

Katherina Gieseemann (Hrsg.)

Hungern im Überfluss –
Essstörungen in der
ambulanten Psychotherapie

Klett-Cotta

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2012 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Umschlag: Hemm & Mader, Stuttgart

Titelbild: Gustav Klimt. Aus dem »Beethovenfries«: »Die Leiden der schwachen Menschheit«

Gesetzt aus der Minion von Kösel, Krugzell

Gedruckt und gebunden von Kösel, Krugzell

ISBN 978-3-608-89121-8

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.

Inhalt

Einleitung (<i>Katherina Gieseemann</i>).....	7
I. Psychotherapeutische Ansätze	11
Psychodynamische Psychotherapie bei psychogenen Essstörungen	13
<i>Katherina Gieseemann</i>	
Autonomieentwicklung und Essstörung	51
<i>Christiane von Metzler</i>	
Die kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung der Essstörung	67
<i>Andreas Schnebel und Eva Wunderer</i>	
Wenn Familie Suppenkaspar zur Therapie ginge	90
<i>Claudia Starke, unter Mitarbeit von Thomas Hess</i>	
Techniken aus der Hypnotherapie und aus dem EMDR zur Modifizierung des Körper-Selbstbildes	117
<i>Hellmuth Schukall</i>	
II. Anamnese und Differenzialdiagnostik	127
Anamnese, Befund und Diagnose bei Essstörungen – differenzialdiagnostische Aspekte	129
<i>Annette Imann-Steinhauer</i>	
III. Ärztliche Versorgung und Beratung	157
Essstörungen in der hausärztlichen Praxis	159
<i>Joachim Strüngmann</i>	
Gynäkologische und sexualmedizinische Aspekte bei Essstörungen	190
<i>Gerhard Haselbacher</i>	

Von der ambulanten zur stationären Behandlung	211
<i>Elisabeth Rauh</i>	
Ernährungstherapie	226
<i>Vera Baumer</i>	
Fütterstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter.	244
<i>Margret Ziegler</i>	
Anhang: Klinisch-diagnostische Leitlinien aus dem ICD-10	268
Die Autoren	270

Einleitung

Katherina Giesemann

Durch die langjährige psychotherapeutische Arbeit mit essgestörten Patientinnen wurde mir deutlich, wie notwendig die unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten und -ansätze sind. Nur diese Vielfalt ermöglicht es uns, den betroffenen Menschen adäquat und individuell zu helfen. Der Austausch über konkrete Behandlungsmöglichkeiten ist deshalb wichtig und bereichert die eigene Arbeit. Es sind keineswegs nur Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, die Essstörungen behandeln, sondern auch Hausärzte, Internisten, Gynäkologen, Kinderärzte und Dermatologen – um nur einige der somatischen Fachdisziplinen zu nennen. Außerdem kommen Pädagogen und viele andere Berufsgruppen, die mit Jugendlichen arbeiten, mit den Symptomen und Auswirkungen von gestörtem Essverhalten in Berührung. Das Buch ist aus dem Bedürfnis heraus entstanden, den Erfahrungsaustausch zwischen den Behandelnden anzuregen und zu verbessern, um so essgestörten Patientinnen noch effektivere Unterstützung bieten zu können. Es versteht sich als Arbeitsbuch von ambulant arbeitenden Ärzten, Psychologen, und Sozialpädagogen für ambulant tätige Kollegen und Kolleginnen, die in der Praxis auf verschiedene Weise psychogene Essstörungen begegnen. Die Autoren gewähren Einblick in ihre »Werkstatt« und zeigen an konkreten Fallbeispielen, wie sie psychogene Essstörungen therapieren. Die Betrachtung der Erkrankung aus verschiedenen Perspektiven ist als Anregung und Ergänzung in der ambulanten Therapiearbeit gedacht und soll helfen, das Verständnis für die Abläufe und die Komplexität der Symptomatik zu erweitern.

Im ersten Teil des Buches werden fünf verschiedene ambulante psychotherapeutische Behandlungsansätze und -verläufe geschildert.

Das erste Kapitel (Katherina Giesemann) beschreibt die Behandlungstechnik der psychodynamischen Psychotherapieverfahren. Ausführlich wird das Erstgespräch, die Einleitungsphase sowie Behandlungsprobleme bei Patientinnen mit Essstörungen und einer Borderline- oder narzisstischen Persönlichkeitsstruktur behandelt. Die Notwendigkeit der

biografischen Anamnese ebenso wie die Verwendung von Essprotokollen wird dabei nicht nur unter diagnostischen Gesichtspunkten gesehen, sondern als Teil des therapeutischen Prozesses. Es folgt die Vorstellung einer niederfrequenten analytischen Langzeitpsychotherapie bei einer Patientin mit gering integriertem Strukturniveau. Bei dieser Behandlungsvignette, verfasst von Christiane von Metzler, wird die Bedeutung längerfristiger psychotherapeutischer Begleitung und des flexiblen Umgangs mit dem therapeutischen Setting deutlich.

Im dritten Kapitel stellen Andreas Schnebel und Eva Wunderer verhaltenstherapeutische Interventionsmöglichkeiten vor. Diese beschränken sich längst nicht mehr nur auf die Veränderungen des Essverhaltens, sondern beziehen den Lebenskontext, die Ressourcen und vor allen Dingen die gedanklichen Prozesse von Patient und Therapeut mit ein.

Claudia Starke beschäftigt sich in ihrem Kapitel mit der systemischen Familientherapie. Die bekannte Geschichte »Der Suppenkaspar« liefert den »roten Faden« für den möglichen Ablauf einer Essstörung und die Interventionen im Rahmen einer familientherapeutischen Behandlung.

Das letzte Kapitel des ersten Buchabschnittes beschreibt die Behandlung einer atypischen Essstörung. Hellmuth Schuckall zeigt, wie passive und aktive hypnotherapeutische Imaginationen und die Absorbitionstechnik des EMDR (Traumatherapie) zur positiven Modifizierung des Körper-Selbstbildes beitragen können.

Insgesamt zeigen die fünf hier angeführten psychotherapeutischen Behandlungsbeispiele einen Ausschnitt der vielfältigen ambulanten Behandlungsmöglichkeiten.

Im zweiten Teil des Buches werden die Anamnese, der psychische Befund und differentialdiagnostische Überlegungen bei Essstörungen schulenübergreifend behandelt. Frau Annette Imann-Steinhauer verdeutlicht sehr anschaulich, dass eine sorgfältige Diagnosestellung nicht nur bei der Planung und der Durchführung der Behandlung hilft, sondern als relationaler Prozess auch Ausdruck der therapeutischen Beziehung und damit ein therapeutischer Wirkfaktor ist.

