

Diepold, Barbara

Eßstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 32 (1983) 8, S. 298-304

urn:nbn:de:bsz-psydok- 30081

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Praxis und Forschung

<i>Bauers, W.:</i> Familientherapie bei stationärer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Family Therapy in Connection with Clinical Psychotherapy for Children and Teenager)	224
<i>Buddeberg, B.:</i> Kinder mißhandelter Frauen – Struktur und Dynamik von Mißhandlungsfamilien (Children of Battered Wives – Structure and Psychodynamics of Violent Families)	273
<i>Büttner, M.:</i> Legasthenie – Langzeitverlauf einer Teilleistungsschwäche (Congenital Alexia – A Long Time Procedure)	45
<i>Castell, R., Benka, G., Hoffmann, I.:</i> Prognose enkopretischer Kinder bei stationärer Behandlung (Prognosis of Encopretic Children after Therapy on a Ward for Psychosomatic Diseases)	93
<i>Dellisch, H.:</i> Das symbiotisch-psychotische Syndrom (M.S. Mahler) (The Symbiotic Psychotic Syndrome According to M.S. Mahler)	305
<i>Diepold, B.:</i> Eßstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Childhood Eating Disorders)	298
<i>Fries, A.:</i> Sprachstörungen und visuelle Wahrnehmungsfähigkeit (Speech Disorders and the Act of Visual Perceiving)	132
<i>Gehring, Th.M.:</i> Zur diagnostischen Bedeutung des systemorientierten Familienerstinterviews in der ambulanten Kinderpsychiatrie (The Relevance of Systemorientated Initial Family Interview for Diagnosis in Ambulant Child Psychiatry)	218
<i>Geuss, H.:</i> Ursachen der Wirksamkeit Tachistiskopischer Trainings bei Schreib-/Leseschwäche (Tachistoscopic Trainings with Dyslectic Children: Mechanism of Efficiency)	37
<i>Glanzer, O.:</i> Zur kombinierten Behandlung eines 12-jährigen mit dem Sceno-Material und dem Katathymen Bilderleben (Combined Treatment of a Twelve-Year-Old with Sceno-Test Methods and Guide Affective Imagery)	95
<i>Kind, J.:</i> Beitrag zur Psychodynamik der Trichotillomanie (Contribution to the Psychodynamic of Trichotillomania)	53
<i>Klessmann, E., Klessmann, H.-A.:</i> Anorexia nervosa – eine therapeutische Beziehungsfalle? (Anorexia nervosa – A Therapeutical Double Bind)	257
<i>Klosinski, G.:</i> Psychotherapeutische Team- und Elternberatung leukosekranker Kinder während der Behandlung unter Isolationsbedingungen (Psychotherapeutic Team-Consultation including the Parents of Leukosis Children Treated under Conditions of Isolation)	245
<i>Lehmkuhl, G., Eisert, H.G.:</i> Audiovisuelle Verfahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten (Audio-Visual Methods in Psychiatric Treatment of Children and Juveniles: Diagnostic and Therapeutic Opportunities)	293
<i>Lempp, R.:</i> Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem Klinikum: Aufgaben – Bedürfnisse – Probleme (Child-Guidance-Sections in a Clinical Center: Tasks – Needs – Problems)	161
<i>Meier, F., Land, H.:</i> Anwendung und Prozeßevaluation eines Selbstkontrollprogramms bei Enuresis diurna (Use and Process Evaluation of a Self-Control-Program in Case of Diurnal Enuresis)	181
<i>Merkens, L.:</i> Basale Lernprozesse zur Förderung der visuellen Wahrnehmungsfähigkeit bei Autismus, hirnorganischen Schädigungen und sensorisch-motorischen Deprivationen (Basic Training Processes for the Development of Visual Perception with Autism, Organic Brain Damage, and Sensorimotor Deprivation)	4
<i>Neeral, T., Meyer, A., Brähler, E.:</i> Zur Anwendung des GT-Paartests in der Familiendiagnostik (The Application of the „Gießen Test for Couples“ in Family Therapy)	278

<i>Neumann, J., Brintzinger-v. Köckritz, I., Leidig, E.:</i> Tussis hysterica – Beschreibung eines ungewöhnlichen Symptoms (Tussis hysterica – Case Description of an Unusual Symptom)	206
<i>Pauls, H.:</i> Rollenübernahmefähigkeit und neurotische Störung bei 10- bis 12jährigen Kindern – Eine Korrelationsstudie (Role-taking-ability and Neurotic Disturbances with Children Aged between 10 and 12 Years – A Study of Correlation)	252
<i>Paulsen, S.:</i> Die Familie und ihr zweites Kind – Erwartungen der Eltern während der Schwangerschaft (The Family and the Second Child – Expectations of the Parents during Pregnancy)	237
<i>Peltonen, R., Fedor-Freybergh, P., Peltonen, T.:</i> Psychopathologische Dynamik nach der Schwangerschaftunterbrechung oder das „Niobe-Syndrom“ der modernen Zeit (Psychopathological Dynamics after Procured Abortion or the Modern Niobe-Syndrome)	125
<i>Perinelli, K., Günther, Ch.:</i> Unverarbeitete Trauer in Familien mit einem psychosomatisch kranken Kind (The Role of a Disturbed Mourning Process in Psychosomatic Families)	89
<i>Saloga, H. W.:</i> Probleme des elektiven Mutismus bei Jugendlichen (Problems of Adolescent Elective Mutism)	128
<i>Schmidtchen, St., Bonhoff, S., Fischer, K., Lilienthal, C.:</i> Das Bild der Erziehungsberatungsstelle in der Öffentlichkeit und aus der Sicht von Klienten und Beratern (The Image of Child-Guidance Clinics among Members of the Public, Clients and Counselors)	166
<i>Schönke, M.:</i> Diagnose des sozialen Lebensraumes im Psychodrama (Diagnosis of Social Life Space in Psychodrama)	213
<i>Steber, M., Corboz, R.:</i> Zusammenhänge zwischen Geschwisterposition und Intelligenz sowie Persönlichkeit bei verhaltensauffälligen Kindern (Realations between Birth Order, Intelligence and Personality in Children with Problem Behavior)	67
<i>Steinhausen, H.-Ch.:</i> Elterliche Bewertung der Therapie und des Verlaufs bei kinderpsychiatrischen Störungen (Parental Evaluation of Therapy and Course of Child Psychiatric Disorders)	11
<i>Steinhausen, H.-Ch.:</i> Die elterliche Zufriedenheit mit den Leistungen und Erfahrungen im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik (Parental Satisfaction in an Outpatient Child-Psychiatric-Clinic)	286
<i>Sturzbecher, K.:</i> Geschwisterkonstellation und elterliche Unterstützung oder Strenge (Sibling Configurations and Parental Support or Severity)	57
<i>Voll, R., Allehoff, W.-H., Schmidt, M. H.:</i> Fernsehkonsum, Lesegewohnheiten und psychiatrische Auffälligkeit bei achtjährigen Kindern (TV-Konsum, Reading Practice and Child Psychiatric Disorder in eight-year-old Children)	193
<i>Wiesse, J.:</i> Zur Funktion der Regression in der Adoleszenz (On the Function of Regression in Adolescence)	1

