

»Mutti telefoniert mit China« – der Versuch im Festhalten loszulassen

Barbara Bräutigam, Stralsund

Warum diese Kasuistik

Die therapeutische Arbeit mit Frau O. ist weder besonders erfolgreich verlaufen noch ist sie abgeschlossen – ob sie eine Fortsetzung findet, ist beim Verfassen dieses Textes noch unklar. Ich habe sie für diesen Kontext ausgewählt, weil sie für mich einen zentralen, häufig vorkommenden, aber in der Prägnanz wie bei Frau O. sich doch selten zeigenden Aspekt in der therapeutischen Arbeit markiert und die Selbstwirksamkeitsideen von Therapeut/innen ziemlich attackieren kann. Die Motivation, eine Therapie zu beginnen, hat ja zumeist etwas mit Veränderungswünschen zu tun, ist aber oft gekoppelt mit Ängsten, Zweifeln und mehr oder weniger bewussten Widerständen, ob diese Veränderung möglich oder auch wünschenswert sei. Diese Ambivalenz durchzog die gesamte bisherige Arbeit mit Frau O., faszinierte und ermüdete mich gleichermaßen, gab aber darüber hinaus den Anstoß, sich mit diesem Phänomen im Rahmen der hier vorgestellten Kasuistik näher auseinanderzusetzen.

Kontaktaufnahme

Frau O. wird mir durch eine Kollegin vermittelt. Sie sei auf der Suche nach einer Therapie wegen einer Essstörung. Die Kontaktaufnahme zieht sich über längere Zeit hin – Frau O. fragt bei meiner Kollegin nach, ob sie ihr vielleicht die falsche Nummer gegeben habe, was sich aber als Irrtum herausstellt. Als wir das erste Mal telefonieren, sagt sie, dass es um ihr Leben insgesamt, um die Beziehung zu ihrem Vater und ihr Essverhalten gehe. Auf meinen Hinweis, dass sie bei mir die Therapie selbst zahlen müsse und sie alternativ auch eine kassenfinanzierte Therapie beantragen könnte, erwidert sie, dass sie das nicht wolle – es solle niemand von der Therapie erfahren, da sei sie vielleicht auch ein wenig paranoid.

Erster Eindruck

Bei unserer ersten Begegnung sehe ich eine deutlich übergewichtige Frau mit einem attraktiven, geschminkten Gesicht und sehr lebendigen Augen. Sie thematisiert sofort ihr Gewicht mit der Frage, ob der Stuhl sie wohl aushalten würde. Sie wirkt auf mich auf den ersten Blick burschikos offensiv, dahinter spüre ich eine abwartende und leicht misstrauische Scheu. Sie erscheint insgesamt als eine sehr vitale Frau, die eine große Stärke und viel Willenskraft ausstrahlt,

sich durchaus auch positive Eigenschaften zuschreibt (»ich bin sehr zuverlässig«) und gleichzeitig sehr abwertend über ihr Äußeres spricht. Am Ende der ersten Sitzung fordert sie mich auf, vor ihr die Treppe runterzugehen (»dann sehen Sie nicht, wie blöd ich die Treppe runterlaufe«), was einerseits dominant-kontrollierend und andererseits sehr schambehaftet auf mich wirkt. Sie benennt ihre Probleme und Ambivalenzen sehr deutlich und reflektiert auch mögliche Gründe. In der Gegenübertragung spüre ich sofort große Solidarität für den von ihr als »willensschwach« bezeichneten Anteil in ihr, der in meiner Vorstellung trotzig und erschöpft in einer Ecke sitzt und ohne Ende Kekse isst.

