

Millner, Michael M. / Franthal, Wolfgang und Steinbauer, Maria

## **Zyklisches Erbrechen als Leitsymptom einer Regression**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 47 (1998) 6, S. 406-415

urn:nbn:de:bsz-psydok-40716

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](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## INHALT

### Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

BLESKEN, K.W.: Der unerwünschte Vater: zur Psychodynamik der Beziehungsgestaltung nach Trennung und Scheidung (The Unwanted Father: On the Psychodynamics of Father-Child Relations after Separation and Divorce) . . . . .	344
BONNEY, H.: Lösungswege in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie – Studie zur klinischen Evaluation (Approaches to Outpatient Child and Adolescent Psychiatry – Study of Clinical Evaluation) . . . . .	499
KIRSCH, C./RAHM, D.: Nicht therapierbar? – Bericht über ein Gruppentherapieprojekt mit psychosozial schwer beeinträchtigten Kindern (No Therapy Possible? A Group Therapy Model for Psychologically Disturbed and Socially Disadvantaged Children) . . . . .	683
KOCH-MÖHR, R.: Computer in der Kinderpsychotherapie – Über den Einsatz von Computerspielen in der Erziehungsberatung (Computers in Child Psychotherapy – About the Application of Computer Games in Child Guidance) . . . . .	416
MALLMANN, D./NEUBERT, E.O./STILLER, M.: Wegschicken, um weiterzukommen: die Kurzentlassung als eine Handlungsmöglichkeit stationärer Psychotherapie mit Jugendlichen (Send Away in Order to Advance: Short-time Dismissal as an Alternative Method of the Juvenile Stationary Psychotherapy) . . . . .	331
MILLNER, M.M./FRANTHAL, W./STEINBAUER, M.: Zyklisches Erbrechen als Leitsymptom einer Regression (Cyclic Vomiting Syndrome as Cardinal Sign of a Regression) . . . . .	406
ROEB, D.: Aspekte der Gruppentherapie mit sexuell mißbrauchten Kindern – Symbolische Verarbeitungsformen und die Gestaltung der Initialphase (Aspects of Group Therapy with Sexually Abused Children – Forms of Coping by Symbols and the Featuring of the Initial Phase) . . . . .	426
WURST, E.: Das „auffällige“ Kind aus existenzanalytischer Sicht (The „Unbalanced“ Child in the Light of Existential Analysis) . . . . .	511

### Originalarbeiten / Originals

BECKER, K./PAULI-POTT, U./BECKMANN, D.: Trimenonkoliken als elterliche Klage in der pädiatrischen Praxis: Merkmale von Mutter und Kind (Infantile Colic as Maternal Reason of Consulting a Pediatrician: Characteristics of Mother and Child) . . . . .	625
DE CHÂTEAU, P.: 30 Jahre später: Kinder, die im Alter von bis zu drei Jahren in einer Beratungsstelle vorgestellt wurden (A 30-Years Prospective Follow-Up Study in Child Guidance Clinics) . . . . .	477
DIEBEL, A./FEIGE, C./GEDSCHOLD, J./GODDEMEIER, A./SCHULZE, F./WEBER, P.: Computergestütztes Aufmerksamkeits- und Konzentrationstraining bei gesunden Kindern (Computer Assisted Training of Attention and Concentration with Healthy Children) . . . .	641
EVERS, S.: Die Situation der Musiktherapie in der stationären Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Situation of Music Therapy in Pediatrics and in Child and Adolescent Psychiatry) . . . . .	229
FINZER, P./HAFFNER, J./MÜLLER-KÜPPERS, M.: Zu Verlauf und Prognose der Anorexia nervosa: Katamnese von 41 Patienten (Outcome and Prognostic Factors of Anorexia Nervosa: Follow-up Study of 41 Patients) . . . . .	302

GOLDBECK, L.: Die familiäre Bewältigung einer Krebserkrankung im Kindes- und Jugendalter. Möglichkeiten der standardisierten Erfassung mit Selbstbeurteilungsverfahren: Ergebnisse einer empirischen Vorstudie (Families Coping with Cancer during Childhood and Adolescence. Practicability of Standardized Self-assessment Methods: Results of a Pilot Study) . . . . .	552
HAGER, W./HÜBNER, S.: Denkförderung und Strategieverhalten: vergleichende Evaluation zweier Denkförderprogramme (Cognitive Training and Thinking Strategies: a Comparative Evaluation) . . . . .	277
KÄSSLER, P./BREME, K.: Evaluation eines Trainingsprogramms für ängstliche Kinder (Evaluation of a Group Therapy Program for Anxious Children) . . . . .	657
KIESE-HIMMEL, C./HÖCH, J./LIEBECK, H.: Psychologische Messung taktil-kinästhetischer Wahrnehmung im frühen Kindesalter (Psychological Measurement of Tactile-Kinesthetic Perception in Early Childhood) . . . . .	217
KRECH, M./PROBST, P.: Soziale Intelligenzdefizite bei autistischen Kindern und Jugendlichen – Subjektive Theorien von Angehörigen psychosozialer Gesundheitsberufe (Personal Theories of Deficient Social Intelligence of Autistic Persons in Health Care Professionals: an Exploratory Field Study) . . . . .	574
LIMM, H./V. SUCHODOLETZ, W.: Belastungserleben von Müttern sprachentwicklungsgestörter Kinder (Stress of Mothers with Language Impaired Children) . . . . .	541
MÖLLER-NEHRING, E./MOACH, A./CASTELL, R./WEIGEL, A./MEYER, M.: Zum Bedingungsgefüge der Störung des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen einer Inanspruchnahmepopulation (Conditions of Conduct Disorders in a Clinic-referred Sample) . . . . .	36
REISEL, B./FLOQUET, P./LEIXNERING, W.: Prozeß- und Ergebnisqualität in der stationären Behandlung: ein Beitrag zur Evaluation und Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Process and Outcome Quality in Inpatient-Care: a Contribution to Evaluation and Quality Assurance in Child and Adolescent Psychiatry) . . . . .	705
SCHREDL, M./PALLMER, R.: Geschlechtsspezifische Unterschiede in Angstträumen von Schülerinnen und Schülern (Gender Differences in Anxiety Dreams of School-aged Children) . . . . .	463
v. ASTER, M./MEIER, M./STEINHAUSEN, H.-C.: Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Kanton Zürich: Vergleich der Inanspruchnahme von Ambulanz, Tagesklinik und Station (Child and Adolescent Psychiatric Services in the Canton of Zurich: A Comparison of Outpatient, Day Clinic, and Inpatient Referral Populations) . . . . .	668