Im letzten Abschnitt des Buches werden schließlich wichtige Bereiche der somatischen Medizin, die Schnittstelle zwischen Klinik und ambulanter Praxis sowie die Ernährungsberatung und die frühkindlichen Fütterstörungen behandelt.

Joachim Strüngmann, Allgemeinmediziner, stellt in Kapitel sieben ausführlich und aus eigener Erfahrung dar, welche wichtige Funktion der Hausarzt für Menschen mit Essstörungen hat. Er ist meist der erste Ansprechpartner. Seinem Einfühlungsvermögen und seinen somatischen Kenntnissen über die körperlichen Auswirkungen der Essstörung ist es zu verdanken, wenn die Betroffenen schnell eine adäquate Behandlung erhalten. Da überwiegend Frauen an einer Essstörung leiden, ist auch der Gynäkologe häufig mit diesem Krankheitsbild konfrontiert. Im achten Kapitel werden deshalb von Gerhard Haselbacher sehr konkrete Hilfestellungen gegeben, wie das Thema Essstörung auch in der gynäkologischen Praxis angesprochen und behandelt werden kann.

Oft reicht eine ambulante Therapie nicht aus, und eine stationäre Behandlung wird notwendig. Damit der Übergang von ambulanter zu stationärer Behandlung und die dann sinnvolle weitere ambulante Behandlung fließend und erfolgreich ist, bedarf es einer guten Planung und Vorbereitung. Im Kapitel »Von der ambulanten zur stationären Behandlung« beschreibt Elisabeth Rauh die Indikationen für einen stationären Aufenthalt und gibt Entscheidungshilfen für die Auswahl einer geeigneten stationären Einrichtung und für die Vorbereitungen, die in der ambulanten Psychotherapie für einen stationären Aufenthalt getroffen werden sollten.

Für viele Patienten ist die Ernährungsberatung ein wichtiges Element ihrer Auseinandersetzung mit dem eigenen Essverhalten. Die Diätassistentin Vera Baumer schildert, wie Ernährungsberatung Patienten und Patientinnen darin unterstützen kann, ihr Essverhalten eigenverantwortlich zu gestalten.

Das letzte Kapitel dieses Buches schließlich beschäftigt sich mit Fütterstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern. Fütterstörungen gelten als erheblicher Risikofaktor für die Entwicklung einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa. In der ambulanten Psychotherapie werden daher aus der Anamnese der Patienten Rückschlüsse auf ihre frühkindliche Entwicklung gezogen, um zu verstehen, warum für die Lösung ihrer psychischen Konflikte das Essen die zentrale Rolle spielt. Das letzte Kapitel führt uns an den Beginn der Beziehung zur Nahrung und damit zugleich zur Beziehung von Mutter und Kind. Die von Margret Ziegler einfühlsam geschilderten Fallvignetten zeigen, wie leidvoll für Kinder und ihre Mütter die nicht geglückte Kontaktaufnahme ist.

Vorangeschickt sei noch eine Anmerkung zum Gebrauch der männlichen und weiblichen Form bei Worten wie *Patient*, *Patientin*, *Therapeutin*, *Therapeut*. Wir haben uns entschlossen, in diesen Fällen die männliche und die weibliche Form abwechselnd zu verwenden, um den Lesefluss nicht zu stören und die reale Situation in der Therapie dennoch abzubilden. *Patientin* wird deshalb häufiger gebraucht werden als *Patient*. Ansonsten gilt eine möglichst paritätische Lösung.

I. Psychotherapeutische Ansätze

Psychodynamische Psychotherapie bei psychogenen Essstörungen

Katherina Giesemann

Einleitung

Das folgende Kapitel stellt Behandlungsmöglichkeiten von psychogenen Essstörungen mit psychodynamischen Therapieverfahren vor. Es ist gedacht als Anregung und Ergänzung zu den vom Leser bevorzugten theoretischen Konzepten. Aspekte des Erstgesprächs, der Vorgespräche, der Therapieplanung und des konkreten therapeutischen Vorgehens werden anhand von Fallbeispielen und theoretischen Überlegungen veranschaulicht.

Da sich das Syndrom »gestörtes Essverhalten« bei unterschiedlichen psychischen Erkrankungen und Strukturen entwickeln kann, werden beispielhaft zwei häufig zu behandelnde Persönlichkeitsstrukturen näher geschildert: die Borderline-Persönlichkeit und die narzisstische Persönlichkeit.

1. Das erste Telefonat

Karin T. rief in der Telefonsprechzeit an, um einen Termin für ein Vorgespräch auszumachen. Am Telefon fragte sie, ob ich mich auch wirklich mit Essstörungen auskenne. Sie sagte auch gleich, dass man ihr bei der Beratungsstelle empfohlen habe, mehrere Therapeuten »anzusehen«, und sie für die nächste Zeit schon mit anderen Therapeuten Termine vereinbart habe.

Häufig ist schon das Telefonat die erste Variation des Grundkonfliktes. Deshalb ist es sinnvoll, von diesem Gespräch kurze Notizen zu machen, auch das Gegenübertragungserleben zu notieren. Diese Patientin hatte nicht auf dem Anrufbeantworter ihre Telefonnummer hinterlassen, sondern sich in der Telefonsprechzeit gemeldet. Vielleicht bemühte

sie sich höflich zu sein, mir möglichst wenig Arbeit zu machen? Vielleicht wollte sie nichts dem Zufall überlassen und selbst die aktive Anruferin sein? Ihre Mitteilung, dass sie mit mehreren Therapeuten Vorgesprächstermine ausgemacht hatte, erschien mir wie ein Heißhungeranfall. Zum anderen vermutete ich aber auch, dass ihre Not sehr groß war. Ich wappnete mich für die erste Stunde, denn würden sich meine Annahmen bestätigen, dann müsste ich im übertragenen Sinne wieder ausgespien werden. Es schien mir gut möglich, dass die Zurückweisung die einzige Möglichkeit der Patientin war, mit ihrem Dilemma umzugehen – dem Dilemma, dass sie zwar auf der einen Seite Anteilnahme und Hilfe wünschte, auf der anderen Seite aber Angst vor Vereinnahmung und Schwächung im Sinne einer Selbstaufgabe hatte. Schon nach diesem ersten Telefonat zeichnete sich der Grundkonflikt ab: Nähe vs. Distanz und ihre Regulierung.