Anliegen/Versuch einer Auftragsklärung

Als Anliegen formuliert sie zunächst den starken Wunsch abzunehmen und ihre Geschichte »aufzuarbeiten.« Ihr jetziges Gewicht sei ein Ergebnis von dem bekannten Jo-Jo-Effekt, sie habe schon mehrmals sehr abgenommen und dann noch stärker wieder zugenommen. Ihr Motiv seien ästhetische und auch gesundheitliche Aspekte, zudem beschäftige sie es ungemein, wie dick oder wie schlank andere Frauen seien. Wenn sie sich in den Scheiben von Einkaufsläden spiegele, empfinde sie große Scham. Das letzte Mal habe sie abgenommen, als sie unglücklich verliebt gewesen sei, dies sei vermutlich die einzige Möglichkeit für sie, ohne große Anstrengung abzunehmen. Sie sei keine, die Dinge plane, das meiste passiere einfach so. »Wenn ich abnehmen soll, müsste man mich irgendwo einschließen und mir nur gesunde Sachen geben« – bei dieser Aussage schwingt in meinen Ohren gleichermaßen der Wunsch nach Bestrafung als auch nach Fürsorge mit.

Zudem beschäftige sie die Tatsache, warum sie keine Kinder habe – eine Schamanin habe ihr einmal eine große Familie und mehrere Kinder vorhergesagt. Vielleicht sei sie aber auch in diesem Punkt ähnlich ambivalent wie bei ihrem Wunsch, einen Partner zu haben. Schon des Öfteren hätten ihr Bekannte und Freunde nachgesagt, dass sie nach außen streng und unnahbar wirke, so sei sie aber gar nicht, innerlich sei sie ganz weich und fühle sich auch manchmal zerbrechlich. Aber sie verstehe, dass sie gar nichts Einladendes ausstrahle, so könne sich ja auch gar keiner für sie interessieren. Beim Zuhören fällt mir auf, dass Frau O. einerseits Anliegen formuliert – wie beispielsweise den Wunsch mit Hilfe der Therapie nachhaltig abzunehmen – und gleichzeitig die Realisierung ihres Anliegens für komplett absurd erklärt. Interessanterweise wirkte auf mich ihr Wunsch, zur Therapie zu kommen, gänzlich unambivalent, während ihr Auftrag mich im Erstgespräch zunächst wenig überzeugt und auch etwas ratlos macht.

Aktueller Kontext

Frau O. ist Anfang 40 und lebt allein mit ihrer stark pflegebedürftigen Mutter in einer ländlichen Region. Ihre letzte Partnerschaft liegt einige Jahre zurück und sie hat keine Kinder. Sie selbst ist psychosozialen Bereich tätig und Sozialwissenschaftlerin. Sie berichtet, dass sie noch keine eigenen psychotherapeutischen Erfahrungen hätte, sie hätte das immer für »Quatsch« gehalten, sie hätte aber schon viel über sich nachgedacht und sich »selbst analysiert«. Ihr Tagesablauf wird von ihrer Arbeit sowie von der intensiven Pflege ihrer Mutter bestimmt, die sich nun schon über viele Jahre hinzieht – auf meine Frage, ob es einen Pflegedienst gäbe, erhalte ich die sehr entschiedene Antwort, »nein, wollen wir auch nicht.« Sie habe zwei Hunde und etliche Freundinnen, für die sie aber nach eigenen Angaben eigentlich viel zu wenig Zeit hätte.

Biografische Rahmendaten

Frau O. ist das einzige Kind ihrer Eltern, ihre Mutter habe sich viel um sie gekümmert, sie sei eine Art »Helikopter-Mutter« gewesen. Ihre Geburt sei sehr dramatisch verlaufen – sowohl sie als auch ihre Mutter seien beinahe gestorben – zudem habe zum damaligen Zeitpunkt die Schwangerschaft mit ihr als Auslöser für eine langwierige chronische Erkrankung der Mutter gegolten. Ihre Kindheit sei verhältnismäßig unbeschwert gewesen. Sie selbst sei schon sehr früh »im Kopf dick gewesen«, obwohl sie es objektiv gar nicht gewesen sei. Möglicherweise hänge das damit zusammen, dass ihr Vater immer auf schlanke Frauen »gestanden« habe und schon früh angefangen habe, sich für ihr Gewicht zu interessieren und dieses zu kommentieren. Die Pflegebedürftigkeit der Mutter habe, als sie Jugendliche gewesen wäre, stark zugenommen und sie habe sich von Anfang an um ihre Mutter gekümmert, auf den Vater sei kein Verlass gewesen. Der Vater sei Arzt gewesen, er habe »keinen Bock« auf eine kranke Frau gehabt, die zudem auch unter der Erkrankung stark an Gewicht zugenommen hätte. Vor gut zehn Jahren sei er gestorben. Durch ihn habe sie das Bild, dass alle Männer »Lügner und Betrüger« seien – ihr Vater habe zahlreiche Affären und Freundinnen gehabt, sei selbst aber immer schlank und durchtrainiert gewesen. Während ihres Studiums sei sie einerseits viel unterwegs gewesen, gleichzeitig habe sie sich auch immer um ihre Mutter gekümmert. Sie habe zwei ernsthafte Beziehungen gehabt, einmal sei sie auch schwanger gewesen und habe eine Fehlgeburt erlitten.