Pädagogik und Jugendhilfe

<i>Dellisch, H.:</i> Auswirkungen der Charakterstruktur in der Schule (Effects of Personality Structures in School)	76
<i>Ertle, Ch.:</i> Psychoanalytische Anmerkungen zum Handeln des Lehrers (A Psychoanalytical Approach to the Teaching of Behaviorally Disturbed Children)	150
<i>Hagleitner, L.:</i> Der sogenannte Animismus beim Kind (Child Animism)	261
<i>Hobrücker, B.:</i> Die Persönlichkeit von Jugendlichen mit Suizidhandlungen: Stichprobenvergleich und Klassifikation (The Personality of Adolescents with Parasuicides: Comparison of Samples and Taxonomic Klassifikation)	105

<i>Lauth, G.:</i> Erfassung problemlöserrelevanter Kognitionen bei Kindern (Assessment of Childrens Problemsolving Skills) . . .	142	lungsmöglichkeiten: Eine Erwiderung zu Leistikows „Wechselwirkungsmodell ...“	82
<i>Schulteis, J. R.:</i> Hat der Begriff verhaltensgestört unterschiedliche Dimensionen? (What does the Term Behaviorally Disturbed Mean according to Different Points of View) . .	16	<i>Leistikow, J.:</i> Stellungnahme zu „Die Klarheit des eigenen Weltbildes als wesentliche und grundsätzliche Voraussetzung therapeutischer Handlungsmöglichkeiten“ von Jürgen Hargens	85
<i>Will, H.:</i> Zur Tätigkeit und Ausbildung von Diplom-Psychologen in der Heimerziehung (Employment and Training of Certified Psychologists in Institutional Education)	71	In memoriam Heinz-Walter Löwenau	117
Berichte aus dem Ausland		Gerhard Nissen zum 60. Geburtstag	233
<i>Brinich, P. M., Brinich, E. B.:</i> Adoption und Adaption (Adoption and Adaption)	21	Reinhart Lempp zum 60. Geburtstag	267
<i>Martin, P., Diehl, M.:</i> Die Einweisung in ein ‚Mental Health Institute‘ als kritisches Lebensereignis – Aspekte der kognitiven Repräsentanz (Admission into a Mental Health Institute)	26	Hellmut Ruprecht – 80 Jahre	315
Tagungsberichte		Literaturberichte: Buchbesprechungen	
<i>Remschmidt, H.:</i> Bericht über den VII. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 4.–8. Juli in Lausanne	312	<i>Häfner, H. (Hrsg.):</i> Forschungen für die seelische Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Forschung und ihrer Probleme in der Bundesrepublik Deutschland	233
<i>Schmidt, M. H.:</i> Bericht über die 18. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 9.–11. Mai in Marburg	310	<i>Hauschild, Th.:</i> Der böse Blick	157
<i>Sellschopp, A., Häberle, H.:</i> Bericht über die zweite Arbeitstagung für Ärzte und Psychologen in der onkologischen Pädiatrie	114	<i>Kornmann, R., Meister, H., Schlee, J. (Hrsg.):</i> Förderungs-Diagnostik. Konzept und Realisierungsmöglichkeiten	187
<i>Steinhausen, H.-Cb.:</i> Bericht über den Second World Congress of Infant Psychiatry vom 29.3.–1.4. 1983 in Cannes, Frankreich	186	<i>Leber, A. (Hrsg.):</i> Heilpädagogik	157
Kurzberichte		<i>Mandl, H., Huber, L. (Hrsg.):</i> Emotion und Kognition	269
<i>Hargens, J.:</i> Die Klarheit des eigenen Weltbildes als wesentliche und grundsätzliche Voraussetzung therapeutischer Hand-		<i>Mertens, W. (Hrsg.):</i> Psychoanalyse: ein Handbuch in Schlüsselbegriffen	317
		<i>Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hrsg.):</i> Studien zur Kinderpsychoanalyse. Jb. I und II. . . .	234
		<i>Schneider, H.:</i> Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses	268
		<i>Zimmer, D. (Hrsg.):</i> Die therapeutische Beziehung. Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien der Gestaltung	316
		Mitteilungen: 34, 86, 116, 158, 188, 235, 270, 318	

Eßstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Von Barbara Diepold

Zusammenfassung

Über Eßstörungen bei Erwachsenen ist in den letzten Jahren vermehrt gearbeitet worden; auffallend spärlich ist dagegen die Literatur über Eßstörungen bei Kindern.

Die vorliegende Arbeit versucht, ausgehend von empirischen Daten aus einer größeren Erziehungsberatungsstelle, Quantität und Qualität kindlicher Eßstörungen zu beschreiben und einzuordnen: In welchem Umfang treten Eßstörungen bei Kindern in der psychotherapeutischen Praxis auf? Mit welchen anderen Symptomen sind sie gekoppelt? Wie sind generell Essen und Eßstörungen psychoanalytisch und sozialpsychologisch einzuordnen? Welche therapeutischen Konsequenzen sind daraus zu ziehen?

Einleitung

Nach dem Ernährungsbericht der Bundesregierung von 1980 sind 60 % aller Bundesbürger übergewichtig. Viele Menschen leiden an ihrer Übergewichtigkeit, die u.a. auch eine gewaltige finanzielle Belastung für die Volkswirtschaft darstellt. Die durchschnittlichen Kosten für die ernährungsbedingten Folgeerscheinungen sind hoch und steigen trotz aufwendiger Informationskampagnen, wie z.B. die „Trimm Dich Aktion“ oder die Fernsehsendung „IDR“ („Iß das

Richtige“), weiter an (*Aliabadi/Lehnig*, 1982). Ganze Wirtschaftszweige machen Geschäfte mit der Übergewichtigkeit: Reformhäuser mit Diätprodukten, Apotheken mit Schlankheitsmitteln, Firmen mit medizinischen Geräten, Autoren mit immer neuen Diätvorschlägen.

Über Eßstörungen bei Erwachsenen ist in den letzten Jahren vermehrt gearbeitet worden (vgl. *Aliabadi/Lehnig, Battegay, Bruch, Pudel*). Eher spärlich ist die Literatur über Eßstörungen bei Kindern, ausgenommen die Fülle von Untersuchungen zum Krankheitsbild der Anorexia nervosa. Drei mir bekannte Arbeiten befassen sich allgemein mit Eßstörungen im Kindesalter (*A. Freud, A. Bemtovim, W. Sagebiel u.a.*), die Arbeiten von *Bruch, Tolstrup* und mein Aufsatz über Bulimie befassen sich mit einzelnen Krankheitsbildern.