### Übersichtsarbeiten / Reviews

BIERMANN, G./BIERMANN, R.: Das Scenotestspiel im Wandel der Zeiten (The Sceno Game in the Course of Time) . . . . .	186
BUDDEBERG-FISCHER, B.: Die Entwicklung familientherapeutischer Konzepte – Wechselwirkung zwischen Patienten- und Therapeutenfamilie (The Development of Family Therapy – Interrelationship Between the Patient's and the Therapist's Family) . . . . .	174
BÜRGIN, D.: Drum zwinde, wem ein Zwang gegeben? (Should constrain, who is constrained?) . . . . .	66
DOHERTY, W.J./MCDANIEL, S.H./HEPWORTH, J.: Medizinische Familientherapie bei Kindern mit chronischer Krankheit (Medical Family Therapy for Childhood Chronic Illness) . . . . .	1
EGGERS, C.: Konversionssymptome im Kindes- und Jugendalter (Conversion Disorders in Childhood and Adolescence) . . . . .	144

EGGERS, C.: Reizschutzmodell der Frühschizophrenie: ein integrativer ätiologischer und therapeutischer Ansatz (A Stimulus Barrier Model of Early Onset Schizophrenia: an Integrative Aetiological and Therapeutic Approach) . . . . .	740
ESSAU, C.A./BASCHTA, M./KOGLIN, U./MEYER, L./PETERMANN, F.: Substanzmißbrauch und –abhängigkeit bei Jugendlichen (Substance Abuse and Dependence in Adolescents) . .	754
FONAGY, P./MORAN, G.S./TARGET, M.: Aggression und das psychische Selbst (Aggression and the Psychological Self) . . . . .	125
HEEKERENS, H.-P.: Evaluation von Erziehungsberatung: Forschungsstand und Hinweise zu künftiger Forschung (Evaluation of Child Guidance: State of Research and Comments on Future Research) . . . . .	589
HIRSCHBERG, W.: Probleme der Gefährlichkeitsprognose im jugendpsychiatrischen Gutachten (The Prediction of Violent Behavior in Forensic Adolescent Psychiatry) . . . . .	314
HUNDSALZ, A.: Beratung, Psychotherapie oder Psychologische Beratung? Zum Profil therapeutischer Arbeit in der Erziehungsberatung (Counselling, Psychotherapy of Psychological Counselling? The Profile of Therapy in Educational Guidance) . . . . .	157
KLEMENZ, B.: Kinderplandiagnostik (Plan Diagnosis with Children) . . . . .	722
RESCH, F./SCHULTE-MARKWORT, M./BÜRGIN, D.: Operationalisierte psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter (Operationalized Psychodynamic Diagnostic in Children and Adolescents – a Contribution to Quality Management in Psychotherapy)	373
RÜTH, U.: Gutachterliche Probleme im Sorgerechtsentzugsverfahren nach §§ 1666, 1666a BGB im Spannungsfeld zwischen Kontrolle und helfender Funktion (Problems Concerning the Expert's Assessment of the Restriction of Parental Rights Particularly with Regards to Control or Assistance) . . . . .	486
STECK, B.: Eltern-Kind-Beziehungsproblematik bei der Adoption (Parent-Child Relationship Problems in Adoption) . . . . .	240
STREECK-FISCHER, A.: Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter – neuere psychoanalytische Sichtweisen und Behandlungsansätze (Compulsive Disorders in Childhood and Adolescence – New Psychoanalytic Views and Treatment Approaches) . . . . .	81
TREMPLE, V.: Zur Wechselwirkung von Rahmen und Inhalt bei der Behandlung dissozialer Kinder und Jugendlicher (Interaction of Frame and Content in the Treatment of Dissocial Children and Adolescents) . . . . .	387
VAN DEN BERGH, P./KLOMP, M.: Erziehungspläne als Steuerungsinstrumente der Jugendhilfe in den Niederlanden (Educational Plans as Control Instruments in Youth Care in the Netherlands) . . . . .	767
VAN DER KOLK, B.A.: Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata (The Psychology and Psychobiology of Developmental Trauma) . . . . .	19
WIESSE, J.: Zur Gegenübertragung in der psychoanalytischen Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Zwängen (Countertransference in Dynamic Treatment of Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorders) . . . . .	96

#### Werkstattbericht / Brief Report

ROMBERG, A.: Die Elternarbeit einer kinderpsychiatrischen Station im Urteil der Eltern (Parents Judgement Concerning Family Work of a Child Psychiatric Ward) . . . . .	773
---	-----

## Buchbesprechungen

ASENDORPF, J.B.: Psychologie der Persönlichkeit . . . . .	118
BAHR, R.: Schweigende Kinder verstehen. Kommunikation und Bewältigung bei elektivem Mutismus . . . . .	530
BENZ, A.: Der Überlebenskünstler. Drei Inszenierungen zur Überwindung eines Traumas . . . . .	697
BIEN, W. (Hg.): Familie an der Schwelle zum neuen Jahrtausend. Wandel und Entwicklung familiärer Lebensformen . . . . .	361
BLANK-MATHIEU, M.: Jungen im Kindergarten . . . . .	532
BOECK-SINGELMANN, C./EHLERS, B./HENSEL, T./KEMPER, F./MONDEN-ENGELHARDT, C. (Hg.): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 2: Anwendung und Praxis . . . . .	780
BÖNISCH, L./LENZ, K. (Hg.): Familien: Eine interdisziplinäre Einführung . . . . .	366
BOOTHE, B./HEIGL-EVERS, A.: Psychoanalyse der frühen weiblichen Entwicklung . . . . .	264
BRICKENKAMP, R.: Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests . . . . .	57
CIERPKA, M. (Hg.): Handbuch der Familiendiagnostik . . . . .	53
CLAAR, A.: Was kostet die Welt? Wie Kinder lernen, mit Geld umzugehen . . . . .	613
DU BOIS, R.: Junge Schizophrene zwischen Alltag und Klinik . . . . .	448
DUDEL, J./MENZEL, R./SCHMIDT, R.F.: Neurowissenschaft. Vom Molekül zur Kognition . . . . .	114
DURRANT, M.: Auf die Stärken kannst du bauen. Lösungsorientierte Arbeit in Heimen und anderen stationären Settings . . . . .	527
EICKHOFF, F.W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 36 . . . . .	206
EISENMANN, B.: Erzählen in der Therapie. Eine Untersuchung aus handlungstheoretischer und psychoanalytischer Perspektive . . . . .	267
ELBING, U.: Nichts passiert aus heiterem Himmel – es sein denn, man kennt das Wetter nicht. Transaktionsanalyse, geistige Behinderung und sogenannte Verhaltensstörungen . . . . .	533
FRANKE, U. (Hg.): Prävention von Kommunikationsstörungen . . . . .	788
GAGE, N.L./BERLINER, D.C.: Pädagogische Psychologie . . . . .	50
GEWERT, U.: Sexueller Mißbrauch an Mädchen aus der Sicht der Mütter. Eine Studie über Erleben und Bewältigung der Mütter betroffener Mädchen . . . . .	270
GUTHKE, J.: Intelligenz im Test. Wege der psychologischen Intelligenzdiagnostik . . . . .	614
HANTEL-QUITMANN, W.: Beziehungsweise Familie. Arbeits- und Lesebuch Familienpsychologie und Familientherapie; Bd. 1. Metamorphosen, Bd. 2: Grundlagen . . . . .	790
HARTMANN, K.: Lebenswege nach Heimerziehung. Biographien sozialer Retardierung . . . . .	526
HILWEG, W./ULLMANN, E. (Hg.): Kindheit und Trauma – Trennung, Mißbrauch, Krieg . . . . .	786
HIRSCH, M.: Schuld und Schuldgefühl. Zur Psychoanalyse von Trauma und Introjekt . . . . .	209
KÖPP, W./JACOBY, G.E. (Hg.): Beschädigte Weiblichkeit: Eßstörungen, Sexualität und sexueller Mißbrauch . . . . .	269
KRAUTH, J.: Testkonstruktion und Testtheorie . . . . .	54
KREBS, H./EGGERT SCHMID-NOERR, A. (Hg.): Lebensphase Adoleszenz. Junge Frauen und Männer verstehen . . . . .	702
KUSCH, M./LAVOUIE, H./FLEISCHACK, G./BODE, U.: Stationäre psychologische Betreuung in der Pädiatrie . . . . .	442
LEHMKUHL, G. (Hg.): Chronisch kranke Kinder und ihre Familien . . . . .	443
LIENERT, G./RAATZ, U.: Testaufbau und Testanalyse . . . . .	54
LINDEN, M./HAUTZINGER, M. (Hg.): Verhaltenstherapie . . . . .	615
MANSEL, J. (Hg.): Glückliche Kindheit – schwierige Zeiten? Über die veränderten Bedingungen des Aufwachsens . . . . .	364

