

Reinelt, T. und Friedler, E.

Therapie einer kindlichen Eß-Störung

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 31 (1982) 6, S. 223-231

urn:nbn:de:bsz-psydok-29267

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

Zum 65. Geburtstag von Annemarie Dührssen	1	drawal and Stereotypes: Two Behavioral Patterns in Service of Stimulation)	25
In Memoriam Hermann Stutte	285	B. Mangold: Psychosomatik und Familientherapie. Theorie und Klinische Praxis (Psychosomatic Disease and Familytherapy)	207
Aus Praxis und Forschung			
W. Bettschart: Zehnjährige Arbeit an der Tagesklinik mit psychotischen Kindern und ihren Familien (Ten Years of Experience at a Day Clinic with Psychotic Children and Their Parents)	87	M. Martin, R. Walter: Körperselbstbild und Neurotizismus bei Kindern und Jugendlichen (Body-satisfaction and Neuroticism in Children and Adolescents)	213
E. J. Brunner: Zur Analyse von Interaktionsstrukturen im Familiensystem (Interaction Analysis in the Field of Family Therapy)	300	H.-U. Nievergelt: Legasthenie? ein Fall nichtdeutender Kinderanalyse, der diese Frage stellt (Dyslexia? A case of Noninterpretative Child Analysis in Which This Question Arose)	93
C. u. B. Buddeberg: Familienkonflikte als Kollusion – eine psychodynamische Perspektive für die Familientherapie (Family Conflicts as Collusion – a Psychodynamik View vor Family Therapy)	143	M. Nowak-Vogl: Die „Pseudodemenz“ (The „Pseudodementia“)	266
W. Dacheneder: Zur Diagnose von Wahrnehmungsstörungen mit den Coloured Progressive Matrices (Diagnosis of Perceptual Dysfunction by Means of Raven's Coloured Progresses Matrices)	180	E. Obermann: Förderung eines behinderten Jungen durch Rollenbeispiele unter besonderer Berücksichtigung der kognitiven Entwicklungstheorie (The Furtherance of an Impede Boy by Role-games with Spezial Attention to the Cognitive Theory of Development)	231
G. Deegener: Ödipale Konstellationen bei Anorexia nervosa (Oedipus Complex in Patients with Anorexia nervosa)	291	A. Overbeck, E. Brähler u. H. Klein: Der Zusammenhang von Sprechverhalten und Kommunikationserleben im familientherapeutischen Interview (The Connection between Verbal Behavior and Experience of Communication in the Family Therapy Interview)	125
H. Dellisch: Schlafstörungen und Angst (Sleep Disturbances and Anxiety)	298	W. Pittner u. M. Kögler: Stationäre Psychotherapie eines schwer verhaltensgestörten Mädchens (Inpatient Psychotherapy of a Girl Suffering from Severe Behaviour Disorder)	308
H. Dietrich: Zur Gruppentherapie bei Kindern (Group Therapy with Children)	9	A. Polender: Entspannungs-Übungen – Eine Modifikation des Autogenen Trainings für Kleinkinder (Autogenes Training in Modification to Small Children)	15
R. W. Dittmann: „Feriendialyse“ – Ein Ferienaufenthalt für chronisch kranke Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung psychosozialer Probleme. Erfahrungen mit Planungsanspruch und Realisierungsmöglichkeiten („Holiday Dialysis“ – A Summer Camp of Children and Juveniles with Chronic Renal Disease with Regard to Psychosocial Problems. Experiences in Planning and Realisation)	103	A. Polender: Entspannungs-Übungen (Relaxation Exercises)	50
R. Frank u. H. Eysel: Psychosomatische Störung und Autonomieentwicklung: ein Fallbeispiel zu einem kombinierten verhaltenstherapeutisch und systemtheoretisch begründeten Behandlungsvorgehen (Psychosomatic Disorder and the Development of Autonomy)	19	T. Reinelt, E. Friedler: Therapie einer kindlichen Eß-Störung (Therapy of an Infantile Eating Disorder)	223
B. Gassner: Psychodrama mit körperbehinderten Jugendlichen und Heranwachsenden (Psychodrama with Physically Disabled Teenagers and Grown up Teenagers)	98	H. Remschmidt: Suizidhandlungen im Kindes- und Jugendalter – Therapie und Prävention (Suicidal Acts in Childhood and Adolescence – Therapy and Prevention)	35
B. Geisel, H. G. Eisert, M. H. Schmidt, H. Schwarzbach: Entwicklung und Erprobung eines Screening-Verfahrens für kinderpsychiatrisch auffällige Achtjährige (SKA 8) (Parent-teacher Ratings as a Screening Instrument (SKA 8) for Eight-year old Psychiatrically Disturbed Children)	173	R. Schneider: Gibt es eine „Problemkinderkurve“ im HAWIK? Zur Geschichte von Intelligenztestergebnissen (Is there a „Problem Child Curve“ in HAWIK?	286
Th. Hess: Einzelpsychotherapie von Kindern und Jugendlichen und Familientherapie: Kombinierbar oder sich ausschließend? (Individual or Family Therapy?)	253	H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population – II. Zusammenhangs- und Bedingungsanalysen (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population – II. Analysis of Determinants and Correlation)	3
G. Horn: Anwendungsmöglichkeiten des Katathymen Bilderlebens (KB) bei Kindern im Rahmen der Erziehungsberatung (Applicability of Guided Affective Imagery to Children in Connection with Educational Counselling)	56	G. Süssenbacher: Die Verwendung eines Märchenentwurfes zur Auflösung einer pathogenen Doppelbindung: Fallberichte zur Behandlung einer Windphobie (The Use of a Fairy-Tale-Design in the Modification to a Pathogenic Double Bind: Report on a Therapy of a Wind Phobia)	185
A. Kitamura: Eine vergleichende Untersuchung der Suizidversuche deutscher und japanischer Jugendlicher (A Comparative Study of Attempted Suicides among German and Japanese Adolescents)	191	A. Wille: Der Familienskulptur-Test (Family Sculpting Test)	150
M. Kögler: Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinderpsychiatrie (Integrative Psychotherapy in Inpatient Child Psychiatry)	41	P. Zech: Konflikte und Konfliktdiagnostik in der stationären Kinderpsychotherapie (Conflicts and Conflict Diagnosis in Inpatient Child Psychotherapy)	47
K. Krisch: Enkopresis als Schutz vor homosexuellen Belästigungen (Encopresis as a Defense against Homosexual Approaches)	260	P. Zech: Stationsgruppen in der stationären Kinderpsychotherapie (Ward Groups in In-patient Child Psychotherapy)	218
P. J. Lensing: Gesichtabwenden und Stereotypen – Zwei Verhaltensweisen im Dienste der Stimulation in normaler Entwicklung und bei frühkindlichem Autismus (Facial With-		Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge	
		B. Bron: Drogenabusus und Sexualität (Drug Abuse and Sexuality)	64
		G. Gutezeit: Linkshändigkeit und Lernstörungen? (Lefthandedness and Learning Disorders)	277
		R. Honegger: Kasuistischer Diskussionsbeitrag zur Einweisung Jugendlicher in geschlossene Erziehungsinstitutionen (Case Study as Contribution to the Discussion on Referring Juvenile Delinquents in Closed Educational Establishments)	110

