. Kind, Patientin
- 3: 3. Kind
- M: Mutter
- V: Vater

Ich fragte die Patientin, zu wem Mutter und Vater schauen. Sie sagte, die Mutter schaue wohl zu dem gefallenen Verlobten und dem gefallenen Bruder, der Vater wohl zu seinem gefallenen Bruder und zu seiner Zwillingsschwester. Die Protagonisten hatten keine anderen Vorstellungen. Ich bat die Patientin, die vier Personen dazu zu stellen.

2. Bild



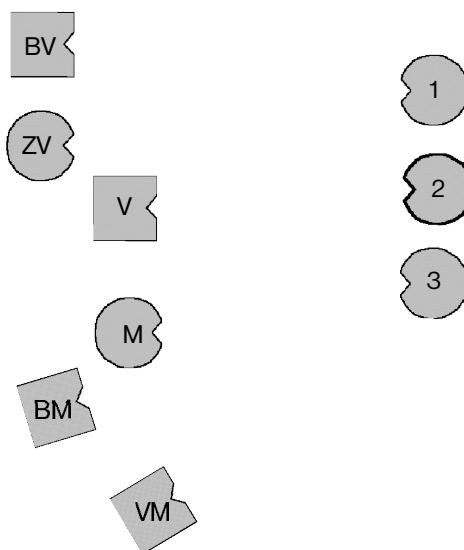
Abkürzungen:

- BM: Bruder der Mutter
- VM: Verlobter der Mutter
- ZV: Zwillingsschwester des Vaters
- BV: Bruder des Vaters

Die tote, ältere Schwester und die Mutter fühlten sich stark zum Verlobten hingezogen; die dritte, jüngere Schwester zur toten Zwillingschwester des Vaters. Mutter und ältester Tochter ging es gut, als sie bei den Toten standen, die Toten wichen aber immer weiter zurück. Das dritte Kind fühlte sich wohl zwischen den beiden toten Geschwistern des Vaters, der dies aber nicht aushalten konnte und vor Schmerz fast zusammenbrach. Die Protagonistin für die Patientin erlebte eine deutliche Spaltung. Sie wußte nicht, wen sie zuerst retten mußte, Mutter oder Vater, aber beides war ihre Aufgabe, fühlte sich gleichzeitig bewegungsunfähig, auf der Stelle verwurzelt und hatte das Gefühl, bald verrückt zu werden. Außerdem fühlte sie sich bei dem Blick auf die älteste Schwester total verwirrt.

Nach einigen weiteren Verschiebungen entstand folgendes Lösungsbild:

3. Bild



Abkürzungen:

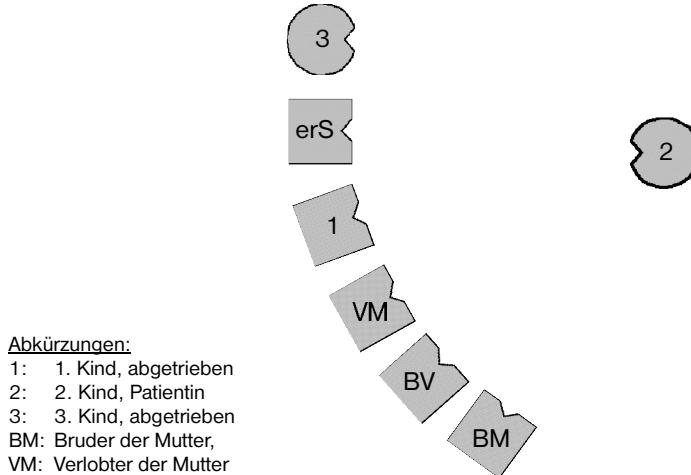
- 1: 1. Kind
- 2: 2. Kind, Patientin
- 3: 3. Kind
- M: Mutter
- V: Vater
- BM: Bruder der Mutter
- VM: Verlobter der Mutter
- ZV: Zwillingschwester des Vaters
- BV: Bruder des Vaters

Integrationsarbeit: Die Patientin ließ Mutter und Vater zu ihren toten Geschwistern bzw. zum toten Verlobten ziehen. Besonders intensiv war der Prozeß der Zuwendung zur eigenen Schwester, die als kleines Kind gestorben war. Er wurde ein zweites Mal in Gang gesetzt, als die Mutter der Schwester sagte, daß sie sie als ihr Kind und als Mädchen annimmt, und sie nicht weiter mit einem Jungen verwechselt. Erst dann konnte die Patientin sich liebevoll der Mutter zuwenden. Die Hinwendung zum Vater war leichter, aber ähnlich tränенreich. Wieder in die Reihe der Geschwister gestellt konnte sie dann die Eltern ihrem Schicksal überlassen und sich weiterer Einmischung enthalten.

Erweiterung des Therapievertrages durch die Aufstellung des Gegenwartssystems: Als die Patientin sicher zwischen ihren beiden Schwestern stand und ihren Integrationsprozeß einigermaßen abgeschlossen hatte, forderte ich sie auf, sich Vertreter für ihre beiden Abtreibungen, den toten Sohn und den Vater der Kinder auszusuchen. Für die Abtreibungen wählte sie jeweils einen Mann und eine Frau. Ich ließ die Eltern der Patientin sich setzen, stellte die Männer auf die eine Seite und die Frauen auf die andere. Der ermordete Sohn stand zwischen der abgetriebenen Schwester und dem abgetriebenen Bruder. Der Vater der Kinder fand seinen Platz ganz außen, die Kinder hielten seine Nähe nicht aus (im 4. Bild Vater der Kinder nicht dargestellt).