MARKGRAF, J. (Hg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen . . . . .	618
MEERMANN, R./VANDEREYCKEN, W. (Hg.): Verhaltenstherapeutische Psychosomatik. Klinik, Praxis, Grundversorgung . . . . .	620
MEYER, W.U./SCHÜTZWOHL, A./REISENEZEIN, R.: Einführung in die Emotionspsychologie, Bd. II: Evolutionspsychologische Emotionstheorien . . . . .	205
MILZ, I.: Neuropsychologie für Pädagogen . . . . .	114
MITCHELL, R.R./FRIEDMAN, H.S.: Konzepte und Anwendungen des Sandspiels . . . . .	788
MÖNKS, F.J./KNOERS, A.M.P.: Lehrbuch der Entwicklungspsychologie . . . . .	117
NEUENSCHWANDER, M.P.: Entwicklung und Identität im Jugendalter . . . . .	448
NEUMANN, W./PETERS, B.: Als der Zahnarzt Zähne zeigte ... Humor, Kreativität und therapeutisches Theater in Psychotherapie, Beratung und Supervision . . . . .	529
Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse, Bd. XIII . . . . .	208
OTTO, U. (Hg.): Aufwachsen in Armut. Erfahrungswelten und soziale Lagen von Kindern armer Familien . . . . .	700
PETERMANN, F. (Hg.): Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Erklärungsansätze und Interventionsverfahren . . . . .	784
PETERMANN, F. (Hg.): Kinderverhaltenstherapie – Grundlagen und Anwendungen . . . . .	616
PETERMANN, U.: Entspannungstechniken für Kinder und Jugendliche. Ein Praxisbuch . . .	617
PRONTELLI, A.: Vom Fetus zum Kind: Die Ursprünge des psychischen Lebens. Eine psychoanalytische Beobachtungsstudie . . . . .	268
PLAUM, E.: Einführung in die Psychodiagnostik . . . . .	56
PÖRTNER, M.: Ernstnehmen – Zutrauen – Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen . . . . .	49
RAUCHFLEISCH, U.: Alternative Familienformen. Eineltern, gleichgeschlechtliche Paare, Hausmänner . . . . .	790
RECKERT, W.: Väterlichkeit und pädagogische Profession am Beispiel der Heimerziehung . . . . .	524
REIMER, C./ECKERT, J./HAUTZINGER, M./WILKE, E.: Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen . . . . .	116
REINELT, T./BOGYI, G./SCHUCH, B. (Hg.): Lehrbuch der Kinderpsychotherapie . . . . .	781
REMSCHMIDT, H. (Hg.): Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter . . . . .	782
RODEWIG, K. (Hg.): Der kranke Körper in der Psychotherapie . . . . .	266
ROSSMANN, P.: Einführung in die Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters . . . . .	116
ROST, J.: Testtheorie, Testkonstruktion . . . . .	54
SANDLER, J. (Hg.): Über Freuds „Die endliche und die unendliche Analyse“. Freud heute – Wendepunkte und Streitfragen, Bd. 1 . . . . .	698
SCHAD, U.: Verbale Gewalt bei Jugendlichen . . . . .	446
SCHMITT, G.M./KAMMERER, E./HARMS, E. (Hg.): Kindheit und Jugend mit chronischer Erkrankung . . . . .	441
SCHROEDER, J./HILLER-KETTERER, I./HÄCKER, W./KLEMM, M./BÖPPLER, E.: „Liebe Klasse, ich habe Krebs!“ Pädagogische Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher . . . . .	528
SCHUMANN-HENGSTLER, R./TRAUTNER, H.M. (Hg.): Entwicklung im Jugendalter . . . . .	444
SIGUSCH, V. (Hg.): Sexuelle Störungen und ihre Behandlung . . . . .	696
SPECK, O.: System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung . . . . .	52
STROEBE, W./HEWSTONE, M./STEVENSON, G. (Hg.): Sozialpsychologie. Eine Einführung . . .	204
THÖMA, H./KÄCHELE, H.: Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 1: Grundlagen . .	264

---

THOMASIU, R.: Familiendiagnostik bei Drogenabhängigkeit. Eine Querschnittstudie zur Detailanalyse von Familien mit opiatabhängigen Jungerwachsenen . . . . .	534
TÖLLE, R.: Psychiatrie, einschließlich Psychotherapie . . . . .	205
WARSCHBURGER, P.: Psychologie der atopischen Dermatitis im Kindes- und Jugendalter .	443
WILMER, I.: Sexueller Mißbrauch von Kindern. Empirische Grundlagen und kriminalpoli- tische Überlegungen . . . . .	272
WURMSER, L.: Die verborgene Dimension. Psychodynamik des Drogenzwangs . . . . .	785
ZINNECKER, J./SIEBEREISEN, R.K.: Kindheit in Deutschland. Aktueller Survey über Kinder und ihre Eltern . . . . .	362
Editorial / Editorial . . . . .	63
Autoren und Autorinnen /Authors . . . . .	48, 105, 203, 263, 355, 440, 524, 607, 694, 779
Zeitschriftenübersicht / Current Articles . . . . .	105, 356, 608
Tagungskalender / Calendar of Events . . . . .	59, 121, 212, 273, 368, 451, 536, 622, 703, 793
Mitteilungen / Announcements . . . . .	61, 123, 214, 371, 454, 540, 624, 704, 795