2. Das Erstgespräch

Die Terminabsprache gestaltete sich leicht. Karin T. hatte ein Freisemester und »immer Zeit«. Pünktlich zum vereinbarten Termin erschien eine attraktive junge Frau. Die saloppe Kleidung war geschickt gewählt und unterstrich ihren »Sports-Girl-Typ«. Karin T. begrüßte mich mit einem strahlenden Lächeln, ihr Händedruck war fest, sie wirkte ganz Frau der Lage.

Ich erfuhr, dass sie Jura studierte. Sie hatte ihr Erstes Staatsexamen erfolgreich bestanden und im Anschluss in einem Krankenhaus in Südamerika gearbeitet. Jetzt, wieder zurück in Deutschland, sei auch ihre Bulimie wieder zurückgekehrt. An Tagen ohne Verabredungen oder Terminen habe sie bis zu drei Heißhungeranfälle. Es müsse etwas geschehen, »um das Essen in den Griff zu bekommen«. Nach ihren eigenen Angaben war die Essstörung bisher nur zur Zeit ihrer Examensvorbereitungen so stark wie im Moment gewesen. Aber aus ihrer Erzählung hörte ich heraus, dass die Bulimie schon lange die »heimliche Freundin« der 23-Jährigen war. Die Symptomatik begann mit 17 Jahren, als sie für ein Jahr als Austausch-Schülerin in den USA lebte.

2.1 Die drei Abschnitte des Erstgesprächs

Ich versuche das Erstgespräch möglichst so zu strukturieren, dass es sich in drei Abschnitte gliedert:

Im ersten Teil steuere ich das Gespräch wenig. Meine Interventionen beschränken sich darauf, der Patientin das Sprechen, das Sichmitteilen zu erleichtern. So kann sich zwischen uns eine Inszenierung entfalten, deren Inhalt maßgeblich von der Patientin bestimmt wird (Argelander 1992). Als Therapeutin werde ich nicht nur in diese Szene hineingezogen, sondern bin mit meinen bewussten und unbewussten Beziehungserfahrungen direkt beteiligt. Diese wechselseitige Regulierung gründet in einen Mikro-Austausch von Informationen über das gesamte Sinnesystem und den affektiven Ausdruck. Es bedeutet aber nicht, dass die Aufgaben der Regulierung gleich verteilt sind. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, für ein wohlwollendes Klima zu sorgen und sich auf bidirektionale Beeinflussung einzulassen (Stern 2002).

Im zweiten Teil des Erstgesprächs erfrage ich noch fehlende Informationen (Kapitel »Anamnese«). Von Karin T. erfuhr ich, dass ihr Vater ein erfolgreicher Manager ist. Die Mutter hörte mit ihrem ersten Kind, dem zwei Jahre älteren Bruder, auf zu arbeiten und konzentrierte sich ganz auf die Aufgabe, ihre beiden Kinder großzuziehen. Die Patientin beschrieb die familiäre Situation sehr positiv. Es entstand ein idyllisches Bild, das mich an Familien aus dem Werbefernsehen erinnerte.

Im ersten Gespräch akzeptiere ich die Form, in welcher der die Patientin ihre Biografie erzählt. So wird es möglich, nicht nur die Symptome und die biografischen Daten, wie bei einem Lebenslauf, zu erhalten, sondern auch Anzeichen von Konflikten und Abwehr- bzw. Schutzmechanismen, die sich in der Form des Sprechens und der Erzählung widerspiegeln, zu erkennen (Habermas 2011).

Im zweiten Teil erhebe ich auch den somatischen Status und kläre, ob die Patientin hausärztlich betreut wird. Da die Gewichtsdyamik bei Essstörungen wichtig ist, frage ich nach dem aktuellen Gewicht, dem Gewicht vor Beginn der Essstörung, dem höchsten und niedrigsten Gewicht sowie dem Wunschgewicht der Patientin. Warum im Erstgespräch? Beeinflusse ich damit nicht auch die Beziehung, die sich zwischen der Patientin und mir entwickelt? Verstärkt sich nicht dadurch die Fixierung auf das Körpergewicht? Ich habe bei den meisten Patien-

tinnen das Gefühl, dass die Zahl auf der Waage oder das phobische Vermeiden der Waage ein Thema ist, das latent im Raum steht und deshalb angesprochen gehört. Die Frage nach dem Gewicht trägt zudem zur Klärung der Therapiemotivation bei. So hart es klingen mag, aber eine Behandlung, bei der sich das Gewicht nur nach unten bewegen darf oder aber das Wunschgewicht so niedrig ist, dass es ohne restriktive Maßnahmen nicht erreicht werden kann, bietet kaum Raum für Veränderungsprozesse. Es kann außerdem der Fall auftreten, dass das aktuelle Körpergewicht so gering ist, dass eine ambulante Therapie zu gefährlich oder wenig wirksam ist. Ich halte mich bei diesem Vorgehen an die S3-Leitlinien für Essstörungen (2010), die eine Klinikeinweisung bei einem BMI unter 16 kg/m^2 für indiziert halten.

Die Gewichtsvorstellung für den eigenen Körper kann aber auch den Charakter einer überwertigen Idee haben. In diesen Fällen ist es wichtig zu prüfen, ob die Patientin u. a. auch Zwangssymptome aufweist. Die Zwänge wie Kalorienzählen oder Rituale bei der Nahrungszubereitung und beim Essen werden häufig als ich-synton erlebt und deshalb von der Patientin nicht erwähnt. Zum anderen können die überwertigen Ideen auch der erste Hinweis auf eine psychotische Symptomatik sein.

Bei anorektischen Patientinnen ist es wichtig zu erfragen, warum sie gerade jetzt eine Therapie machen wollen. Sehr häufig wird deutlich, dass sie kommen, weil sie sich durch Angehörige, Freunde oder sogar durch den Arbeitgeber unter Handlungsdruck gesetzt fühlen. Bei Patienten mit einer Binge-Eating-Disorder besteht meist nur der Wunsch nach Gewichtsreduktion. Sie haben den Eindruck, dass ihr Leben problemlos sein könnte, wenn sie weniger wiegen und damit aus ihrer Sicht symptomfrei wären.