Theoretische Überlegungen zur therapeutischen Vorgehensweise

Meine Überlegungen basieren auf dem von Wampold, Imel und Flückiger (2017) beschriebenen kontextuellen Metamodell, das als ein beziehungs- und evidenz-

basiertes Modell der Psychotherapie gilt und sich von einem störungsspezifischen Verständnis deutlich unterscheidet. Es geht von drei generellen Wirkmechanismen aus: Dazu gehört erstens die Etablierung einer echten Beziehung: »Die echte Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Patienten zeichnet sich durch die Tatsache aus, dass sich im Therapieraum zwei natürliche Menschen gegenüber sitzen, die eine vertrauliche emotionale Beziehung zueinander haben« (ebd., S. 89). Zweitens beinhaltet es die Berücksichtigung der Erwartungshaltung von Klient/innen. »Die Erwartungshaltung basiert somit nicht auf der allgemeinen wissenschaftlichen Gültigkeit der Theorie, sondern auf der subjektiven Akzeptanz der problemspezifischen Erklärung sowie der Stringenz der therapeutischen Maßnahmen, die mit der Erklärung in Einklang stehen« (ebd., S. 93). Und drittens ist die im Einklang mit der Erwartungshaltung stehende und transparent zu besprechende Behandlungsdurchführung von Bedeutung: »Statt ein gesondertes Defizit vorauszusetzen, welches durch eine bestimmte Komponente geheilt wird, erklärt das kontextuelle Metamodell, dass die spezifischen Bestandteile aller Therapien den Patienten dazu veranlassen, etwas Allgemein Heilsames zu tun. Das heißt, dass der Patient für sich gesundheitsförderliche Maßnahmen in Angriff nimmt oder reaktiviert, was zu einem Anstieg von etwas Gesundem oder einem Rückgang von etwas Ungesundem führt« (ebd., S. 94). Darüber hinaus halte ich die auch im kontextuellen Metamodell hervorgehobene soziale Eingebundenheit von Menschen sowie die nach systemischem Verständnis interaktionelle Bedeutsamkeit von Symptomen (Hähnlein u. Rimpel, 2008) für zentral. Die soziale Eingebundenheit von Menschen lässt sich angelehnt an die Linktheorie von Pichon-Rivière (vgl. Böttger, 2015) in horizontaler wie in vertikaler Hinsicht verstehen. Zu den horizontalen Kontexten zählen die gegenwärtigen Lebenswelten und Netzwerke der Menschen, zu den vertikalen zählen die z. B. die transgenerationalen Mechanismen.

Konkret verstehe ich Frau O.s Anliegen an die Therapie in der Nachbereitung der ersten Sitzung in erster Linie als Wunsch, zu begreifen, warum es ihr so schwer fällt bzw. unmöglich erscheint, bestimmte Herzenswünsche – abzunehmen, einen Partner zu finden, eventuell Kinder zu haben – zu realisieren. Sie betont im Erstgespräch mehrmals, dass sie theoretisch alles über konkrete Vorgehensweisen der Gewichtsabnahme wisse, was mir auch unmittelbar einleuchtet; insofern scheint es mir nicht sinnvoll, konkret mit ihr Essens- und/oder Bewegungspläne zu erstellen. So erscheint mir zunächst die Kombination aus einer vertikalen, das heißt familiengeschichtlichen orientierten Vorgehensweise (die Frage nach tradierten Männer- und Frauenbildern, die Bedeutung des Essens in den vorhergehenden Generationen) sowie horizontalen und an ihrem aktuellen Kontext orientierten Interventionen (z. B. Symptom-Externalisierung – »was will das Übergewicht ihr mitteilen?«) für angebracht.