H. E. Kehrner u. E. Temme-Meickmann: Negativismus bei frühkindlichem Autismus (Negativism in Early Childhood Autism)	60
B. Langenkamp, I. Steinacker, B. Kröner: Autogenes Training bei 10jährigen Kindern – Beschreibung des Kursprogramms und des kindlichen Verhaltens während der Übungsstunden (Autogenic Training Programme for Ten-year-old Children).	238
B. Meile u. M.-H. Frey: Educational Therapy: ein ganzheitliches Modell für die Erziehungsberatung (Educational Therapy: A Model for Educational Counselling)	160
C. Rössler: Möglichkeiten einer wirksamen Konflikterziehung in der Grundschule (Possibilities of an Effective Education of Conflicts in Elementary School)	243
R. Schleiffer: Zur Psychodynamik von Stieffamilien mit einem psychisch gestörten Kind (Psychodynamics in Step-families with a Psychically Disturbed Child)	155
F. Specht: Erziehungsberatung – Familie – Autonomie (Child Guidance – Family – Autonomy)	201
A. Stiksrud, J. Markgraf: Familien mit drogenabhängigen Jugendlichen (Drug-addict Adolescents and their Families)	271
J. Wienhues: Schulen für Kranke in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen (Schools for Patients in Psychiatric Institutions for Children and Adolescents)	313