Unterstellt man, daß viele Störungen bei Erwachsenen eine Folge gestörter Eßgewohnheiten sind, die bereits in der Kindheit ihren Ursprung haben, dann muß dieser Sachverhalt nachdenklich stimmen. Sind Eßstörungen bei Kindern so selten wie die Literatur darüber? Oder werden sie möglicherweise übersehen? In welchem Umfang treten Eßstörungen bei Kindern in der psychotherapeutischen Praxis auf? Mit welchen anderen Symptomen sind sie gekoppelt? Wie sind generell Essen und Eßstörungen entwicklungspsychologisch und sozialpsychologisch einzuordnen? Welche therapeutischen Konsequenzen sind daraus zu ziehen?

1. Eßstörungen in der psychotherapeutischen Praxis

1.1. Zu den Daten

Im Beratungs- und Therapiezentrum der Stadt und des Landkreises Göttingen wurden in den letzten beiden Jahren 454 Fälle abgeschlossen (220 Fälle im Jahre 1981, 234 Fälle im Jahre 1982). In 39 Fällen wurden neben anderen Symptomen Eßstörungen diagnostiziert. Diese Fälle habe ich auf der Basis der Behandlungsunterlagen in bezug auf die Art der Eßstörung und auf die Kombination mit anderen Symptomen einer Sekundäranalyse unterzogen.

Bevor die qualitativen Ergebnisse dargestellt werden, sei auf einige Auffälligkeiten im quantitativen Bereich hingewiesen. Zum einen ist das geringe Vorkommen von Eßstörungen – nur bei 8,4 % aller Fälle – bemerkenswert, das angesichts der Wichtigkeit des Problems bei Erwachsenen überrascht. Auffällig ist dabei, daß Eßstörungen nie der primäre Vorstellungsgrund eines Kindes oder Jugendlichen in der Beratungsstelle sind, es sei denn, es handelt sich um ein so bedrohliches Krankheitsbild wie die Anorexia nervosa. In der Regel wird über die Eßstörung erst gesprochen, wenn der Untersucher etwa fragt: „Gibt es sonst noch etwas, was Ihnen bei Ihrem Kind Sorgen oder Schwierigkeiten macht?“, oder wenn er im Anamnesengespräch dazu auffordert zu erzählen, wie sich das Kind vom Säuglingsalter an beim Essen verhalten habe. Eßstörungen sind offenbar weniger auffallend als andere Symptome. Insofern stimmt die Praxis dieser Beratungsstelle mit der Literaturlage durchaus überein.

Diese Unauffälligkeit steht nun allerdings in einem merkwürdigen Kontrast zur Behandlungsbedürftigkeit, wie die folgende Tabelle zeigt: *Patienten mit Eßstörungen bedurften hochsignifikant häufiger einer analytischen Psychotherapie als andere Patienten.*

Tabelle: Indikation für analytische Kinderpsychotherapie

	Eßstörungen	andere Symptome	Summe
Beratung	22 = 56 %	361 = 87 %	383 = 84 %
Therapie	17 = 44 %	54 = 13 %	71 = 16 %
Summe	39 = 100 %	415 = 100 %	454 = 100 %

Bei 383 der 454 Patienten wurde eine Beratung von durchschnittlich 6 Stunden Dauer durchgeführt oder ein bestimmtes Teilleistungstraining verordnet, bei 71 (16 %) war eine längere analytische Kinderpsychotherapie indiziert. Unterstellt man, daß Artefakte weitgehend ausgeschlossen sind (Anamnese und Diagnose werden von verschiedenen Untersuchern vorgenommen, ein besonderes Interesse für Eßstörungen liegt – außer bei mir – nicht vor), dann ist auffällig, daß bei den Patienten mit Eßstörungen in 44 Prozent aller Fälle – gegenüber 13 % ohne diese Symptomatik – eine analytische Kinderpsychotherapie durchgeführt wurde. Von den 39 Fällen mit Eßstörungen hätten eigentlich 33 (der statistische Erwartungswert) mit einer Beratung auskommen müssen, statt der 17 Kinder hätte

man eigentlich nur bei 6 mit einer längeren Behandlung rechnen sollen¹. Wenn die behandelten Fälle von Eßstörungen tatsächlich *behandlungsbedürftiger* (im Sinne einer längeren analytischen Therapie) waren als vergleichbare andere Fälle, dann stellt sich die Frage nach Zusammenhängen und Hintergründen, selbst wenn man aus dem begrenzten Datenmaterial ohne weitere, umfassendere Untersuchungen noch keine allgemeinen Schlüsse ziehen darf.

1.2. Phänomenologische Betrachtung

Die vorkommenden Eßstörungen (N = 39) lassen sich in 5 Gruppen zusammenfassen:

Das Essen wird abgelehnt (N = 7)

In seiner Extremform wird das Essen bis hin zur Verhungerung bei dem Krankheitsbild der Anorexie (N = 3) abgelehnt. Die meist weiblichen Patienten lehnen ihre weibliche Rolle in der Regel ab, demonstrieren Triebverzicht in einer Welt des Überflusses und scheinen Befriedigung durch eine Existenz zwischen Leben und Tod sowie die Machtlosigkeit ihrer Beziehungspersonen zu erleben. *Battegay* nennt die Magersuchtpatienten in seiner 1982 erschienenen Monographie „Die Hungerkrankheiten“ „ein Denkmal des zur Sucht gewordenen Hungers“ (S.21). *Bruch* prägte das Bild des „goldenen Käfigs“, in dem die Patienten stecken. Weniger dramatisch ist das Eßverhalten der sog. „schlechten Esser“, die unter Appetitlosigkeit leiden und denen es offenbar nicht möglich ist, Lustgewinn aus der Stillung des Hungergefühls und aus dem Geschmack der Speisen zu ziehen.

Es wird zuviel gegessen (N = 14)

Auch hier gibt es eine Bandbreite von ernsten Krankheitsbildern bis hin zu leichteren Formen. Auf der einen Seite das gravierende Krankheitsbild der Bulimie (deutsch: entweder Freßsucht oder auch Kortsucht genannt), bei der durch das Essen gigantischer Nahrungsmengen und das darauffolgende Erbrechen und Laxantienabusus akute Lebensgefahr auftreten kann. Eine Reihe von Forschern hält dieses Krankheitsbild für eine Variante der Anorexia nervosa. Ich halte es zum Kreis der Borderlinesyndrome gehörig, mit allen Problemen, die sich daraus für eine Therapie ergeben (*Diepold*, 1981). Neueste Untersuchungen zeigen, daß es in den letzten Jahren stark zunimmt, sowohl in den Vereinigten Staaten als auch in Europa.