Therapeutischer Verlauf

Frau O. erscheint generell zu den Sitzungen sehr pünktlich, sie schreibt mir jedes Mal eine SMS, wenn sie sich auch nur um zwei Minuten verspätet. Aus dem Erstgespräch sei ihr vor allem die ihrerseits von mir wahrgenommene Empörung über den Ausspruch ihres Vaters geblieben, der ihren »fetten Arsch« kommentiert habe. Sie habe mit ihrer Mutter darüber gesprochen und zu dieser gesagt »ich hatte echt keinen netten Vater«. Ich fasse zu Beginn der zweiten Sitzung noch einmal mein Verständnis ihres Anliegens zusammen – ihr Essverhalten besser zu verstehen und auf Grundlage dieses Verständnisses auch ändern zu können, die Auseinandersetzung mit dem vergangenen und möglicherweise auch noch aktuellen Kinderwunsch, ihr Verhältnis zu Männern – und erläutere mit ihr meine Überlegungen zum Vorgehen. In den insgesamt weiteren acht Sitzungen, die etwa im Abstand von zwei bis drei Wochen stattfinden, gibt es einerseits eine spürbare Tendenz von Frau O., sich mit ihren ambivalenten Wünschen auseinandersetzen zu wollen – andererseits endet die Sitzung fast immer mit dem voll resignierter Überzeugung vorgetragenen Glaubenssatz, »ich kann mein Leben nur ändern, wenn ich abnehme, nur wenn ich abnehme, ändert sich mein Leben«, der mich zunehmend ermüdet. Im Folgenden werden exemplarisch zwei Interventionen beschrieben, die sich zum einen auf die vertikale, familiengeschichtliche Ebene beziehen und zum anderen auf die horizontale, ihren aktuelle Situation fokussierende Situation. In beiden Fällen werden Polaritäten ersichtlich, die einer Veränderung entgegenstehen.

»Mit Männern nichts zu tun haben wollen«

In einer Sitzung beschäftigen wir uns ausschließlich mit ihrer Familiengeschichte, wobei sie mit der mütterlichen Linie beginnt. Ihre leibliche Großmutter sei 1947 an Krebs gestorben, ihre Mutter sei zu dem Zeitpunkt gerade mal zwei oder drei Jahre alt gewesen. Wie die Familie den Krieg erlebt habe, weiß Frau O. nicht. Die Großmutter sei laut den Erzählungen ihrer Mutter eine liebevolle und warmherzige Frau gewesen, die Mutter war das einzige Kind. Der Großvater habe nach dem Tod der Großmutter nochmal geheiratet, dies sei die »böse Stiefmutter« gewesen. Ihre Mutter habe eine fünf Jahre jüngere Halbschwester. Stiefmutter und Halbschwester seien immer »dürr« gewesen, ihre Mutter hingegen habe des öfteren am Wochenende »im Bett liegen und Apfelsaft trinken sollen«, um abzunehmen. Der Großvater habe die Mutter, nachdem die Stiefmutter sie angeschwärzt habe, heftig verprügelt bzw. körperlich misshandelt. Mit 14 sei sie von zu Hause fortgeschickt worden und habe dann in einer mittelgroßen Stadt im Wohnheim bzw. im Schwesternwohnheim gewohnt und eine Ausbildung zur Krankenschwester gemacht. Frau O. erinnert sich, dass ihre Mutter lange unter Bulimie gelitten habe, wenn

sie als Familie essen gegangen seien, sei ihre Mutter öfter verschwunden und der Vater habe gesagt, »Mutti telefoniert mit China« – was geheißen habe, dass sie sich übergebe. Ihre Mutter habe auch immer Abführmittel genommen, diese hätten ihr selbst als Kind auch gut geschmeckt, aber seien ihr leider verboten worden.