Dann ließ ich alle sich hinlegen. Es ergab sich folgendes Bild:

4. Bild



des Vaters, tot
BV: Bruder des Vaters
TS: Tote Schwester
erS: ermordeter Sohn

Integrationsarbeit: Ich ließ sie selbst vor die Toten treten und sie anschauen. Ihr Blick war gebannt von dem ermordeten Sohn, der von den beiden Abtreibungen flankiert war. Sie fing intensiv an zu weinen. Der Sohn schaute sie unverwandt an, die beiden Abtreibungen wendeten sich nach einiger Zeit zur toten Schwester der Mutter (Mädchen) und zum toten Verlobten ihrer Mutter. Ich sagte den Toten, daß sie die Augen schließen sollten, wann immer ihnen danach zumute war. Bis auf den Vater der Kinder und den toten Sohn schlossen alle nach relativ kurzer Zeit die Augen, die Abtreibungen zuletzt. Ich sagte der Patientin, sie solle sich zum toten Sohn legen. Sie legte sich zwischen das abgetriebene Mädchen und den ermordeten Jungen. Mutter und Sohn schauten sich intensiv an, die Patientin schüttelte der dabei empfundene Schmerz so stark, daß sie intensive Krämpfe im Unterleib bekam. Nach langer Zeit wendete der Sohn den Blick ab, schaute zu den toten Männern und schloß die Augen. Der Vater des Sohnes, der unverwandt zu dem seinem Kind und der Frau geschaut hatte, konnte wenig später auch die Augen schließen. Dann richtete sich das nach rechts geneigte Gesicht des Sohnes mit geschlossenen Augen geradeaus. Sein Gesicht war erfüllt von einer tiefen Ruhe. Der Schmerz der Mutter ebbte langsam ab. Ich bat sie, aufzustehen und sich wieder vor die Toten zu stellen. Sie schaute gefaßt zu allen hin. Auch den Vater der Kinder konnte sie zum ersten Mal wieder anschauen. Dann atmete sie tief durch. Ich sagte ihr: „Es ist vorbei, sie sind alle tot.“ Sie antwortete; „Ich glaube, das habe ich erst jetzt verstanden.“

Feedback aus der Gruppe: Der Protagonist, der ihren ermordeten Sohn gespielt hatte, sagte später zu ihr, daß er sich wie ein Menschenopfer auf einem Altar gefühlt habe. Er sei aber völlig im Einklang gewesen mit seinem Tod, habe eher gemeint, seine Mutter trösten zu müssen und verhindern zu müssen, daß sie sich umbringt. Er habe ihr sagen wollen: „Liebe Mutter! Ich habe keine Eile! Zeit kennt nur das Leben, nicht der Tod!“ Erst in der Gemeinschaft mit den toten Männern habe er sich auch mit seinem Vater verbunden gefühlt.

Die Teilnehmer an der Aufstellung hatten – wie ich späteren Randgesprächen entnehmen konnte – den Eindruck, daß es um den

Abschied von einem früh gestorbenen Kind ging. Die Patientin war sehr erleichtert, daß wir das Notwendige unter Wahrung des Geheimnisses tun konnten.

Katamnese: Die Patientin fühlt sich auch längere Zeit nach der Aufstellung erleichtert und kraftvoll, die hintergründige Depression ist gewichen. Ihr Engagement hat eher zugenommen, sie plant eine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß, um nicht länger der Allgemeinheit auf der Tasche liegen. Die Schatten in ihrem Leben sind spürbar, aber nicht erdrückend. Sie verbleichen mit der Zeit. Heute muß sie sich, um das Gesicht ihres Sohnes klar erinnern zu können, ein Foto von ihm anschauen. Die Patientin fühlt sich in Einklang mit dem Ausgleich, den sie sich auferlegt hat.

Statt langer Schlußbetrachtungen einige Hypothesen aus der Arbeit:

1. Das therapeutische Bündnis muß den Patienten dort abholen, wo er steht, aber auch für Erweiterungen offen sein.
2. Man kann auch das Herkunftssystem vor dem aktuellen System aufstellen, ohne daß die Aufstellung an Dynamik verliert.
3. Mitspieler müssen nicht um den Prozeß wissen, der zur Lösung ansteht. „Secret therapy“ ist auch in der Aufstellungsarbeit möglich.
4. Tote sind je nach Geschlecht manchmal in der Gemeinschaft der toten Männer oder toten Frauen besser aufgehoben als in den Familien. Gruppen toter Männer oder toter Frauen stehen für sich, sie müssen nicht den einzelnen Familien zugeordnet werden.
5. Lösungen bahnen sich häufig aus dem Kontext heraus mehr durch Gesten und andere nonverbale Elemente an als durch Worte, die dann oft eher störend wirken.
6. Wenn Tote wirklich tot sind, verblichen sind, verbleichen auch die Erinnerungen, Vorwürfe und Selbstvorwürfe.