Eine Adipositas (N = 3) entwickelt sich, wenn übermäßig gegessen wird, oder wenn die Nahrung übermäßig gut vom Körper verwertet wird. In der Regel werden adipöse Kinder und Jugendliche nicht dem Schweregrad ihrer Krankheit entsprechend ernst genommen. Beim Anblick eines anorektischen Mädchens sind Mediziner und Thera-

¹ Die zufallskritische Überprüfung des Zusammenhangs zwischen Eßstörung und Indikation für eine analytische Kinderpsychotherapie ($\Phi = 0,24$) zeigt bei einem Chi-Quadrat-Wert von 25,3 und einem Freiheitsgrad Signifikanz auf dem 0,1 %-Niveau.

peuten alarmiert, sie wissen um den lebensbedrohlichen Zustand dieser Krankheit und um die Schwierigkeiten im Bezug auf therapeutisches Einwirken. Einem adipösen Patienten gegenüber verhalten sie sich anders: ihm werden Vorwürfe gemacht, etwa so: auch so einer, der zuviel ißt, wahrscheinlich ißt er zuviel Süßigkeiten, er sollte mehr Sport treiben, sollte sich einfach mehr zusammenreißen. Die Vorwurfshaltung wird häufig auch auf dessen Mutter ausgedehnt: Die sollte gesünder kochen, – oder speist sie ihr Kind vielleicht mit Süßigkeiten ab? Dicken gegenüber bestehen heftige gesellschaftliche Vorurteile, und dicke Kinder sind in der Regel Zielscheibe von Spott. Bezeichnungen wie „Dickmops“, „Fetti“, „Dicki“ belegen das. In der ärztlichen Praxis wird oftmals schnell eine Diät verordnet, ohne vorher genauer zu explorieren, welche somatischen Ursachen das Dicksein evtl. hat und ob der Patient und seine Familie überhaupt in der Lage sind, eine Diät einzuhalten. Vielleicht ist der Essensstil der Familie hektisch und gierig, vielleicht kann der Patient Gefühle von Hunger und Sattsein gar nicht unterscheiden. Vielleicht überfüttert die Mutter den Patienten, weil sie damit eigene Schuldgefühle dem Kind gegenüber dämpft. *Tolstrup* (1963) weist in seiner Arbeit „Psychosomatische Aspekte der Fettsucht im Kindesalter“ darauf hin, daß es ohne psychische Veränderung keinen Gewichtsverlust geben kann und daß man bei einer Behandlung immer mit dem sehr heftigen Widerstand sowohl vom Kind als auch von der Mutter zu rechnen habe. In diesem Zusammenhang sei *Bruch* (1973) zitiert, die diese Krankheit hin und wieder als den besten Kompromiß und als Schutz vor noch schwererer Erkrankung (Psychose) ansieht.

Das Essen ist Ersatzbefriedigung

Aus Befriedigungen, die durch Geschmack und Konsistenz von Speisen gewonnen werden, bilden sich bestimmte individuelle Vorlieben und Abneigungen heraus, z.B. Vorlieben für süße Speisen oder für bestimmte Getränke. Die Sucht nach Süßigkeiten, von Eltern auch „Naschsucht“ genannt ($N = 3$), ist häufig ein Rückgriff, eine Regression auf frühe Formen oraler Befriedigung im Angesicht schwer zu ertragender Frustrationen. Beim Nuckeln oder Daumenlutschen ($N = 3$) steht ab etwa 3 Jahren auch der Ersatzbefriedigungsaspekt im Vordergrund, hier speziell gekoppelt mit der lustvollen Reizung der Mundschleimhaut.

Wählerisches und anspruchsvolles Essen ($N = 5$)

Es ist weniger der Eßvorgang oder die orale Triebbefriedigung gestört, als vielmehr die Beziehung zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen. Häufig spielen sich Auseinandersetzungen um Art und Menge des Essens nach folgendem Muster ab. Die Mutter sagt: „Es wird gegessen, was auf den Tisch kommt“, das Kind weigert sich oder drückt seine Weigerung durch schlechtes Benehmen bei Tisch aus. Eltern beklagen sich: „Es vergeht kaum eine Mahlzeit, wo er nicht sein Glas mit Milch auf dem Tisch verschüttet, und dann dieses ständige Gezappel bei Tisch ...“. Andere Kinder drücken ihren Ärger durch Langsamesessen aus und fesseln so die Mutter u.U. stundenlang am

Tisch. Kinder dieser Gruppe fordern bestimmte Speisen, lehnen andere heftig ab, und häufig spielen sich in den Familien um das Essen im weitesten Sinne heftige Auseinandersetzungen ab.

Kopplung von Essen mit dissozialem Verhalten

Ein Aspekt, der etwas am Rande liegt, aber doch in unmittelbarer Beziehung zu Eßstörungen steht, ist dissoziales Verhalten ($N = 7$), das seinen häufigsten Ausdruck im Stehlen findet. Meistens wird Geld gestohlen, um Süßigkeiten zu kaufen, um die eigene orale Gier zu befriedigen oder um damit Freunde anzuwerben. Im letzteren Fall handelt es sich um Kinder mit meist schweren Kontaktstörungen. In einem Fall trat Stehlen von Nahrungsmitteln bei einem Mädchen mit einer Bulimie auf: sie stahl Eßbares, das sie dann sogleich suchartig verschlang. Auch das Horten von Essensvorräten in oft großen Mengen hat m.E. eine dissoziale Komponente und wird von Eltern in der Regel als unverständlich, fremd, fast verrückt beschrieben.

Soweit die Übersicht über die in den Jahren 1981/82 im Beratungszentrum Göttingen gesehenen Eßstörungen. Bei der Darstellung der Phänomene wurde nicht die intrapsychische Dynamik berücksichtigt, die sich häufig erst in einer längeren psychoanalytischen Behandlung erschließt.

1.3. Die Koppelung von Eßstörungen mit anderen Symptomen

Die Untersuchung hat ergeben, daß Eßstörungen nie als einziges Symptom genannt werden, sondern immer mit anderen Symptomen zusammen vorkommen. Mit Eßstörungen zusammen treten je 11 mal auf:

- Leistungsstörungen
- Kontaktstörungen
- Ängste

Mit Eßstörungen zusammen treten je 4 mal auf:

- depressive Verstimmungen
- Migräne
- aggressives Verhalten
- Enuresis
- Tics
- Selbstwertproblematik

Die Kopplung mit anderen Symptomen aus dem somatischen oder psychischen Bereich oder dem der Verhaltensauffälligkeiten ist nicht signifikant.