Diese Erkenntnisse sind wichtig, um die Therapiemotivation zu verstehen und das geeignete Therapieverfahren auszuwählen. Eine Patientin, die neben der Essstörung keine weiteren Probleme in ihrem Leben wahrnimmt, ist meist nicht motiviert, sich mit ihren Affekten und ihrer Lebensgeschichte zu beschäftigen. Es kommen dann häufig Aussagen wie »ich will nicht, dass Sie in meiner Vergangenheit herumstochern«.

Im dritten und letzten Teil des Erstgespräches ermuntere ich die Patientin, Fragen zu stellen und ihre Vorstellungen von einer Therapie zu beschreiben. Im Anschluss versuchen wir gemeinsam zu erarbeiten,

welche Ziele sie anstrebt und in welcher Zeit diese realistisch erreicht werden können. Wenn notwendig, versuche ich die Patienten mit dem Gedanken vertraut zu machen, dass vor einer ambulanten Behandlung eine stationäre Behandlung stattfinden sollte. Bei einer komplexeren Symptomatik oder einem sehr geringen aktuellen Gewicht ist es ambulant kaum möglich, die Patientin adäquat zu begleiten und gemeinsam die sichere Basis zu entwickeln, auf der die Patientin den Mut findet, Veränderungen zu wagen.

Karin T. hatte die Vorstellung, sie bräuchte nur einige Stunden sowie ein paar gute Tipps von mir und dann wäre alles erledigt. Meinen Einwand, dass sie über die Jahre schon selbst viel versucht und ausprobiert habe, schien sie gar nicht zu hören, sondern argumentierte, dass sie in wenigen Monaten für ein Auslandssemester die Stadt verlasse und bis dahin die Bulimie »los sein« wolle. Ich erwiderte, dass ich keine »Ultrakurzzeittherapie« machen würde. Meine Empfehlung war eine Ernährungsberatung, und ich sprach an, dass die Verhaltenstherapie ihren Vorstellungen eher gerecht werden könnte. Außerdem erinnerte ich sie, dass ihr letzter Auslandsaufenthalt gut verlaufen sei und ich mir vorstellen könnte, dass sie das auf sie zukommende Semester gut schafft. Noch während ich sprach, liefen ihr Tränen über die Wange, und sie sagte: »Sie sind wie meine Mutter, die mag auch nicht sehen, wenn es mir schlecht geht, und sagt immer, das schaffst du schon.«

In Karin T.s Familie wurde die Erkrankung kollektiv verdrängt. Als sie vor dem Examen sehr verzweifelt war und unter großen Versagensängsten litt, vertraute sie sich ihren Eltern an. Besonders ihre Mutter reagierte auf die Offenbarung mit Selbstvorwürfen, Schuld- und Verantwortungsübernahme. Die Patientin hatte das Gefühl, dass ihre Mutter ihr die Krankheit wegnahm. Die Mutter arrangierte einen gemeinsamen Besuch mit der Tochter bei einer Therapeutin und begann dann bei dieser Therapeutin selbst eine Therapie. Die Patientin sprach nie mehr über die Bulimie, vermutlich um etwas Eigenes zu behalten. »Meine Eltern glauben, das war nur eine Phase und nun bin ich gesund.«

In der Stunde entwickelte sich eine ambivalente Mutterübertragung: »Sie sind wie meine Mutter.« Es wurde der starke Wunsch der Patientin nach einer annehmenden Beziehung deutlich, aber auch ihre Angst davor. Sie hatte die Dauer unserer Beziehung geplant und das Ende nach nur wenigen Wochen szenisch in das reale Außen verlegt.

Ein Auslandssemester an einer berühmten Universität, das hebelte, jedenfalls zu diesem Zeitpunkt, jegliche Bemühungen, einen Zugang zu den unbewussten intrapsychischen Prozessen zu finden, aus. Meine Einschätzung, dass ein zentrales Problem der Patientin die Regulierung von Nähe und Distanz war, festigte sich. Bei der Verabschiedung bot ich ihr an, dass sie sich gern nach ihrem Auslandssemester wieder melden könne.

Nach einem guten halben Jahr meldet sich Karin T.: Ob ich mich noch an sie erinnere? Sie sei zurück und würde gerne eine Therapie beginnen. Karin T. blieb fast fünf Jahre. Eine unserer letzten Stunden fand im Park statt. Die kleine Tochter Carolina zahnte, ihr Klagen und Weinen machte eine Therapiestunde unmöglich. Da die Tochter am ruhigsten war, wenn sie im Kinderwagen geschoben wurde, brachen wir zu dritt in den Park auf. Bei diesem Spaziergang sprachen wir über ihre Zukunft. Der Mann von Frau T. hatte eine attraktive Position in einer anderen Stadt angeboten bekommen, der Umzug stand an, aber auch die Frage nach ihren eigenen Lebenszielen, nach der Vereinbarkeit von Mutterschaft, Partnerschaft und Beruf.

3. Allgemeine Betrachtungen

Die heutigen Erklärungsmodelle psychogener Essstörungen sprechen vom »komplexen Zusammenspiel der bio-psychosozialen Wechselwirkungen«. Die wechselseitigen bahnenden wie hemmenden Einflüsse auf die Entwicklung von psychischen Erkrankungen beschreibt Sigmund Freud bereits in seinem Konzept der Ergänzungsreihe:

»Die Erkrankung ist das Ergebnis einer Summation, und das Maß der ätiologischen Bedingungen kann von irgendeiner Seite her vollgemacht werden. Die Ätiologie der Neurosen ausschließlich in der Heredität oder der Konstitution zu suchen wäre keine geringere Einseitigkeit, als wenn man einzig die akzidentielle Beeinflussung der Sexualität im Leben zur Ätiologie erheben wollte [...]« (Freud 1905 a, S. 159)

Über die kulturellen und ökonomischen Wechselwirkungen, den Einfluss des Überflusses der reichen Industrienationen ist andernorts schon ausführlich Stellung genommen worden (Keel 2003, Makino 2004).

An dieser Stelle möchte ich darauf aufmerksam machen, dass die Verzögerung von ausreichender therapeutischer Behandlung die Gefahr der Chronifizierung birgt. Verlaufsstudien von Patienten mit Essstörungen belegen, dass die Effektivität der Psychotherapie sinkt, wenn die Patienten länger als drei Jahre vor Aufnahme der Behandlung erkrankt waren (Treasure 2011). Die 12-Jahres-Letalität für Patienten mit Anorexia nervosa liegt bei ca. 10 Prozent (Herpertz 2010).