Bericht aus dem Ausland

C. Odag: Über einige Erfahrungen mit Gruppen von Jugendlichen in der psychiatrischen Klinik der Universität Ankara (Experiences with Groups of Adolescents in the Psychiatric Clinic, University of Ankara)	75
---	----

Tagungsberichte

H. Moschtaghi: Bericht über das Jubiläum Symposium der ISSP am 5. und 6. 9. 1981 in Zürich (Report on the Anniversary Symposium of the ISSP, September 5 and 6, 1981, in Zürich)	116
H. Remschmidt: Bericht über ein Symposium des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe „Kinder- und Jugendpsychiatrie. Geschichtliche Entwicklung – jetziger Stand – aktuelle Probleme – Zukunftsperspektiven“ am 20. u. 21. 10. 1981 in Marl-Sinsen (Report on an Symposium held bei the Regional Association of Westfalen-Lippe on „Child and Adolescent Psychiatry“)	81
H. Remschmidt: Bericht über das 2. Internationale Symposium zum Thema „Epidemiology in Child and Adolescent Psychiatry – Research Concepts and Results“ (Report on the 2nd International Symposium in „Epidemiology Adolescent Psychiatry-Research Concepts and Results“)	118
H. Remschmidt: Bericht über den 10. Internationalen Kongreß der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions vom 25.–30. 7. 1982 in Dublin	318

Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)

Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie	249
Herzka, H. S.: Kinderpsychopathologie, ein Lehrgang mit tabellarischen Übersichten	171
Hoffmann, Sven Olaf: Charakter und Neurose	171
Jochmus, I., Schmidt, G. M., Lohmar, L. und Lohmar, W.: Die Adoleszenz dysmelter Jugendlicher	250

Mitteilungen (Announcements) 33, 84, 120, 172, 206, 251, 284, 320	
---	--

Therapie einer kindlichen Eß-Störung

Von T. Reinelt, E. Friedler

Zusammenfassung

Mit einem 4 1/2-jährigen Mädchen mit einer von Geburt an bestehenden Eßstörung wurde eine spieltherapeutische Behandlung durchgeführt. In vielen Spielszenen konnten wir feststellen, daß mit dem Essen verschiedene, teilweise emotional sehr bedrohliche Vorstellungen verknüpft waren, wie aus den Protokollen der Therapeutin (Fr. Friedler) hervorgeht. Die Eßstörung des Kindes erwies sich als dramatische Manifestation eines wahrnehmungs- und erlebnisverfälschenden Lebensstils, der viele Interaktionen des Kindes mit seiner Umwelt schwierig und angstausslösend gestaltete.

Einleitung

Kinder mit Eßstörungen gehören wohl zu den häufigsten Patienten, die dem Kinderarzt vorgestellt werden. Gelegentlich befinden sich unter ihnen solche, die sich mit starkem und langanhaltendem Widerstand gegen die Nahrungszufuhr wehren, ein Verhalten, welches an Patientinnen mit einer *Anorexia nervosa* erinnert. Die Symptomatik tritt üblicherweise während der ersten zwei Lebensjahre – manchmal bereits am ersten Lebenstag – auf, doch konsultieren die Eltern oft erst zu einem viel späteren Zeitpunkt – gelegentlich vergehen Jahre – den Arzt.