## Zyklisches Erbrechen als Leitsymptom einer Regression

Michael M. Millner<sup>1</sup>, Wolfgang Franthal<sup>1</sup> und Maria Steinbauer<sup>2</sup>

### Summary

#### Cyclic Vomiting Syndrome as Cardinal Sign of a Regression

A 17-year old boy with primary mental retardation of unknown aetiology and cyclic vomiting syndrome (CVS) is reported. Missing an organic cause of the episodes therapeutic procedures remained symptomatic for a 15 years time period. The report focusses the CVS as a regressive mechanism triggered by a mental retardation of the child which permanently disturbed the interaction between parents and child. Psychotherapeutic approach was successful in the following respects: The advantage by illness to vomit at home was continuously reduced by admitting the boy to a hospital at every ongoing attack. Hypnotherapeutic techniques were able to substitute the "malign" regression (CVS) successively by inducing a "benign" kind of regression. Family therapy could induce new and more intense non-verbal patterns of communication which were hitherto unknown in this family.

### Zusammenfassung

Vorgestellt wird ein 17jähriger Knabe mit primärer mentaler Retardierung unklarer Genese, der seit seinem zweiten Lebensjahr an zyklischem Erbrechen leidet. Da 15 Jahre lang auf organischer Ebene keine Diagnose zu stellen war und sich die Therapie daher auf symptomatische Maßnahmen beschränken mußte, bestand über einen sehr langen Zeitraum ein großer Leidensdruck der Familie. Der Beitrag versucht, das zyklische Erbrechen (Cyclic Vomiting Syndrome, CVS) als wiederkehrende „maligne“ Regression ins Säuglingsalter zu verstehen, die für den intellektuell chronisch überforderten Knaben einen abrufbaren Krankheitsgewinn bedeutete. Mit diesem Ansatz

<sup>1</sup> Arbeitsgruppe Kindereuropsychiatrie, Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde.

<sup>2</sup> Universitätsklinik für Psychiatrie, Karl-Franzens-Universität Graz.

gelang methodenintegrativ eine entscheidende Besserung bezüglich Frequenz und Schwere der Erbrechensattacken: für die Familie reduzierte sich der Leidensdruck, in dem die Erbrechenattacken nicht mehr zu Hause, sondern ausschließlich im Krankenhaus behandelt wurden. Dies verringerte für den Knaben den Krankheitsgewinn. Die „maligne“ Regression (i.e. das CVS) konnte mit Hilfe hypnotherapeutischer Techniken durch Induktion einer „benignen“ Regression sukzessive substituiert werden. Innerhalb der Familie wurden im Rahmen einer systemischen Familientherapie neue, lustvolle, non-verbale Kommunikationsmuster induziert. Als Ergebnis dieser Maßnahmen konnte ein Ablösungsprozeß des bis dahin sehr unselbständigen Knaben von seinen Eltern beginnen.

## 1 Einleitung

Das Syndrom des zyklischen Erbrechens (Cyclic Vomiting Syndrome, CVS) ist eine Krankheit ohne exakte diagnostische Kriterien und mit unklarer, wahrscheinlich heterogener Ätiologie. In großen pädiatrischen Praxen (LI 1993) werden 3-6 Fälle pro Jahr angegeben, möglicherweise ist die Inzidenz höher, als sie für die Zöliakie angegeben wird, also etwa 1:300 bis 1:2000 (MUNTAU 1994). Die Erstbeschreibung dieser Erkrankung erfolgte bereits durch SAMUEL GEE (1882).

Mehrere verwandte Termini für die Erkrankung werden zum Teil synonym verwendet: Zyklisches Erbrechen (Cyclic Vomiting Syndrome, CVS, oder Recurrent Vomiting, WYLLIE u. HYAMS 1993), azetonämisches Erbrechen, also Erbrechen mit Ketonämie, dem im angloamerikanischen Sprachraum das Ketogenic Vomiting entspricht (SWAIMAN 1994), sowie wiederkehrendes Erbrechen im Zusammenhang mit der sogenannten abdominalen Migräne (WYLLIE u. HYAMS 1993; LUNDBERG 1975; HOCKADAY 1987; DOOSE 1995). Der Begriff Abdominal Epilepsy (MURAOKA et al. 1990) weist auf die Unklarheit hin, ob nun eine primär zerebrale oder eine abdominelle Problematik vorliegt (LI 1993).

Verschiedentlich wird das CVS auch als eine funktionelle Krankheit verstanden (FLEISHER u. MATAR 1993; GONZALEZ-HEYDRICH et al. 1991; REINHART et al. 1977). Die Psychopathologie des Kindes und/oder der Familie könne den Streß erzeugen, der das CVS direkt auslöst. Nimmt man ein solches funktionelles Syndrom an, sind nach UEXKÜLL und KÖHLE (1990) als Definitionskriterien zu fordern: (a) das Beschwerdebild ist das Resultat von Funktionsstörungen, (b) es wird durch emotionale Vorgänge ausgelöst und unterhalten, (c) organische Ursachen sind ausgeschlossen.

Phänomenologisch handelt es sich in jedem Falle um rezidivierende Attacken von Nausea und mehr oder weniger unstillbarem Erbrechen, das sich aus voller Gesundheit heraus bis mehrmals pro Stunde einstellt und teilweise bis zu zehn Tagen dauert. Die Kinder werden dabei häufig apathisch, sind sehr blaß, sprechen nicht und haben intensiven Durst. Die im Verlauf der Erbrechensattacken eintretende hyper- oder hypotonäträmische Dehydratation kann vor allem bei kleineren Kindern lebensbedrohlich werden. Gehäuftes Erbrechen kann aufgrund der irritierten Ösophagusschleimhaut sekundär zu Hämatemesis führen.

Der Altersgipfel der Erkrankung liegt zwischen dem 3. und 7. Lebensjahr, Knaben und Mädchen sind nahezu gleichhäufig betroffen. Die Neigung zu den wiederkehrenden Brechattacken persistiert nicht selten bis ins Erwachsenenalter. In der Familienanamnese finden sich oft Migräne, eine Kinetose oder ein sogenanntes Colon irritabile (FLEISHER u. MATAR 1993). Im Intervall ist der Patient üblicherweise vollkommen beschwerdefrei. Zur Klassifikation tragen weder Laborkriterien noch Klassifikationsschemata bei (ICD 10: „Erbrechen bei sonstigen psychischen Erkrankungen“, REMSCHMIDT u. SCHMIDT 1994; DSM IV: „eating disorder not otherwise specified“; DSM IV 1995). Die Diagnose muß daher durch Anamnese und körperliche Untersuchung – in erster Linie also per exclusionem gestellt werden.