3.1 Aspekte bei der Auswahl des geeigneten Therapieverfahrens

Was macht die Auswahl des geeigneten Therapieverfahrens für die Patientin und die Therapeutin schwierig? Es scheint, dass die einzige Gemeinsamkeit, die die Erkrankten aufweisen, darin besteht, dass sie weiblichen Geschlechts sind. Die Zahl der Männer, die an einer Essstörung leiden, liegt unter 10 Prozent. Ich werde mich daher in meinen Ausführungen auf die erkrankten Frauen beziehen, wenngleich einige der beschriebenen Phänomene auch auf Männer zutreffen.

Für eine gute Beratung und Auswahl des Therapieverfahrens hat es sich in der Praxis bewährt, die Symptome der Essstörung als einen Teil einer Gesamtdiagnose zu betrachten, in die auch die Persönlichkeitsstruktur, das Strukturniveau und die psychische Komorbidität mit einbezogen werden müssen. Die strukturelle Heterogenität wird u. a. von Garner und Garfinkel (1985), Schulte und Böhme-Bloem (1991) sowie Schwartz (1990) betont. Schwartz schreibt:

»In den vergangenen Jahren wurden Patienten mit Essstörungen nach einem starren phänomenologischen Paradigma charakterisiert, das künstlich ein Symptom unter vielen isoliert, auch von der darunterliegenden neurotischen Persönlichkeitsstruktur.« (Schwartz 1990, S. 1, Übersetzung von der Verfasserin)

Es soll an dieser Stelle festgehalten werden:

1. Es gibt ein Syndrom, das wir Essstörung nennen. Die Fixierung in der oralen Phase lässt aber keinen Rückschluss auf die psychische Struktur zu.
2. Die Entwicklung des Syndroms hat soziokulturelle Wurzeln, die sich bis in die ersten Lebenstage zurückverfolgen lassen und eine Geschlechtsspezifität aufweisen.

3. Das Symptom der Essstörung kommt bei verschiedenen neurotischen Persönlichkeitsstrukturen vor und hat als Abwehr variable Funktionen.
4. Auch bei komplexen Traumastörungen können sich Essstörungen entwickeln.

3.2 Die Bedeutung der frühen Entwicklungsstadien in der Kindheit

Zur Regression und Fixierung bieten sich die Stadien der früheren Entwicklung an,

»die durch besonders intensive Befriedigung oder Frustration oder durch eine besondere Konflikthaftigkeit unbewusst eine besondere Bedeutung erlangt haben. Solche Fixierungen der früheren Triebentwicklung können zur Konfliktabwehr wiederbelebt werden.« (Ermann 2007, S. 113)

Entwicklungspsychologische Langzeitstudien haben belegt, dass das »Schicksal früher Entwicklungsdefizite« nicht automatisch zu einer psychischen Störung im Erwachsenenalter führt. Unsere Persönlichkeit bleibt über lange Zeit, wahrscheinlich unser ganzes Leben lang, veränderbar. Die Erkenntnisse der Neurobiologie über die Neuroplastizität des Gehirns haben diese Vermutung weiter gefestigt. Durch fördernde Beziehungen können die nicht geglückten Entwicklungsschritte der Kindheit und entstandene Beeinträchtigungen verändert werden.

Die Aufrechterhaltung des homöostatischen Gleichgewichtes zwischen Mutter und Kind ist in der oralen Phase von eminenter Wichtigkeit. Mahler (1989) stellt fest, dass, wenn die Aufrechterhaltung dieses Gleichgewichtes nicht gelingt, »somatische Erinnerungsspuren« geprägt werden, die mit späteren Erfahrungen verschmelzen und auf diese Weise psychische Belastungen verstärken können.

Heute tragen zum besseren Verständnis der Frühentwicklung des Kindes das Wissen über die Reifung des Gehirns und ganz besonders die Bindungs- und Mentalisierungstheorie bei. Die Erfahrungen der ersten Lebensjahre sind nicht der bewussten Erinnerung zugänglich, überdauern aber, wie schon Mahler annahm, in Körpererinnerungen und gestalten als implizite Beziehungserfahrungen unsere Kontakte zur Welt.

Fonagy und Target (2002, S. 841) formulieren:

»Unter Entwicklungsgesichtspunkten kann man die primären Emotionen des Kindes als noch unverbunden, als Reaktion auf Reize und als dynamische Verhaltensautomatismen auffassen, über die das Kind anfangs noch keine Kontrolle hat. Die Affektregulation erfolgt im Wesentlichen durch die Bezugsperson, die die automatischen Emotionsäußerungen des Kindes wahrnimmt und darauf mit angemessenen affektmodulierenden Interventionen reagiert.«

3.3 Nahrung und Nähe von der frühen Kindheit bis zum Erwachsenenalter

Frühe Erfahrungen der Nähe sind mit der Aufnahme von Nahrung eng verknüpft. Untersuchungen über unmittelbar nach der Geburt einsetzenden Körperkontakt zwischen Mutter und Kind zeigten viele somatische Parameter, die positiv beeinflusst wurden. Bei der Mutter wurde sowohl der Milchfluss angeregt als auch die Stilldauer verlängert, und das Sich-vertraut-Fühlen mit dem Kind stellte sich leichter ein. Auf der Seite der Neugeborenen wird eine bessere Regulierung der Temperatur und der Stoffwechselfparameter beobachtet. Auch treten weniger Probleme beim Trinken an der Mutterbrust auf. Nach der Geburt braucht das Kind einige Zeit, bis es die Brustwarze der Mutter findet. Es hat sich gezeigt, dass bei den Säuglingen, denen man für das Finden der Brustwarze nicht die nötige Zeit ließ, sondern versuchte, es durch kleinste Hilfestellungen zu verkürzen, häufiger Probleme beim Stillen auftraten (Winberg 2001). Hilde Bruch (1995) bezeichnet das Essen als eine »Basisicherheit«, es stellt das früheste Beziehungsmedium überhaupt dar (Kapitel Fütterstörungen).

Die Stillzeit endete für Karin T. bereits nach drei Monaten. Die Mutter glaubte, nicht genügend Milch zu haben, und fürchtete, ihre Tochter verhungere.

3.4 Geschlechtsspezifität in der Eltern-Kind-Beziehung

Die Beziehung zwischen Eltern und dem Säugling ist geschlechtsspezifisch. Damit ist nicht die Geschlechtspräferenz der Eltern, ob sie sich eher ein Mädchen oder einen Jungen gewünscht haben, gemeint, sondern die unbewussten Interaktionsmuster und Beziehungsangebote.