Ihr 1943 geborener Vater habe eine fünf Jahre ältere Schwester, diese sei »ein heißer Feger«, Lehrerin, und ihr Leben lang unverheiratet geblieben. Sie habe mit Männern nichts zu tun haben wollen, und habe auch die Mutter der Klientin – ihre Schwägerin – vor dem Vater gewarnt. Der Großvater sei nach dem Krieg »in den Westen gegangen« – die Großmutter habe ihn nicht mehr »zurückhaben wollen« – er habe dann eine neue Familie gegründet. Der Vater habe den Großvater wohl nie kennengelernt, nicht einmal zum Begräbnis habe er fahren dürfen. Was die Familie im Krieg gemacht habe, ist der Patientin ebenfalls nicht bekannt, ein Bruder der Großmutter sei wohl bei der SS gewesen, sie selber sei wohl Ende des Krieges vergewaltigt worden. Der Vater sei laut der Patientin »ein fauler Lümmel« gewesen, der sich gern vergnügt und viel Kuchen gegessen hätte – »vielleicht habe ich diese Leidenschaft von meinem Vater«, er sei aber ganz dünn gewesen. Mit dem Kuchen sei es erst vorbei gewesen, als er an Diabetes erkrankt sei – an den Folgen dieser Erkrankung sei er schließlich auch mit Anfang 60 verstorben. Er habe wohl immer Affären gehabt, seiner letzten Geliebten, mit der er auch einen Sohn gehabt habe, habe er am Ende sehr zum Unwillen von Frau O. auch eine Generalvollmacht gegeben.

In der folgenden Sitzung berichtet Frau O., dass sie letzte Nacht von ihrem Vater geträumt habe – der habe sie »gestört«, das tue er öfter. Zum wiederholten Male äußert sie, dass sie die Beziehung zu ihrem Vater »aufarbeiten« müsse. Ich frage sie, wobei ihr Vater sie denn störe und ob er ihr eventuell auch etwas mitteilen wolle. Frau O. sagt, dass ihr Vater sie in ihren Routinen stören wolle, die sie sich eingerichtet habe. Der Vater habe sein Leben genießen wollen und sich darauf verlassen, dass sie sich um die Mutter kümmere. Ich frage sie, ob er jetzt vielleicht wolle, dass sie ihr Leben mehr genieße? Darauf antwortet Frau O. nicht direkt, weist aber darauf hin, dass zwischen sie und ihre Mutter »kein Blatt passe«, auch wenn sie sich mit ihrer Mutter heftig streiten könne. In der Nachbereitung dieser beiden Sitzungen wird für mich einerseits die schuldbehaftete Bindung an ihre Mutter sowie eine nahezu unvereinbare Spannung zwischen genussreichem und verantwortungsvollem Handeln deutlich. Zudem erscheint ein Männerbild, das gleichermaßen Abscheu und Sehnsucht weckt – viel Kuchen essen und dabei dünn bleiben.

Keinem Club angehören wollen, der mich als Mitglied akzeptiert

Eine Sitzung widmen wir uns mithilfe der Arbeit mit Stühlen explizit ihrer Ambivalenz hinsichtlich ihres Gewichts. Ein Stuhl steht für das Idealselbst bzw. ihr

schlankes Schönheitsideal, der andere Stuhl steht für die gemütliche Frau O. bzw. die, die sich gerne etwas gönnt. Auf dem Idealstuhl wirkt Frau O angespannt, verkrampt und sehr sehnsüchtig. Sie fokussiert vor allem die freundlichen und nicht abwertenden Blicke, die von außen aber auch von innen kämen. Es wird deutlich, dass der Zustand imaginiertes und auch erlebter Schlankheit als ein von Anerkennung und auch durchaus Bewunderung geprägter Zustand ist. Auf dem anderen Stuhl dominieren zunächst Scham- und Versagensgefühle – beim Dialog zwischen den beiden Stühlen ermahnt Frau Schlank Frau Gemütlich auf pädagogisch sanfte Weise, ihr Verhalten zu ändern, sie wisse, dass das auch für ihre Gesundheit besser sei. Frau Gemütlich gibt Frau Schlank gehorsam recht, präsentiert sich fügsam resignativ. In einer Sequenz gelingt es Frau O. zu schildern, wie sie es sich auf ihrem Sessel mit einem Haselnusspudding gemütlich mache und entspanne. In diesem Moment wirkt Frau O. auf mich auch erstmals körperlich entspannt und loslassend. Als ich das vorsichtig thematisiere und gleichzeitig aber auch beschreibe, dass ich die damit verbundene Scham wahrgenommen hätte, beschreibt Frau O., dass ihr – sie bezieht sich dabei wie oft auf eine äußere Referenzgröße, das habe sie irgendwo gelesen – die Süßigkeiten vermutlich auch ermöglichten, den ganzen Stress durchzuhalten, damit sei sie eben auch stressresistenter. Sie berichtet, dass sie sich gleich nach der letzten Stunde vorgenommen habe, eine Suppendiät zu beginnen. Daran sei sie bis jetzt gescheitert. Sie bekomme sehr, sehr schlechte Laune, wenn sie an die Suppendiät denke. Wir finden das Bild, dass sie zwar essenmäßig »abspecken« wolle, aber gar nicht daran denke, von ihrem Stress und ihren Verpflichtungen abzuspecken. Ich merke, dass ich – wie öfter am Ende der Sitzungen – die Ambivalenzspannung nicht halten kann, sondern eine direktive Empfehlung gebe, indem ich eindeutig von der Suppendiät als wenig selbstfürsorgliche Maßnahme abrate und für eine mildere Form plädiere.