Aus *gastroenterologischer* Sicht kommen als Ursache für wiederkehrendes Erbrechen die banale Gastroenteritis, die subakute/chronische Appendizitis, der gastroösophageale Reflux mit oder ohne Hiatushernie, die im Kindes- und Jugendalter allerdings seltene Ulkuserkrankung und die rezidivierende Pankreatitis in Frage. Daneben soll auf die Dünndarmobstruktion (Malrotation, Volvulus), die akute intermittierende Porphyrie und die Hyperemesis gravidarum als sehr seltene Ursachen hingewiesen werden.

Aus *urologischer* Sicht ist die Urolithiasis, aus *metabolischer* Sicht sind die im einzelnen sehr seltenen Amino- bzw. Organazidopathien und aus *endokrinologischer* Sicht der Diabetes mellitus, das Adrenogenitale Syndrom mit Salzverlust, das Phäochromozytom und der Morbus Addison zu nennen.

Aus *neurologischer* Sicht kann der Hirndruck rezidivierendes, vor allem morgendliches Erbrechen verursachen. Als Ursache gesteigerten intrazerebralen Drucks kommen expansive oder entzündliche Prozesse oder auch ein insuffizienter Hydrozephalus-Shunt in Frage. Der Terminus „abdominelle Migräne“ will andeuten, daß es wiederkehrende abdominelle Schmerzattacken, meist ohne Cephalaea, im Zusammenhang mit Migräne gibt. Genau dieser Zusammenhang ist aber nicht gesichert. Die International Headache Society (1989) konnte sich nicht zu einer klaren Einordnung dieses Terminus in die Gruppe der Migräne-Formen entschließen. Ähnliches gilt für die abdominelle Epilepsie (SWAIMAN 1994); sie beschreibt lediglich das gleichzeitige Vorkommen von abdominellen Schmerzattacken und pathologischem EEG bei ein und demselben Patienten (ΠΑΡΑΘΕΟΡΗΛΟΥ et al. 1972).

Aus *kinder- und Jugendpsychiatrischer* Sicht muß an die Anorexia nervosa, die Bulimia nervosa und eventuell an das Münchhausen-Syndrom by proxy gedacht werden. Bei letzterem werden körperliche Symptome und/oder Laborbefunde der Kinder von ihren Eltern vorgetäuscht, um entsprechende Untersuchungen und Behandlungen zu veranlassen. Weist die klinische Symptomatik oder die exakte Anamnese in keine bestimmte Richtung, stehen zur Differentialdiagnose des CVS eine Reihe von differentialdiagnostischen Untersuchungsmethoden zur Verfügung (Tab. 1).

Therapeutisch wird in manchen Fällen der parenterale Flüssigkeits- und Elektrolytersatz notwendig sein, als Therapie im Intervall werden Lorazepam, Amitriptylin und  $\beta$ -Blocker vorgeschlagen; zur Beendigung oder Abkürzung der Erbrechensattacken sind die genannten Pharmaka nicht wirksam; hierfür kommen eventuell Ondansetron und Sumatriptan in Frage (FLEISHER u. MATAR 1993). Eine Psychotherapie sollte ein Streßmanagement beinhalten (INGERSOLL u. CURRY 1977; ALFORD et al. 1972; MUNFORD u.

Tab. 1: Untersuchungsmethoden zur Differentialdiagnose von CVS

*Laboruntersuchungen*

Blutbild, Elektrolyte, Blutglukose, Blutgase, Kreatinin, Harnstoff, Ammoniak, Serum-Amylase und -lipase, Ph-Metrie, Aminosäuren, organ. Säuren, Stuhl- und Harnuntersuchung (inkl. Katecholamine, Porphobilinogen), Schwangerschaftstest.

*Bildgebende Verfahren*

Sonographie (Abdomen, Harntrakt), Gastroskopie  
Röntgen: Abdomen, Schluckakt, Magen-Darm-Passage,  
iv. Pyelogramm; Magnetresonanztomogramm Schädel.

*EEG*

DALLY 1979), eventuell in Kombination mit Autogenem Training und Pharmakotherapie (ROSENTHAL et al. 1980).

**2 Kasuistik**

Beschrieben wird ein 17jähriger, der seit seinem zweiten Lebensjahr an einer schweren Form zyklischen Erbrechens leidet. Sein Vater ist Soziologe, seine Mutter im psychosozialen Bereich tätig. Ihre Kindheit ist geprägt von Erlebnissen, in denen Frauen mit unehelichen oder behinderten Kindern verachtet und aus dem Familienverband ausgestoßen werden. In ihrer Herkunftsfamilie spielen die Begriffe Schuld, Bestrafung, Schande eine zentrale Rolle. In der Verwandtschaft finden sich häufig „Analphabeten, die entweder genial oder gar nicht rechnen konnten.“

Aus Angst, ein behindertes Kind zu bekommen, wird die erste Gravidität mit Interruptio beendet und die Adoption eines gesunden Kindes erwogen. Als die Mutter schließlich neuerlich schwanger wird, macht ihr das große Angst, sie will ihr Kind „am liebsten im Bauch behalten“ und erlebt die Geburt als äußerst belastendes Ereignis.

Der Knabe ist körperlich gesund, aber er trinkt von Anfang sehr wechselnd, strengt sich beim Saugen überhaupt nicht an, erbricht aus unklaren Gründen und schreit häufig völlig unmotiviert. Seine Interessen sind oft nicht nachvollziehbar. Er starrt oft minutenlang auf irgendeinen Punkt im Raum, wo sich aber nichts Erkennbares befindet. Er wirkt relativ bewegungs- und antriebsarm, schreit lieber nach einem gewünschten Gegenstand, als daß er sich dorthin bewegt und entwickelt bald motorische Stereotypen (z.B. Kopfwackeln, zum Teil bis heute). Erst mit 18 Monaten erlernt er das freie Gehen und relativ spät das Sprechen.

Mit zwei Jahren verschluckt er unbemerkt ein Schilling-Stück und erbricht über 12 Stunden, bis der Fremdkörper röntgenologisch entdeckt und ösophagoskopisch entfernt wird. Wieder zu Hause scheint der Knabe vieles wieder verlernt zu haben, was er schon konnte. In der Folge erbricht er wiederholt ohne ersichtliche Anlässe, was bei den Eltern immer zu besonderer Sorge und Obsorge führt.