Rohde-Dachser (1992, S.259) fasst Nancy Chodorows Aussagen über die Beziehung von Müttern zu ihren Kindern zusammen:

»Die Mutter-Sohn-Beziehung ist geprägt von der geschlechtlichen Verschiedenheit, der Sohn wird von der Mutter als Objekt bestätigt. Die Mutter-Tochter-Beziehung hingegen durch die Ähnlichkeit. Die Tochter wird deshalb von der Mutter eher als Erweiterung ihres Selbstes erlebt und geliebt, weniger in ihrer Andersartigkeit bestätigt.«

Häufig bedrängen Mütter ihre Töchter und wollen die Tochter zu einer Therapiestunde begleiten. Dies ist nur sinnvoll, wenn es auch dem Wunsch und dem Bedürfnis der Tochter, also des Menschen, der in Therapie ist, entspricht. Hilfreich ist hier, mit der Patientin ausführlich zu besprechen, was sie sich vom gemeinsamen Gespräch mit der Mutter erwartet und welche Themen angesprochen werden sollen. In diesen Therapiestunden mit Mutter und Tochter bin ich immer beeindruckt, wie selbstverständlich Mütter über das sprechen, was ihre Tochter im Augenblick fühlt oder denkt. Die Tochter kostet es häufig viel Kraft, der Mutter zu widersprechen. Der Konsens scheint beiden wichtiger als die Wahrhaftigkeit – als würde vom Nicht-Übereinstimmen eine Gefahr für die Beziehung ausgehen. Vielfach wirkt es, als habe die Tochter nur die Möglichkeit zu schweigen oder zu explodieren. Die Mutter hingegen sucht, je verunsicherter sie durch das Verhalten ihrer Tochter ist, verstärkt nach Ähnlichkeiten und Übereinstimmungen und hofft dadurch, die Nähe zur Tochter halten zu können. Der Stress der Mutter, der bewusst der therapeutischen Situation geschuldet und unbewusst durch Trennungsängste ausgelöst wird, führt wahrscheinlich dazu, dass sich ihre Mentalisierungsfähigkeit mindert. Brockmann (2010) stellt fest, dass besondere Stress- und Belastungssituationen unsere Mentalisierungsfähigkeit einschränken. Den Bindungsstil, der sich in der therapeutischen Szene zwischen Mutter und Tochter darstellt, würde ich als unsicher-ambivalent bezeichnen. Die Tochter kann die Reaktionen der Mutter vorhersehen. Die Mutter ist für die Tochter berechenbar. Da aber der Mutter kein Perspektivwechsel gelingt, kann sie sich wenig in die Tochter einfühlen. Denn für einen Perspektivwechsel müsste die Mutter die Tochter in ihrer Andersartigkeit anerkennen und nicht nach Ähnlichkeiten suchen.

Eine Patientin brachte das Tagebuch mit, das ihre Mutter über die ersten sechs Lebensjahre der Patientin geführt hatte. Die Mutter hatte das Tagebuch aus der Perspektive ihrer Tochter geschrieben. Hier einige

Zitate: »Ich habe den ganzen Tag in der Sonne gelegen, und meine Haut ist schon wunderbar braun« (acht Monate). »Mit diesen Stiefelchen kann ich zwar noch nicht laufen, sehe aber dafür sexy aus« (neun Monate). »Ich bin zwar dumm, aber sehr süß« (achtzehn Monate).

Es könnte durchaus sein, dass solche Überidentifizierungen mit ihrer Tochter der Mutter die Spiegelung der genuinen Affekte der Tochter erschwert. Untersuchungen haben gezeigt, dass es Zusammenhänge zwischen der Mentalisierungsfähigkeit der primären Bezugsperson und der Entwicklung eines Bindungsmusters beim Kind gibt. Unsicher-ambivalente und desorganisierte Bindungen haben die Funktion, die Nähe zur primären Bezugsperson auf Kosten der Reflexionsfähigkeit aufrechtzuerhalten (Brockmann 2010). Durch die Geburt einer Tochter werden darüber hinaus die bewussten und unbewussten Beziehungsgeflechte zur eigenen Mutter aktiviert (Bell 1996).

3.5 Allgemeine Risikofaktoren für eine Essstörung

Es liegen viele retrospektive Studien sowie einige prospektive Studien über Risikofaktoren zur Entwicklung einer Essstörung vor. Zu den Risikofaktoren zählen Schwangerschaftskomplikationen, Frühgeburt, frühkindliche Gesundheitsprobleme, Überängstlichkeit, Übergewicht in der Kindheit, fütter- und gastrointestinale Probleme (Jacobi 2005). Weitere Risikofaktoren, besonders für Bulimie, stellen Familien-Diäten, Kommentare über Essen, über Körperform oder -gewicht dar (Zipfel 2005). Inwieweit das weibliche Geschlecht an sich als Risikofaktor gelten muss, ist wissenschaftlich noch nicht hinreichend evaluiert.

4. Die Vorgespräche

Nach einem halben Jahr meldete sich Frau T. erneut. Die Terminvereinbarung war, wie auch bei unserem ersten Gespräch, völlig problemlos. Die freundliche, zugewandte Haltung, ihr Lächeln, alles erinnerte mich an unsere erste Begegnung. Sie erzählte, das Gastsemester sei gut verlaufen, sie habe auch eine freundschaftliche Beziehung mit einem Kommilitonen begonnen, die mit ihrer Abreise jedoch beendet war. Sie beschrieb den Aufenthalt als »pralles Leben«, es sei immer etwas los gewesen. Nach ihrer Rückkehr habe sie das Gefühl, in ein Loch gefallen zu sein. Vor ihrem Auslandsaufenthalt hatte sie einige Sitzungen

bei einer anderen Therapeutin wahrgenommen. Auf meine Nachfrage, warum sie die Therapie dort nicht fortsetzte, klagte sie, dass die Therapeutin ihr »nichts Neues erzählte habe« und ihre Ratschläge nicht »praktikabel« gewesen seien. So hörte ich schon im ersten Vorgespräch zwei Beziehungsgeschichten, die von ihr zeitlich begrenzt worden waren. Bezogen auf die Esssymptomatik hatte sich nach dem freien Intervall im Ausland wieder das für sie typische Muster ihrer Essstörung herausgebildet. Die Heißhungeranfälle »wüteten« dann besonders, wenn sie nicht voll beschäftigt war. Unter Vollbeschäftigung verstand sie, Tage ohne Pufferzeiten und ein Tagespensum, das nach meiner Ansicht kaum leistbar war. Als ich ihr diese Gedanken mitteilte, reagierte sie sehr gekränkt, annehmend, dass ich ihr wegen ihrer Erkrankung nichts zutraue.