In einer nächsten Sitzung thematisieren wir ihre Ambivalenzen bezüglich ihrer Zugehörigkeitswünschen zu einem Partner. Während ich ihr zuhöre, muss ich immer wieder an Groucho Marx' Ausspruch denken, »ich möchte keinem Club angehören, der mich als Mitglied akzeptiert«. Sie beschreibt eine Szene, als sie noch in den 20ern war und ihr ein Mann gut gefallen habe. Dieser sei auf einmal in der Disco auf sie zugekommen, habe sie angestrahlt und »Na?« gesagt. Sie habe sich in diesem Moment umgedreht und sei davongelaufen, sie habe es schlicht nicht ausgehalten und ärgere sich noch heute darüber. Wir thematisieren den Persönlichkeitsanteil in ihr, der fest davon überzeugt ist, (von Männern) abgelehnt zu werden und den Persönlichkeitsanteil, der den näheren Kontakt zu Männern aus tiefster innerer Überzeugung und familiengeschichtlich betrachtet auch aus guten Gründen ablehnt. Am Ende dieser Stunde ist erstmal das Gewicht kein Thema – die »Sache mit den Beziehungen sei wichtiger.«

Abschließende Überlegungen

Frau O. hat die Sitzungen unterbrochen, weil eine nahe Verwandte im Sterben liegt, um die sie sich kümmern müsse. In dieser Zeit habe sie keinen Kopf für unsere Sitzungen, was mir mehr als plausibel erscheint. Sie wolle wiederkommen, wenn es »vorbei« sei und ich merke, dass ich ihr glaube. Frau O. hat mir beigebracht, dass ich therapeutisch längst nicht so gut darin bin, ambivalente Handlungen und Sichtweisen bei Klient/innen auszuhalten, wie ich dachte. Sie hat mir gezeigt, dass ich doch zu vereindeutigenden Interventionen neige, die im Nachhinein wenig hilfreich erscheinen. Sollte Frau O. wiederkommen, werde ich mein Solidaritätsgefühl mit dem keksessenden Anteil aktivieren und mit ihr im übertragenen Sinne so lange wie möglich nach Wegen suchen, wie man ganz viel Kuchen essen und trotzdem dünn bleiben kann, ohne wie Mutti nach China telefonieren zu müssen.

Literatur

- Böttger, B. (2015). Zur Linktheorie von Enrique Pichon-Rivière und ihrer Bedeutung für die psychoanalytische Paar- und Familientherapie. *Psychoanalytische Familientherapie*, 16, 39-50.
- Hähnlein, V., Rimpel, J. (2008). *Systemische Psychosomatik*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wampold, B., Imel, Z. E., Flückiger, C. (2017). *Die Psychotherapiedebatte: Was Psychotherapie wirksam macht*. Göttingen: Hogrefe.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. phil. habil. Barbara Bräutigam, Hochschule Neubrandenburg, FB Soziale Arbeit, Beratung und Erziehung, Postfach 11 01 21, D-17041 Neubrandenburg, E-Mail: braeutigam@hs-nb.de