Erst bei Eintritt in den Kindergarten fällt den Betreuenden und dann den Eltern auf, daß der Knabe in seiner Feinmotorik und Kognition retardiert ist, mit Gleichaltrigen kaum kommuniziert, sich inadäquat und aggressiv verhält und sogar Tötungswünsche äußert. Die Eltern versuchen, den Knaben sprachlich sowie grob- und feinmotorisch intensiv zu fördern.

Regelmäßige Erbrechensattacken beginnen in der ersten Kindergartenzeit und werden ab der Grundschule bzw. Integrationsschule deutlich häufiger; sie führen im ersten Schuljahr zu 13, im zweiten zu 74 und im vierten zu 91 Fehltagen. Es folgen viele Krankenhausaufenthalte mit der Diagnose „azetonämisches Erbrechen“, das meist mit Infusionen erfolgreich behandelt wird.

Die Erbrechensattacken, die hauptsächlich zu Hause auftreten, entwickeln sich nach folgendem gleichförmigen Muster: häufig gehen „manische Verhaltensweisen“ voraus, bei denen er „extrem viel auf uns einredet, ein großer Arzt oder Wissenschaftler werden will, Geld bei der Bank behebt, um alles mögliche einzukaufen und sehr viel durcheinander trinkt.“ Nach prodromalem Unwohlsein beginnt das Erbrechen in Intervallen von 5–30 Minuten. Dazu zieht sich der Knabe in sein Bett zurück, hört auf zu sprechen oder spricht in einer Art Babysprache, reagiert kaum mehr auf Ansprache (höchstens Nicken, Kopfschütteln, gelegentlich einzelne Worte), reduziert seine Spontanmotorik auf ein Minimum und beginnt mit Jaktationen wie schon seit dem Säuglingsalter. Dabei ist er bei vollem Bewußtsein und erbricht niemals in die angebotene Brechtasse, sondern immer auf den Boden daneben. Seit die Eltern um sein Bett Folien zum Schutz der Teppiche aufgelegt haben, erbricht er ebenfalls immer neben diese. Gegen Ende der Attacke – sie dauert gewöhnlich zwei bis drei Tage – nimmt er langsam wieder Blickkontakt auf, beginnt wieder zu sprechen und sich wieder normal zu bewegen.

Die Eltern umsorgen den Knaben in dieser Phase wie ein Kleinkind, geben ihm zu trinken, wechseln seine Windeln und mehrmals täglich die Bettwäsche. Zorn und Wut während der Attacken wird von seiten der Eltern nicht artikuliert, vielmehr die große Sorge, der Knabe könne durch die gelegentliche (objektiv unbedenkliche) leichte Hämatemesis „einmal verbluten – und dann hätten wir nicht ein, sondern zwei Kinder umgebracht“. Besonders der Vater versucht im täglichen Umgang mit seinem Sohn immer wieder, dessen intellektuelles Niveau und Urteilskraft zu überprüfen – und erlebt das Leistungsdefizit seines Sohnes immer wieder als Kränkung. Die Eltern erwarten in diesen Jahren immer wieder, daß „neben der Rechenschwäche“ eine eindeutige, behandelbare organische Diagnose gestellt werden kann.

Am Beginn der Therapie kommt man mit den Eltern überein, den Knaben zur Minderung der starken familiären Belastung jeweils für zwei bis drei Tage stationär aufzunehmen, mit parenteralem Elektrolyt- und Flüssigkeitsersatz zu behandeln und möglichst neutral – also ohne Bestrafung oder Belohnung – zu pflegen. Eine organische oder neurologische Erkrankung wird dabei differentialdiagnostisch mittels der in Tabelle 1 angeführten Untersuchungen ausgeschlossen, auch ein fragiles X-Syndrom liegt nicht vor.

Während einer therapeutischen Sitzung wird einmal der Beginn einer Erbrechensattacke beobachtet, die deutlich demonstrative Züge aufweist: initial wird der Kopf zurückgeworfen, der Mund sehr weit geöffnet, die Zunge weit herausgestreckt und das Erbrechen beginnt. Das Auffangen des Erbrochenen mit der Brechtasse wird konsequent abgewehrt, um auf den Boden spucken und erbrechen zu können.

Im krankheitsfreien Intervall macht der Jugendliche den Eindruck eines charmanten, umgänglichen Knaben, der kaum Aggressionen zeigt. Erst seine kognitiven Schwächen – Unverständnis für komplizierter gebaute Fragesätze und das Zahlenverständnis eines etwa sechsjährigen – zeigen eine Diskrepanz zwischen expressiver Sprache und sprachlicher Kognition auf. Im HAWIK ergibt sich ein Gesamt-IQ von 65 (verbal-IQ: etwas höher, Handlungs-IQ: etwas niedriger). Im Elternfragebogen von CONNERS (1978; Bearbeitung STEINHAUSEN 1993) zeigen sich erhöhte Werte in der Angstskala und in der Skala psychosomatischer Beschwerden.

Nach zweieinhalbjähriger Therapie (s. u.) beginnt der junge Mann mit Erfolg eine handwerkliche Lehre in einer geschützten Werkstatt, wobei über eine längere Zeit die Erbrechensattacken ausbleiben. Aktuell tritt Erbrechen nur mehr gelegentlich bei extremen psychischen Belastungen auf (z. B. nach Auseinandersetzungen mit seinem Meister).

### 3 Interpretation

Die Eltern spüren wohl intuitiv, daß sich ihr Kind nicht erwartungsgemäß entwickelt, können die tatsächliche intellektuelle Minderleistung aber vorerst nicht bewußt wahrnehmen. Sie versuchen, mit ihren Erwartungsängsten fertig zu werden, indem sie selektiv fördern, was durch Imitation erlernt werden kann (z.B. Sprache, sportliche Fähigkeiten, Umgangsformen) und spät erkennen oder verdrängen, was retardiert ist (z.B. Zahlenbegriff oder Rechenleistung).

Der Sohn, der immer mehr spürt, daß er den Erwartungen seiner Eltern nicht entsprechen kann, versucht mit unrealistischen Plänen und Gedanken („manischen Verhaltensweisen“), ihren Erwartungen zu entsprechen (coping strategy), um Zuwendung zu erhalten. Aber er erlebt Zurückweisung, flüchtet zurück ins Säuglingsalter (im Sinne einer Regression) und erbricht wieder, um Zuwendung wie damals zu bekommen. Die elterliche Sorge, ihr Sohn werde durch die rezidivierende Hämatemesis einmal verbluten, stellt möglicherweise einen vorbewußten Todeswunsch dar (Reaktionsbildung).

Im vorliegenden Fall wird das CVS als wiederkehrende Regression ins Säuglingsalter interpretiert. Regressive Tendenzen, das Zurückfallen in längst überwundene Verhaltensweisen früherer Entwicklungsstufen, sind immer dann als pathogen einzustufen, wenn sie permanent werden (FREUD 1977; LAPLANCHE u. PONTALIS 1977; THOMÄ 1989).