Zum Ende der Stunde fragte sie mich, wie es denn nun weitergehe und was sie bis zur nächsten Sitzung machen solle. Ich besprach mit ihr den weiteren Verlauf der Vorgespräche. Dabei teilte ich auch mit, wie viele Vorgespräche zur Verfügung stehen, und kündigte an, dass wir am Ende der Vorgespräche die Therapie gemeinsam planen würden. Zudem bat ich sie, noch während der Vorgespräche einen Termin beim Hausarzt auszumachen, um sich körperlich untersuchen zu lassen (Kapitel Hausarzt). So können einerseits noch nicht bekannte gesundheitliche Probleme mit in die Therapieplanung aufgenommen werden. Andererseits ist der Besuch beim Hausarzt der erste Schritt zur Selbstfürsorge, zur Übernahme von Verantwortung für den eigenen Körper und die eigene Gesundheit.

Gebe ich Patienten weitere Vorgesprächstermine, dann weiß ich meist, dass ich mit ihnen arbeiten möchte. Das teilte ich der Patientin mit, sagte aber dazu, dass die Termine auch notwendig seien, damit sie eine bessere Vorstellung entwickle, ob sie mit mir arbeiten möchte.

Als »Hausaufgabe« vereinbarten wir, dass Frau T. sich über die Therapiesitzung Gedanken macht, dass sie sich erinnert, was sie gefühlt und gedacht hat, und ob sie sich in der Stunde wohlfühlte.

Für mich war in dieser Stunde sehr deutlich geworden, dass sie all ihre Aufmerksamkeit auf ihr Gegenüber legte und so damit beschäftigt war, ob sie dem anderen gefiele, dass sie kaum Valenzen für die Frage hatte, ob sie die andere Person möge, ob **ihr** die Person sympathisch sei. Im Verlauf der Behandlung konnten wir miteinander verstehen,

dass dieses Verhalten auch die Wahl eines adäquaten Partners erschwerte, weil sie nur darauf schaute, ob der Mann sie mochte.

Für das Gelingen einer Therapie hat Ferenczis (1999) Aussage »Ohne Sympathie keine Heilung« auch heute noch Gültigkeit. Die gegenseitige Sympathie, die auch durch unsere impliziten Beziehungserfahrungen gespeist wird, ist für die therapeutische Beziehung und damit auch für den Heilungsprozess von eminenter Wichtigkeit.

4.1 Die Arbeit mit Essprotokollen

Im dritten oder vierten Vorgespräch bitte ich die Patientin, für einige Tage ein Essprotokoll zu führen (Kapitel Ernährungsberatung). Die Essprotokolle werden mit der Patientin in der Stunde besprochen. Diese Tagesaufzeichnungen helfen beim Klären, wie gut die Patientin für sich selbst sorgen kann, ob sie in der Lage sein wird, sich während der Therapie, in der es auch anstrengende und schwierige Phasen gibt, ausreichend zu ernähren.

Karin T. hatte auf dem Computer ein eigenes Essprotokoll entworfen. Die Maske war so konfiguriert, dass sie die Eintragungen direkt im Rechner vornehmen konnte. In die Stunde brachte sie die ausgedruckten Protokolle mit. Da hielt ich nun mehrere »perfekte Tage« ihres Lebens in der Hand. Mein Gegenübertragungsaffekt war Enttäuschung. Und auch bei der Patientin spürte ich Frustration über das Ausbleiben des Lobes zu der mustergültig ausgeführten Hausaufgabe. Die Gestaltung des Essprotokolls war übersichtlich und klar. Aller Kampf, alles Zögern – Gefühle, die sich oft indirekt über die Handschrift, den gewählten Stift ausdrücken, fehlten dieser perfekten Fassung. Inhaltlich war es das typische Essprotokoll eines Menschen, der damit kämpft abzunehmen. Ihre Ernährung setzte sich aus unendlich vielen »gesunden« Nahrungsmitteln wie Obst und Gemüse zusammen, Fette oder Kohlehydrate waren kaum aufgeführt. An manchen Abenden hatte sie einen Strich statt der Nahrungsmittel eingetragen. Das waren die Abende mit den Heißhungeranfällen, dazu Frau T.: »Die sind so furchtbar, wenn ich das wirklich aufschreibe, verachten Sie mich.«

Diese Momente des therapeutischen Gespräches sind eine Einladung zu fragen, wie die Patientin mich erlebt und was sie über mich denkt, welche »Theory of Mind« sie über mich habe. Ich verwende diesen Begriff nicht im Sinne der Übertragung, die sich ja weitgehend im Unbewussten abspielt und sich in den Vorgesprächen szenisch mitteilt,

sondern im Sinne der bewussten Annahmen, der »Theory of Mind« der Patientin über mich. Hier zeigt sich, wie gut die Fähigkeit der Patientin ist, eine Annahme über Bewusstseinsvorgänge eines anderen Menschen zu entwickeln.

Zudem kann die Arbeit mit Essprotokollen die Patientin motivieren, zusätzlich zur Psychotherapie Unterstützung bei einer Ernährungsberatung in Anspruch zu nehmen. Die Analyse der Essprotokolle vermag aber noch mehr. Mit Hilfe der Aufzeichnungen können die vergangenen Tage in ihrer Vollständigkeit gemeinsam betrachtet werden. Emotionale Zustände werden erinnert und durch das (Mit-)Teilen dieser erinnerten Affekte mit der Therapeutin neu bewertet. Das Verbalisieren der emotionalen Verfassung hilft, aus den nur gelebten Situationen eine erzählte Geschichte zu entwickeln, diese Geschichte mit der Therapeutin zu teilen und sie so dem expliziten Bewusstsein zugänglich zu machen (Stern 2005, Giesemann 2010). Durch das Interesse für die Nahrung, die die Patientin zu sich nimmt, entsteht eine erste Annäherung, die für die Patientin weitgehend kontrollierbar bleibt und deshalb nicht abgewehrt werden muss. So kann sich auf dem Terrain des Symptoms der implizite Beziehungsraum weiten.