2. Die Entwicklung der Essensfunktion und ihre Störanfälligkeit

Es ist ein Ziel kindlicher Entwicklung, die Nahrungszufuhr quantitativ und qualitativ, aktiv und rationell aufgrund des eigenen Bedarfs zu regulieren, unabhängig vom Ernährer und von seinen eigenen unbewußten Phantasien (*A. Freud*, 1946). Dieses Endziel reifen, autonomen Essens wird in folgenden Entwicklungsschritten erreicht:

- a) das Ernährtwerden im Säuglingsstadium
- b) die Entwöhnung von Brust oder Flasche

- c) erstes selbständiges Essen
- d) allmähliche Auflösung der Gleichstellung von Nahrung und Mutter und Selbständigkeit der Essensfunktion

a) Vor der Geburt gibt es für den Menschen keine Nahrungsprobleme. Er herrscht ein idealer Zustand, bei dem ihm die Nahrung durch die Nabelschnur in ausreichender Menge und richtiger Temperatur zufließt. *Grunberger* bezeichnet diesen Zustand als ein „erhaben-erhebendes Gefühl“ (*Grunberger*, 1976, S.33), nachdem der Mensch Zeit seines Lebens Sehnsucht habe. Mit seiner Geburt ist der Mensch dann plötzlich mit dem Hunger konfrontiert, er ist darauf angewiesen, daß seine Umwelt nährend und versorgend für seine Bedürfnisse da ist. Deshalb bezeichnet *Portmann* den Säugling in Hinsicht auf die absolute Hilflosigkeit der ersten Lebensmonate als „physiologische Frühgeburt“. In den ersten Lebensmonaten stehen die leiblichen Bedürfnisse und ihre Befriedigung im Vordergrund. Das Nahrungsbedürfnis z.B. wird außerordentlich intensiv und bedrohlich erlebt und jeder Spannungszustand wird für den Säugling dadurch verschärft, daß ihm noch Möglichkeiten fehlen, das Erlebte als bestimmte Gefühle wahrzunehmen, zu differenzieren und einzuordnen. Er kann die Unlustspannungen noch nicht den verschiedenen, sie verursachenden Quellen zuordnen, wie Hunger, Nässe, Kälte oder Überwärmung. Erst die Pflege der Mutter, die sich nach *Winnicott* am Ende der Schwangerschaft und während des ersten Lebensjahres des Kindes in einem ganz spezifischen Zustand der inneren Einstellung auf ihr Kind befindet, den er „primäre Mütterlichkeit“ nennt, versetzt das Kind in die Lage, die verschiedenen Qualitäten des Unwohlseins differenzierend wahrzunehmen (*Winnicott*, 1958). Damit einher geht die Zunahme der Leistungsfähigkeit der Sinnesorgane und des Nervensystems. Es ist vorstellbar, welch eine Verunsicherung es für den Säugling bedeutet, wenn jede Unlustäußerung von der Mutter durch Fütterung die Antwort erhält: „Du hast Hunger“, auch wenn die eigentliche Quelle der Unlust vielleicht Nässe oder Kälte war. Die Wahrnehmungs- und Differenzierungsfähigkeit wird entscheidend eingeschränkt.

Wenn der Säugling in diesen ersten Lebensmonaten aber von einer „ausreichend guten Mutter“ versorgt wird, die adäquat auf seine Bedürfnisse eingeht, dann wird er ein Grundgefühl entwickeln, das *Erikson* „Urvertrauen“ genannt hat, das vor jeder Vorstellung und kognitiver Wahrnehmung liegt und dem Säugling ein Gefühl von Sicherheit auch in bedrohlichen Zuständen von Unlust und Gefahr gibt (*Erikson*, 1966).

Ich finde es nützlich, sich in bezug auf die Entstehung von Eßstörungen klarzumachen, was *Winnicott* so treffend mit dem Begriff „ausreichend gute Mutter“ meint. Er spricht nicht von der guten Mutter und meint nicht die immer versorgende, sondern er meint die Mutter, die ihrem Kind den Wechsel zwischen Präsenz und Absenz bietet. Gerade dadurch qualifiziert sich das Selbst- und Weiterleben des Kindes; denn wenn die Mutter immer real vorhanden wäre, brauchte das Kind sie nicht psychisch zu reproduzieren. Es brauchte kein inneres Bild zu entwickeln, keine Repräsentanz des Objektes.

Gerade der Wechsel von Befriedigung und Frustration – der Wechsel von Hunger und Sattsein – ist Voraussetzung zum Phantasieren, Denken, zur Zeiterfahrung und Realitätsprüfung. Eine Mutter, die ständig für das Kind da ist und all seine Unlustsignale als Hunger mißdeutet und mit Nahrungszufuhr beantwortet, verhindert, daß sich die Persönlichkeit des Kindes mit den eben genannten Prozessen strukturiert.

In dieser ersten Lebensphase des passiven Ernährtwerdens durch Brust oder Flasche kann es Störungen geben durch ein zu rigides zeitliches Reglement. Mir scheint jedoch, daß der „eiserne Vierstunderrhythmus“ weitgehend der Vergangenheit angehört. Unsicherheiten und Ängste der Mütter können sich auf die Nahrungsmenge und deren Konsistenz beziehen. *Zauner* meint, daß Dissonanzen in dieser ersten Zeit zu bleibenden Störungen einer positiven Beziehung zur Nahrung führen können, d.h. also zu einer zunächst völlig diffusen, noch mehr somatisch verankerten Unlust und Unsicherheitstörung, die jedoch alle weiteren Schritte zur Differenzierung der Eßfunktion schwer belasten kann (*Zauner*, 1980).

Das Daumenlutschen in dieser Phase kann verschiedene Bedeutung haben: Es kann der Genuß oraler Triebbefriedigung schlechthin sein im Sinne eines Vorwegnehmens der Nahrungsaufnahme, kann ein Ersatz der Nahrungsaufnahme sein (der Daumen als Tröster) aber auch bereits der Ausdruck einer Störung der Ernährung.

b) Die Entwöhnung von Brust oder Flasche fällt zeitlich etwa zusammen mit dem von *Mahler* beschriebenen Prozeß der Loslösung und Individuation. Sie kann sowohl vom Kind als auch von der Mutter ausgehen. Geschieht diese Entwicklung zu plötzlich, kann das negative Wirkung auf den normalen Genuß von Nahrung haben, die sich immer noch in einer mehr diffusen affektiven Einstellung zur Nahrung und zur Mutter äußert. In diesem Alter äußern sich Eßstörungen dadurch, daß ungewohnter Geschmack von Nahrung und das Essen mit dem Löffel abgelehnt werden. Eltern sagen über diese Zeit: „Wir mußten ihm seinen Brei mit der Flasche geben, und der mußte immer genauso schmecken wie sein Fläschchen, sonst hätte er nichts genommen“. Bereits hier wird die enge Kopplung von Störungen der Nahrungsaufnahme und Störungen der Interaktion, von späteren Beziehungsstörungen deutlich.