Da die *Mutter-Kind-Interaktion* im Säuglingsalter in erheblichem Ausmaß über die Nahrungsaufnahme abläuft, verwundert die Wahl der speziellen Erbrechenssymptomatik nicht, bot sich doch als Krankheitssymptom eine Störung der Mechanismen der Nahrungsaufnahme und -verarbeitung geradezu an. Das Ereignis des verschluckten Schillings mit nachfolgender besonderer Obsorge durch die Umgebung stellt für das Kind, das ja schon im frühen Säuglingsalter viel erbrochen hatte, das initiale Ereignis dar. In der Folge lernt es, den Krankheitsgewinn jeder neuerlichen Erbrechensattacke zu genießen und festzustellen, daß sich seine Eltern ihm immer dann besonders zuwenden und ihn vorbehaltlos umsorgen, wenn es erbricht. Je mehr intellektuelle Anforderungen im Verlauf der Entwicklung an das Kind gestellt werden, desto höher wird der Krankheitsgewinn einer Erbrechensattacke. Diese befreit den Knaben jedesmal und ganz verläßlich von dem überbordenden Druck der an ihn gestellten intellektuellen Anforderungen und holt ihn zurück in die Geborgenheit der Säuglingszeit.

Aus *psychoanalytischer Sicht* kann eine Erbrechensattacke unter Umständen auch als Konversion aufgefaßt werden. Demnach wäre das körperliche Symptom symbolischer Ausdruck der Ablehnung seiner Eltern, die ihn mit ihrer Förderung in inadäquater Form mit „geistiger Nahrung“ überfordern. Dem Erbrechen käme somit eine Ventilfunktion zu, bei der der ständig intellektuell überforderte und überforderte Bub alles in ihn Hineingetrichterte wieder ausspeit. Eine optimale Ernährung war immer ein besonderes Anliegen der Mutter, vielleicht als die ihr am besten mögliche Form der Zuwendung. Aus dieser Sicht muß sie das Erbrechen als besonders schlimm erlebt haben – als Haßausbruch gegen sie, als Bestrafung für sie. Empirische statistische Stützung findet diese Hypothese durch eine statistisch signifikante Korrelation zwischen dem CVS und Konversionen (MURAOKA et al. 1990).

Aus *systemischer Sicht* ist der überwiegend verbale Kommunikationsstil der Familie zu erwähnen (nach V. SATIR „computing“, vgl. HOFFMANN 1987), non-verbale Ressourcen werden vergleichsweise wenig genutzt.

Aus *lerntheoretischer Sicht* mögen Lernprozesse im Sinne einer Konditionierung für die vorliegende Persistenz der Symptome zusätzlich eine Rolle spielen; auf diese Zusammenhänge haben ROSENTHAL und Mitarbeiter (1980) hingewiesen.

Dadurch, daß die kindliche Wahrnehmungsfähigkeit infolge der mentalen Retardierung reduziert ist, irritiert sie immer wieder die Interaktion mit den intellektuell ausgerichteten Eltern, wirkt so krankheitserhaltend und trägt schließlich zur Permanenz der Beziehungsstörung bei. Im Sinne der Vulnerabilitätshypothese wäre die primäre mentale Retardierung fast als Laborbedingung für die Manifestation der psychiatrischen Erkrankung aufzufassen, als jener Boden, auf dem die wiederkehrenden regressiven Tendenzen schließlich kompensatorisch notwendig wurden (MILLNER 1997). Der Erfolg der beschriebenen methodenintegrativen Therapieansätze scheint diese Hypothese zu stützen.

Abbildung 1 veranschaulicht das Modell, wonach das CVS bei einem primär mental retardierten Kind als Abwehrmechanismus im Sinne einer wiederkehrenden Regression zu verstehen ist, die im Zusammenhang mit einer Eltern-Kind-Interaktionsstörung beschrieben und therapeutisch aufgearbeitet werden kann.

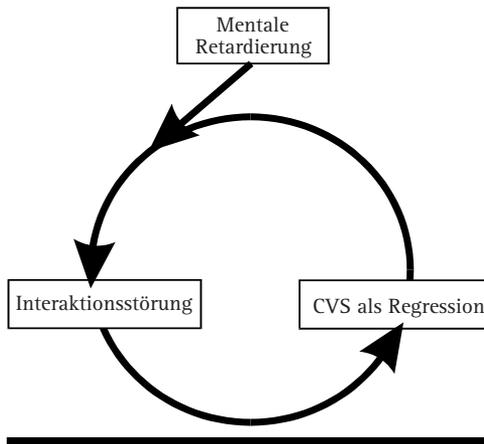


Abb. 1: Modell des CVS als Regression

## 4 Therapie

### 4.1 Reduktion des Leidensdrucks

Psychotherapeutisch wurde in erster Linie versucht, mit den Eltern die beschriebenen Zusammenhänge aufzuarbeiten. Dabei wurde der pragmatische Leitsatz „Gesund bist du zu Hause und krank im Krankenhaus“ eingehalten. Die Eltern kamen mit dem Kna-

ben überein, zu Hause keine Erbrechensattacken mehr zu dulden, sondern ihn am Beginn einer Erbrechensattacke sofort mit dem Taxi ins Krankenhaus zu schicken, wo er dann parenteralen Flüssigkeitsersatz und körperliche Pflege erhielt. Auf diese Weise entspannte sich innerhalb weniger Monate die häusliche Situation ganz wesentlich. Neu und entlastend war für den Patienten, in der neutralen Krankenhausatmosphäre Zuwendung zu erfahren, ohne latente Aggression der Pflegenden.

#### 4.2 *Hypnotherapeutischer Ansatz*

In der Annahme, daß eine Erbrechensattacke im Sinne einer Regression einen Krankheitsgewinn für den Patienten bringt, wurde versucht, diesen Gewinn in einem hypnotherapeutischen Ansatz zu substituieren: Mit einer verbal und über Körperkontakt eingeleiteten Trance-Induktion gelang es am Beginn einer Attacke wiederholt, den Patienten in einen Zustand zu versetzen, der der von ihm angestrebten Regression (Erbrechensattacke) nahekam. Körperlich umsorgt, ohne irgendeine intellektuelle Anforderung, um seiner selbst willen vollständig angenommen, konnte er auf die Erbrechensattacke (die gewohnte maligne Regression) offensichtlich verzichten.