4.2 Das Symptom als Symbol für Identifikation und Beziehungen

Das Symptom ist ein zentraler Abwehrmechanismus zum Schutz vor Gefühlen. Es kann als eine Panabwehr bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, aber auch nur zur Abwehr bestimmter Gefühle herangezogen werden. Zudem drückt das Symptom nicht nur Gefühle aus, sondern in symbolisierter Form auch Identifikationen und Beziehungen. Für einen Teil der Patientinnen ist die Essstörung Ersatz für zwischenmenschliche Beziehung. Therapeutisch ist es deshalb wichtig, die auslösende Situation für einen Essanfall zu untersuchen, um eine Verbindung zwischen dem innerpsychischen Erleben und den zwischenmenschlichen Beziehungen der jeweiligen Patientin herzustellen, um so gemeinsam den Mechanismus des Symptoms zu verstehen.

Bei anorektischen Patientinnen wird durch die Essprotokolle deutlich, wie stark sie den Kontakt mit der Umwelt meiden. So hat das real zu geringe oder sehr stereotype Essen auch einen symbolischen Ausdruck. Die gemeinsame Analyse der Essprotokolle kann ergeben, dass die aufgeschriebenen Tagesverläufe und Nahrungsmengen nichts mit

der Wirklichkeit gemein haben. Sie entspringen dem bewussten Wunsch der Patientin, brav zu sein und von allen Menschen in Frieden gelassen zu werden. Unbewusst versucht sie sich einer Vereinnahmung zu entziehen. Die alleinige Macht über das, was sie isst und ist, ist der mühsam erkämpfte Autonomieteil ihres Lebens. Das Symptom ist für die Patientin ein Teil ihrer Identität, den sie aufrechterhalten will.

»Wie alles, was als kostbar gilt, wird ›Realität‹ häufig imitiert, gelegentlich vorgetäuscht oder für etwas genommen, was sie gerade nicht ist – was nur bezeugt, wie sehr wir diese Gegebenheiten als solche schätzen.« (Oliner 2011, S. 385)

Die konkrete Arbeit an der Lebensrealität, hier dem Essprotokoll, zeigt, wie stark der Veränderungswunsch der Patientin ist und welche Möglichkeiten zur Introspektion ihr zur Verfügung stehen. Manche Patientinnen sind enttäuscht, haben sie sich doch von einer Psychoanalyse erwartet, dass ausschließlich die Vergangenheit bearbeitet wird und sich dadurch automatisch und wie von selbst die Aktualkonflikte im realen Leben lösen. Unbewusst wünschen diese Patientinnen sich, nicht selbst aktiv werden zu müssen.

4.3 Die Bedeutung des Erzählens von Lebensgeschichte und Vergangenheit

Natürlich muss die Lebensgeschichte der Patientin Raum in den Vorgesprächen bekommen. Dabei können wir, wie schon beschrieben, viel mehr als nur biografische Daten über die Patientin erfahren.

»[...] die Psychoanalyse [versteht] sich auf die Prinzipien und Motive der Konstruktion subjektiver Lebensgeschichten. Sie untersucht Gründe für lokale Verzerrungen und für umfassende Beeinträchtigungen der Lebensgeschichte, die zu fehlendem Zusammenhang, mangelnder Nachvollziehbarkeit und Widersprüchen führen. Die Arbeit an bedrohlichen Regungen im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung erleichtert die Konstruktion einer zutreffenderen sowie konsistenteren, kohärenteren und agentischeren Lebensgeschichte.« (Habermas 2010, S. 663 – 664)

Für meine therapeutische Arbeit sind die Erzählungen der Patientin über ihr Leben von großer Bedeutung. Sie begleiten die Therapie und

tragen wesentlich dazu bei, den impliziten Beziehungsraum zwischen Patientin und Therapeutin zu erweitern. Durch das Teilen der erinnerten Lebensgeschichte wird diese zur »lebendigen Vergangenheit«, zu einer Erinnerung aus der Vergangenheit, die in der Gegenwart gefühlt wird (Stern 2005).

Der narrativen Perspektive von Frau T. auf ihr Leben fehlte weitgehend die Innensicht. Ihre Erzählungen blieben unpersönlich, unberührt. Ich erlebte sie als wenig involviert in die eigene Lebensgeschichte, ihr Erzählstil war distanziert und geprägt von vagen Formulierungen. Diese non-argentinische, scheinbar nicht selbst erlebte Form des Erzählens ruft beim Zuhörer eher eigene Emotionen hervor, als dass er sich empathisch auf sein Gegenüber einstellen kann (Habermas 2010). Meine Gegenübertragungsreaktion bei Frau T. war geprägt von Langeweile und Desinteresse. Gleichzeitig entstand das Gefühl, als Therapeutin zu versagen. Die Form der unbeteiligten Erzählung ließ aber auch ein großes Konfliktpotenzial in der Ursprungsfamilie vermuten und zeigte das Ausmaß des Widerstandes, sich mit ihrer Familie auseinanderzusetzen. Es war eine zunächst unbewusste Kollusion zwischen der Patientin und mir entstanden, durch die verhindert wurde, dass ich weiter nachfragte. Sobald mir dies bewusst wurde, fragte ich die Patientin nach ihren Gefühlen zu den erzählten Episoden ihres Lebens.

Frau T. berichtete, dass ihr Vater über viele Jahre aus beruflichen Gründen nur am Wochenende zu Hause war. Ihr Bruder und sie seien ihm am Freitagabend immer fröhlich entgegengeläufig und hätten um ihn herumgetanzt. Auf meine Frage nach ihren Emotionen hielt sie inne und sagte, dass sie nicht immer Lust dazu gehabt habe, aber dass sie wusste, dass der Vater mit Ärger und schlechter Laune reagierte, wenn die Begrüßung ausblieb. Sie lächelte mich dabei unter Tränen an. Ich sah in diesem Moment ein Mädchen vor mir, das immer fröhlich sein musste, unabhängig davon, wie sie sich wirklich fühlte. Erst viel später sollte ich erfahren, dass der Vater häufig von Mutter, Bruder und ihr als Störenfried erlebt wurde. Er war der, der zur Ordnung rief, den Kühlschrank nach abgelaufenen Lebensmitteln inspizierte und dem die Schulleistungen zur Bewertung vorgelegt werden mussten. Gute Schulleistungen dienten nicht nur dazu, dem Vater zu imponieren, sondern auch die Mutter vor den Entwertungen und Angriffen des Vaters zu schützen. Die Mutter wurde für jede häusliche Unbill vom Vater zur Verantwortung gezogen.