Gelingt die Entwöhnung, werden durch die Veränderung der Nahrungsaufnahme, die ja in der Regel mit einer Veränderung der Körperposition vom Liegen zum Aufrechtstehen verbunden ist, körperliche Engramme einer beginnenden Loslösung aus der absoluten Abhängigkeit, aus der Symbiose mit dem mütterlichen Objekt gelegt. Solche Erfahrungen werden ein Motor in Richtung Individuation sein, der wohl störungsanfälligsten Entwicklungsphase von Kindern.

c) Erstes selbständiges Essen: Stellen wir uns ein 1–1½-jähriges Kind vor, das in einem Kinderstühlchen vor einem Teller mit Breinahrung sitzt und diesen Brei allein zu essen versucht. Die Auge-Hand-Koordination ist noch nicht perfekt, so daß weder der Teller noch der Mund ohne Schwierigkeiten gefunden werden. Ist eine Mutter innerlich

nicht dazu bereit, ihrem Kind auf diesem Gebiet des Essens erste Schritte in Richtung Individuation zu ermöglichen, gibt es gute Gründe für sie, den selbständigen Gebrauch von Messer und Gabel zu verhindern. A. Freud weist darauf hin, daß im Zusammenhang mit der Verschiebung der kindlichen Lustquelle vom Mund zum Anus, von der Orallust zur Anallust die Lust am Schmieren als ein anale-rotischer Impuls im Vordergrund stehe. Sie meint, daß die Verunreinigungen des Tisches weniger der mangelnden kindlichen Geschicklichkeit als den analen Impulsen zuzuschreiben seien. Sie meint, daß wenn die Anallust toleriert würde, diese in erheblichem Maß zur Lust am Essen beitrüge (A. Freud, 1946).

In der Regel steht nicht so sehr der Kampf zwischen Mutter und Kind um die Nahrungsmenge oder Konsistenz im Vordergrund, sondern verschiebt sich auf das interaktionale, soziale Umfeld der Nahrungsaufnahme. Hier haben Auseinandersetzungen um Tischmanieren, die sich ja durch die ganze Kindheit hinziehen können, ihre Wurzel. Mahlzeiten werden zum Kampf, und dieser Kampf spielt sich mehrmals täglich ab.

Die Gier sowohl nach Nahrung als auch nach Beziehung, wird allmählich auf die Gier nach Süßigkeiten verschoben, die ein Ersatz für den Genuß des Saugens und der regressiven Objektbeziehung sein kann (Zauner, 1980).

Im Zusammenhang mit der Verlagerung der erogenen Zone zur Analregion wird die Sauberkeitserziehung mit dem Endziel der Kontrolle des Schließmuskels wichtig. Häufig ist der Verdauungsvorgang von Phantasien über den Verbleib der Nahrung gekoppelt, und Widerwille gegen bestimmte Nahrungsmittel hat hier häufig seine ersten Quellen. So stellte sich z.B. bei einem älteren Kind die absolute Weigerung, Spinat zu essen, als die Phantasie heraus, dabei handele es sich um Kot. Ein anderes Kind aß keine Wurst, weil es dabei immer an „Kotwurst“ denken mußte.

d) Auf der ödipalen Stufe, also mit etwa 4–5 Jahren, tritt die Gleichstellung von Nahrung und Mutter in den Hintergrund. Stattdessen werden orale mit sexuellen Phantasien verknüpft: „... die Phantasie von oraler Befruchtung erregt Angst vor Vergiftungen, Schwangerschaftsphantasien, d.h. Angst vor Gewichtszunahme führt zu Essensverweigerung, Phantasien von analer Geburt zu Störungen in Nahrungsaufnahme und Entleerung“ (A. Freud, 1968, S. 73). Hysterische Symptome können durch die Sexualisierung des Mundes und durch deren Verdrängung, mit denen das Kind sich vor damit zusammenhängenden Ängsten schützt, ausgelöst werden. Dazu gehören Globus hystericus, hysterisches Erbrechen. Bei beiden Krankheitsbildern ist in der Regel die Eßfunktion in Mitleidenschaft gezogen. Im Zusammenhang mit den ödipalen Auseinandersetzungen, mit Rivalität und Todeswünschen den Eltern gegenüber können massive Schuldgefühle auftauchen, die dann zu dem masochistischen Wunsch, nicht erwachsen zu werden, führen können. Das kann ebenso eine Nahrungsverweigerung nach sich ziehen. Nach Zauner wird die innere und äußere Entwicklung der Essensfunktion durch die graduelle Auflösung der Essensfunktion durch die graduelle Auflösung der Sexualisierung

der Nahrung erreicht. Ich meine, daß ein Kind nach Abschluß der ödipalen Entwicklungsstufe einen Reifegrad in Hinsicht auf seine Triebentwicklung, seine Ich-Entwicklung und die Objektbeziehungen erreicht hat, daß es sich in seiner Eßfunktion autonom und zunehmend rationell verhalten könnte.

3. Sozialpsychologische Aspekte des Essens

Eßstörungen sind nicht nur ein Produkt von Hemmungen oraler Triebe oder von Arretierungen in der Ich-Entwicklung, sondern sie haben immer auch – wie wir bereits gesehen haben – eine soziale Komponente. Dazu ein eher alltägliches Beispiel:

Kürzlich erlebte ich in einer Familie folgendes: die Mutter aß mit ihren 3 Töchtern zu Mittag, Zwillingen von 11 Jahren und einer 5jährigen. Die Mutter und die Zwillinge waren bereits fertig und warteten darauf, daß auch Katja, die jüngste, fertig würde. Der Fernseher lief laut und wurde leise gedreht, als ich in die Küche trat. Während ich mich mit der Mutter unterhielt, stocherte Katja lustlos im Essen herum, ohne etwas zu sich zu nehmen.

Schließlich drehte die Mutter gereizt den Ton des Fernsehers laut, „*sie ißt nämlich nur, wenn der Fernseher läuft*“, und nachdem Katja immer noch nicht aß, „*und wenn sie Saft zu trinken bekommt*“. Aber auch das bewirkte nichts. Darauf setzte sich die Mutter das Kind abrupt auf den Schoß, schob ihr rasch Löffel für Löffel in den Mund und sagte resigniert und ärgerlich: „*So geht das fast immer ...*“. Katja lächelte triumphierend.

Ein eher alltägliches Ereignis, das sich Mittag für Mittag in Familien abspielt. Es ist wohl kaum ein Ereignis mit Krankheitswert, aber eine Eßstörung.

Was hat sich hier neben dem reinen Eßproblem auf der Ebene der Beziehung abgespielt? Katja ist die jüngste unter den Geschwistern. Durch ihr Verhalten schafft sie es, alle Aufmerksamkeit der Mutter und Gäste auf sich zu ziehen und damit von ihren Schwestern abzulenken. Im Geschwisterrivalitätskampf ist sie Sieger. Befriedigung durch das Essen scheint sie nicht in ausreichendem Maß zu erleben, sie fordert zusätzliche Befriedigung durch Saft und Fernsehen und zwingt die Mutter zu ganz direkter Zuwendung, indem sie sich von ihr auf den Schoß nehmen läßt. Der Machtkampf in dieser Situation ist unübersehbar. Er wird zu Katjas Gunsten entschieden, sie ist die überlegene und kostet ihren Triumph aus. Von ihrem Alter her ist Katja allerdings bereits auf der Stufe d) der eben erörterten Entwicklungslinie des Essens, wo die Fähigkeit zu autonomer Nahrungsaufnahme möglich wird und die Kopplung Nahrung und Mutter sich löst.