#### 4.3 *Systemischer Ansatz*

In der Familie hatten vorwiegend verbale Kommunikationsmuster vorgeherrscht. Mit dem Verschwinden der seit 15 Jahren gewohnten Erbrechensattacken im häuslichen Bereich wurden nun große Defizite bei non-verbalen Kommunikationsmustern offensichtlich. Deshalb wurden den Eltern und dem Knaben vorgeschlagen, zweimal wöchentlich zu einer festgelegten Zeit jeweils 15 Minuten lang ausschließlich non-verbal miteinander zu kommunizieren. Die Familienmitglieder versuchten, sich ohne Worte, nur mit Gesten oder Berührungen, untereinander zu verständigen und zu verstehen. Zu Beginn beschrieb vor allem die Mutter den Effekt non-verbaler Kommunikation mit ihrem Sohn als für sie erschreckend ungewohnt, neu und auch verunsichernd. Aber nach dieser Phase großer Verunsicherung und Leere entfalteten sich mit therapeutischer Begleitung neue, non-verbale Kommunikationsmuster, die von allen Familienmitgliedern als lustvoll empfunden wurden. Zudem tritt besonders bei der Mutter die große Sehnsucht auf, mit ihrem Sohn eine „normale“ Verbalkommunikation, wie mit einem „normalen“ Kind, zu haben.

Dementsprechend wurde in systemisch orientierten Therapiesitzungen zusätzlich versucht, den Eltern einen Sohn zu geben, den sie so annehmen können, wie er ist. War die elterliche Anerkennung bisher überwiegend an seine Leistungen gebunden (Sprache und Verhalten), versuchten die Eltern unter therapeutischer Begleitung, ihren Sohn unabhängig von seiner intellektuellen Leistung wertzuschätzen und zu lieben. Der Knabe erlebte damit, um seiner selbst willen angenommen zu sein.

#### 4.4 Von der Regression zur Progression

Durch die konsequente Einhaltung des Leitsatzes „Gesund bist du zu Hause und krank im Krankenhaus“ konnte ein Ablösungsprozeß des Knaben von seinen Eltern gedeihen, der diesen zudem in seinem Selbstwert stärkte. Schließlich konnte er mehrere Wochen lang einen Auslandsaufenthalt absolvieren und danach eine Handwerkslehre beginnen.

War es vor der Therapie wöchentlich zu schweren Erbrechensattacken von jeweils zwei bis drei Tagen gekommen, traten nun zwar immer noch Attacken von Übelkeit in etwa zweimonatlichen Abständen auf, jedoch gelang es teils mit hypnotherapeutischen Ansätzen, teils mit ambulant verabreichten Infusionen, eine Brechattacke zu verhindern.

Mit Hilfe der beschriebenen therapeutischen Interventionen wurde aus einem für alle Beteiligten über 15 Jahre äußerst belastenden und bedrohlichen Familienunglück eine Krankheit, mit der der nunmehr 19jährige und seine Eltern gut umgehen können.

#### Literatur

- ALFORD, G.S./BLANCHARD, E.B./BUCKLEY, T.M. (1972): Treatment of hysterical vomiting by modification of social contingencies. A case study. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiat.* 3, 209ff.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)(1995), Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 4. Ed.
- DOOSE, H. (1995): Epilepsien im Kindes- und Jugendalter. Hamburg, 10. Aufl.
- FLEISHER, D.R./MATAR, M. (1993): The CVS. A report of 71 cases and literature review. *J. Ped. Gastroent Nutr.* 17, 361-363.
- FREUD, A. (1977): Das Ich und die Abwehrmechanismen. Frankfurt a.M.: Fischer, 9. Aufl.
- GEE, S. (1882): On fitful or recurrent vomiting. *St. Bart. Hosp. Rep.* 18, 1-6.
- GONZALEZ-HEYDRICH, J./KERNER, J.A. JR/STEINER, H. (1991): Testing the psychogenic vomiting diagnosis. Four pediatric patients. *Am. J. Dis. Child* 145 (8), 913-916.
- HOCKADAY, J. (1987): Migraine and its equivalents in childhood. *Dev. Med. Child Neurol.* 29, 258-270.
- HOFFMANN, L.(1987): Grundlagen der Familientherapie. Isko-Press, 2. Aufl.
- INGERSOLL, B./CURRY, F. (1977): Rapid treatment of persistent vomiting in a fourteen year old female by shaping and time-out. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiat.* 8, 305ff.
- Kopfschmerz-Klassifikations-Komitee der Internationalen Headache Society (1989) in *Nervenheilkunde* 8, 161-203.
- LAPLANCHE, J./PONTALIS, J.B. (1977): Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- LI, B.U.K. (1993): Cyclic vomiting syndrome: A pediatric Rorschachtest. *J. Ped. Gastroent Nutr.* 17,351-353.
- LUNDBERG, P.O. (1975): Abdominal migraine – diagnosis and therapy. *Headache* 15, 122-125.
- MILLNER, M.M. (1998): Neuropädiatrie – Ursachen und Formen der Behinderung. Stuttgart: Schattauer, 2. Aufl.
- MUNFORD, P.R./DALLY, R. (1979): Outpatient contingency management of operant vomiting. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiat.* 10, 135ff.
- MUNTAL, A. (1994): Pädiatrie. München: Urban & Schwarzenberg.
- MURAOKA, M./MINE, K./MATSUMOTO, K./NAKAI, Y./NAKAGAWA, T. (1990): Psychogenic vomiting the relation between patterns of vomiting and psychiatric diagnoses. *GUT* 31 (5), 526-528.
- PAPATHEOPHILOU, R./JEAVONS, P.M./DISNEY, M.E. (1972): Recurrent abdominal pain: a clinical and electroencephalographic study. *Dev. Med. Child Neurol.* 14, 31-44.
- REINHART, J./EVANS, S./MCFADDEN, D. (1977): Cyclic vomiting in children seen through the psychiatrist's eye. *Pediatrics* 59, 371-377.

- REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M.H. (1994)(Hrsg.): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD 10 der WHO. Bern: Huber, 3., rev. Aufl.
- ROSENTHAL, R.H./WEBB, W.L./WRUBLE, L.D. (1980): Diagnosis and management of persistent psychogenic vomiting. *Psychosomatics* 21, 722-730.
- STEINHAUSEN, H.C. (1993): Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. München: Urban & Schwarzenberg.
- SWAIMAN, K.F. (1994): Pediatric Neurology. Principles and practice. St. Louis: Mosby, 2. ed.
- THOMÄ, H. (1989): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 1. Heidelberg: Springer.
- UEXKÜLL, TH./KÖHLE, K. (1990): Funktionelle Syndrome in der Inneren Medizin. In: UEXKÜLL, T.: Psychosomatische Medizin, 4. Aufl., München: Urban & Schwarzenberg, S. 218 ff.
- WYLLIE, R./HYAMS, J.S. (1993): Pediatric gastrointestinal disease-pathophysiology, diagnosis, management. Philadelphia: WB Saunders Company.

Anschrift der Verfasser/in: Univ.-Prof. Dr. med. Michael M. Millner, Universitätsklinik Graz, Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Auenbruggerplatz, A-8036 Graz.