Es scheint so, daß zwischen Eltern und Kindern das Essen ein Bereich besonderer Empfindlichkeiten und Kränkbarkeiten bleibt, eventuell sogar in der Beziehung erwachsener Kinder zu ihren alten Eltern. In diesem Zusammenhang ist das Ergebnis des empirischen Befundes zu sehen, nach dem Eßstörungen vorwiegend ein Problem zwischen Müttern und Kindern sind. Mütter reagieren gekränkt, wenn die Kinder „ihr“ Essen verweigern, und der Grad der Kränkbarkeit scheint sich in dem Maße zu verstärken, in dem die Mutter aus ihrer Tätigkeit als Hausfrau und als Köchin für die Familie ihr Selbstwertgefühl bezieht.

In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, daß am Beginn des Lebens für ein Kind die Nahrung und der Nahrungsspende – in der Regel die Mutter – eins sind. Lehnt ein Kind die Nahrung ab, lehnt es die Mutter ab. Es könnte sein, daß die Kränkung der Mütter in bezug auf die Eßstörung ihrer Kinder mit Relikten aus dieser Anfangszeit des kindlichen Lebens zusammenhängen.

Ein weiterer Aspekt wäre zu bedenken: in unserem Kulturkreis ist das Essen ein intimer Bereich. Dazu einige Assoziationen: Die juristische Trennungsformel heißt: „Trennung von Tisch und Bett“. Bei Telefonanrufen um die Mittagszeit kommt häufig die Frage: „... oder störe ich gerade beim Essen?“ Ein Kind bekommt auf die Frage, wie lange es zum Spielen bei seinem Freund bleiben darf, die Antwort: „Komm nach Hause, wenn die Familie zu Mittag ißt“.

Es besteht eine Scheu, andere in ihrer Intimität bei Tisch zu stören, und bis vor kurzem war es noch ein Ausdruck besonderer Zuneigung und Nähe, wenn eine Abendeeinladung zum Essen und nicht nur zu Wein und Snacks ausgesprochen wurde. Hier scheint sich in den letzten Jahren eine Veränderung anzubahnen, die ihren Ausdruck vielleicht auch darin findet, daß eine Tendenz besteht, die Küche und den Eßplatz in den allgemeinen Wohnbereich zu integrieren.

Bei der Überprüfung der 454 Fälle aus der Beratungsstelle hatte sich gezeigt, daß Eßstörungen fast nie Leitsymptomatik sind, sondern eher erst auf Nachfragen des Untersuchers hin genannt werden. Ich vermute, daß dieser Tatbestand mit der Intimität des Essens zutun hat. Es ist ein so selbstverständlicher, wichtiger, aber intimer und auch familiegeheimer Vorgang, daß Störungen in dem Bereich erst sehr spät als krankhaft erlebt werden. Sie gehören dann als eine somatische Erscheinung eher in die Zuständigkeit des Arztes als in die von Psychologen oder Psychotherapeuten.

Als letzter Aspekt dieses dritten Teils sei auf die übertragene, transzendente Bedeutung des Essens hingewiesen: „Liebe geht durch den Magen“. In keiner menschlichen Gesellschaft wird nur gegessen, um Körperfunktionen aufrechtzuerhalten. Es gibt Festbanketts zur Ehrung wichtiger Staatsgäste, dem Gast wird ein Willkommenstrunk gereicht, es bilden sich Gruppen, die durch ihre Ernährung ihrer inneren Einstellung dem Leben gegenüber Ausdruck geben, z.B. Vegetarier oder alternative Gruppen. Hungern dagegen wird beim Hungerstreik als Druckmittel zur Durchsetzung eigener Forderungen benutzt oder auch von Mächtigen zur Strafe und Manipulation.

Essen kann aber noch sehr viel mehr bedeuten. Im kulturellen Bereich drückt sich die Gemeinschaft Gottes mit den Menschen im heiligen Mahl aus, das die Gemeinde der Gläubigen gemeinsam feiert. Essen ist hier Symbol für diese Glaubensgewißheit geworden.

4. Therapeutische Konsequenzen

4.1. Diagnostik

Ich halte wegen der Verflochtenheit mit anderen Symptomen und der Schwere einiger Krankheitsbilder in diesem Bereich eine gründliche Diagnostik für unabdingbar.

- a) Neben einer biographischen Anamnese sollte die Entwicklung der Essensfunktionen anhand der Freud'schen Entwicklungslinie (Teil 2 dieser Arbeit) gesondert untersucht werden. Mit diesen Informationen läßt sich ein Entwicklungsprofil zeichnen in bezug auf die psychosexuelle Entwicklung, die Ich-Entwicklung und die Objektbeziehungen des Kindes.
- b) In einem nächsten Schritt wäre zu ermitteln, mit welchen anderen Symptomen Eßstörungen zusammen vorkommen. In dem Zusammenhang erhält man Aufschluß auf die Frage, ob es sich bei den Patienten eher um einen vorwiegend psychosomatisch Kranken handelt, ob eine Beziehungs- oder Leistungsstörung im Vordergrund steht oder ob es sich vielleicht um das besonders schwer zu diagnostizierende Krankheitsbild einer kindlichen Depression handelt.
- c) Ein dritter wichtiger Schwerpunkt der Diagnostik muß bei kindlichen Eßstörungen in jedem Fall bei der Familiendiagnostik liegen. Mit folgenden Fragestellungen könnte man vorgehen:
 - Wie sind die Beziehungsstrukturen in der Familie?
 - Welche Rolle spielt der Patient innerhalb seiner Familie?
 - Welchen Stellenwert hat das Essen?
 - Ist die Familie genußfähig?
 - Haben die Eltern in bezug auf das Essen Unabhängigkeit von den eigenen Eltern erreicht, oder kocht vielleicht die Großmutter und wacht über das Essen der ganzen Familie (wie es häufig bei Magersuchtpatienten der Fall ist)?

4.2. Indikation

- a) Schwere psychosomatische Krankheitsbilder wie die Anorexie, die Bulimie oder die schwere Adipositas gehören in der Regel in stationäre Therapie, bei der im Schonraum der Klinik bei intensiver Psychotherapie die somatische Betreuung und vor allem das Therapeuticum des kontrollierten sozialen Bezugfeldes (sozialpädagogische Betreuung, Beschäftigungstherapie, Sport etc.) wirksam wird.
- b) Bei leichteren Fällen psychosomatischer Störungen und bei neurotischen Eßstörungen ist eine psychotherapeutische Einzelbehandlung angezeigt. Das Ziel einer solchen Behandlung wäre es, im Rahmen der Übertragungsbeziehung Fixierungspunkte der Libido und Regressionsneigung soweit zu bearbeiten, daß dem Kind der Anschluß an seine altersentsprechende Entwicklung auch im Bereich der Eßfunktionen wieder gelingt. Auf der Ebene der Objektbeziehungen bedeutet das, Enttäuschungen und schwere Frustrationen durch frühe Objekte in der Übertragungsbeziehung zum Therapeuten soweit zu bearbeiten, daß das Kind seinen inneren Weg in Richtung Individuation fortsetzen kann, Objektkonstanz gewinnt oder festigt und das Essen ein autonomer Bereich wird, frei vom Kämpfen mit dem bösen Mutterobjekt.

Sowohl bei der stationären als auch bei der ambulanten Therapie solcher Eßstörungen ist auf seiten des Therapie-

ten eine differenzierte Kontrolle der eigenen Gefühle – psychoanalytisch gesprochen seiner Gegenübertragung – notwendig, da er in die Kämpfe zwischen Liebe und Haß, Idealisierung und Entwertung einbezogen wird, was heftige Gefühle seinerseits auslösen kann.

c) Letztlich gibt es den Bereich leichter Eßstörungen, der der psychotherapeutischen Beratung zugänglich ist. Hier sollten im besonderen die Chancen der kinderärztlichen Praxis oder der Beratungsstellen genutzt werden. Die ängstlichen und unsicheren Mütter können durch Aufklärung z.B. über entwicklungspsychologische Zusammenhänge gestärkt werden. Durch Aufklärung über die Fähigkeit des gesunden Säuglings oder Kleinkindes, seine Essensmenge selber zu bestimmen, kann ihnen die Angst genommen werden, ihr Kind könnte verhungern. Ärztliche Aufklärung darüber, daß die Gewichtszunahme ausreichend ist, daß Kleinkinder physiologisch weniger Appetit haben, daß ein kleiner Imbiß sehr nahrhaft sein kann, häufig nahrhafter als eine Hauptmahlzeit, ist oft nutzlos. Daher halte ich es für sinnvoll, Beratungsgespräche mit beiden Eltern, eventuell sogar mit der ganzen Familie, durchzuführen. Ich sehe eine große Chance darin, den Vater in das Beziehungsgefüge zwischen Mutter und Kind mit einzubeziehen. Häufig ist seine Rolle als triangulierender Partner innerhalb der Dualunion Mutter-Kind undeutlich. Er kann in dieser Rolle bestärkt werden und so einen wichtigen Beitrag für die Individuation seines Kindes leisten. Das wird auch Auswirkungen auf die Eßstörung haben.

Summary

Childhood Eating Disorders

There have been several important publications on eating disorders with adults, but hardly any on childhood eating disorders.

Describing data of some 450 cases of a communal center for counseling and therapy, this article attempts to evaluate both quantity and quality of eating disorders, analyzing them on the background of psychoanalytic and socio-psychological theories. Practical consequences for prevention and treatment are demonstrated.

Literatur

Aliabadi, Ch. / Lehmig, W. (1982): Wenn Essen zur Sucht wird. München: Kösel. – Battegay, R. (1982): Die Hungerkrankheiten.

Bern: Huber. – Bentovim, A. (1970): Klinische Beurteilung von Ernährungsstörungen in der Kindheit. In: *Praxis der Kinderpsychologie* 22, 104–109. – Boskind-Lodahl, M. (1976): Cinderella's Stepsisters. A Feminist Perspective on Anorexia Nervosa and Bulimia. In: *Signs. Journal of Woman in Culture and Society* 2, 342–256. – Boskind-Lodahl, M. / Sirlin, J. (1979): Frauen zwischen Freß- und Magersucht. In: *Psychologie heute* 6, 70–75. – Bruch, H. (1973): *Eating Disorders*. New York: Basic Books. – Bruch, H. (1976): Psychotherapie der kindlichen Fettsucht. In: Biermann (Hrsg.): *Handbuch der Kinderpsychotherapie* Bd. II, S. 935–942, 4. Aufl. München: Reinhardt. – Bruch, H. (1969): Obesity and Orality. In: *Contemporary Psychoanalysis* 5, 129–144. – Bruch, H. (1980): Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht. Frankfurt: S. Fischer. – Collipp, P. J. (1978): Fettsucht im Kindesalter. Stuttgart. – Diepold, B. (1980): Die Reifung autonomer Ich-Funktionen innerhalb einer sich entwickelnden Objektbeziehung. Materialien zur Psychoanalyse und analytisch orientierten Psychotherapie 6, 77–89. – Diepold, B. (1981): Freßsucht (Bulimia nervosa) als Borderline-Symptom. In: Biermann, G. (Hrsg.): *Handbuch der Kindertherapie* Bd. IV, S. 715–723, München: Reinhardt. – Erikson, E. H. (1966): *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt: Suhrkamp. – Freud, A. (1968): Wege und Irrwege der Kinderentwicklung. Bern/Stuttgart: Huber/Klett. – Freud, A. (1980): Das psychoanalytische Studium der frühkindlichen Eßstörungen. In: *Die Schriften der Anna Freud*, Bd. IV, S. 1041, München: Kindler. – Grunberger, B. (1976): Vom Narzißismus zum Objekt. Frankfurt: Suhrkamp. – Mahler, M. (1972): Symbiose und Individuation. Stuttgart: Klett. – Mahler, M. / Pine, F. / Bergmann, A. (1980): *Die psychische Geburt des Menschen*. Frankfurt: Fischer. – Meyer, J. E. / Feldmann, M. (1965): *Anorexia nervosa*. Stuttgart: Thieme. – Pudel, V. (1978): *Adipositas*. Berlin: Springer. – Russell, G. (1979): Bulimia nervosa: an Ominous Variant of Anorexia nervosa. In: *Psychological Medicine* 9, 429–448. – Sagebiel, W. u. a. (1981): Frühkindliche psychogene Eßstörungen. In: Steinhausen, H.-Chr. (Hrsg.) (1981): *Psychosomatische Störungen und Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen*. S. 11–36. – Steinhausen, H.-Chr. (Hrsg.) (1981): *Psychosomatische Störungen und Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Kohlhammer. – Theander, S. (1970): *Anorexia nervosa*. In: *Acta psychiatrica Scandinavica*. – Thomä, H. (1961): *Anorexia nervosa*. Stuttgart: Klett. – Tolstrup, K. (1963): Psychosomatische Aspekte der Fettsucht im Kindesalter. In: *Psyche* 10, 592–599. – Winnicott, D. W. (1958): Über die emotionelle Entwicklung im ersten Lebensjahr. In: *Psyche* 14, 25–57. – Winnicott, D. W. (1958): Primäre Mütterlichkeit. In: *Psyche* 14, 393–398. – Zauner, J. (1980): Einverleibung und Individuation. In: M. Josuttis, G. Marcel (Hrsg.): *Das heilige Essen*. Stuttgart: Kreuz, 84–94.

Anschr. d. Verf.: Barbara Diepold, Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeutin, Beratungs- und Therapiezentrum der Stadt und des Landkreises Göttingen, Düstere Eichenweg 19, D-3400 Göttingen.