Die Ätiologie

Häufig ist es schwierig, die Bedeutung körperlicher und psychosozialer Einflüsse bei der Entstehung einer kindlichen Eßstörung abzuschätzen. Wenn wir trotzdem eine Klassifikation versuchen, so heißt das keinesfalls, daß wir uns der Interdependenz somatischer, psychischer und sozialer Variabler nicht bewußt sind.

1. Organische Faktoren

Wenn Eßstörungen auftreten, dann ist es natürlich naheliegend, an somatische Schädigungen des Mundes, Rachens, der Speiseröhre und/oder deren zentralnervöse Repräsentanten zu denken. Bei anderen organischen Faktoren besteht zwar oft nicht der eindeutige kausale Zusammenhang zwischen Symptom und zugrundeliegender Störung, doch sind ihre Einflüsse meist nachweisbar. Deshalb müssen bei der diagnostischen Abklärung auch Neuropathie, vegetative Labilität, organische Krankheiten, Medikamenteneinflüsse (Harbauer 1975) und Encephalopathien (Strunk 1974) – letztere wohl eher im Sinne einer unspezifischen frühkindlichen Hirnschädigung – in Betracht gezogen werden.

2. Psychodynamische Faktoren

Das Gedeihen des kleinen Säuglings hängt in hohem Maße von der emotionalen Qualität der Beziehung ab, die seine

Mutter (primäre Bezugsperson) zu ihm aufbaut. Diese Bedeutung der frühkindlichen mitmenschlichen Beziehungen für die Entwicklung des Säuglings wurde mehrfach nachgewiesen (Bowlby 1972, Spitz 1946). Erfährt ein Kind eine liebevolle, vielleicht sogar feindselige Betreuung, kann dies zu Eßstörungen führen. Da Mutter und Nahrung eine psychologische Affinität aufweisen – ja im frühesten Säuglingsalter eine untrennbare Einheit darstellen (Freud 1971) – kann das Verweigern oder Ausspeien der Nahrung gleichzeitig die Ablehnung der Mutter bedeuten. Wenn an die Stelle des Ausspeiens das Einverleiben als ein Akt, der letztlich das Objekt zerstört, tritt („vor Liebe fressen“, der Kannibale frißt den Feind), kann die Verdrängung des oralen Sadismus zu einer Eßstörung führen (Hemmung des sich Einverleibens). Als eine weitere psychodynamische Interpretationsmöglichkeit bietet sich die Verschiebung des Ekels (als Reaktionsbildung auf Schmutz) auf den oralen Bereich an. Gelegentlich mögen auch infantile Vorstellungen über Befruchtung und Schwangerschaft (Schwangerschaft durch Essen) zu einer Ablehnung der Nahrung führen.

3. Familiendynamische Faktoren

Besonders im frühen Kindesalter drücken sich in Eßstörungen häufig Interaktionsprobleme zwischen Mutter und Kind aus (wobei die übrigen Familienmitglieder direkt oder indirekt zu diesen Schwierigkeiten beitragen). Die Harmonie des „Zusammenspiels“ zwischen Mutter und Kind wird dabei häufig durch psychische Störungen der Mutter beeinträchtigt (in ca. zwei Drittel der Fälle nach Brandon 1970). Manchmal erscheint die Essensverweigerung die einzige Möglichkeit eines Kindes zu sein, um oppositionelle Gefühle gegen die Eltern ausdrücken zu können. Besonders wenn Eltern irrealer Befürchtungen über die Folgen des Nichtessens hegen, werden sie mit Zwang versuchen, dem Kind Nahrung zuzuführen. Es läßt sich außerdem beobachten, daß nicht so selten eine einengende, die motorische Expansion sehr einschränkende Erziehung verwirklicht wird. Der neurotische Zwiespalt in Müttern eßgestörter Kinder wird aus der Beschreibung von Dührssen (1972) ersichtlich, die einerseits deren liebevolle, bemühte, überängstliche und überbesorgte Haltung und andererseits ihre Härte und Grausamkeit, mit der sie dem Kind Nahrung aufzwingen, hervorhebt.

4. Außerfamiliäre Faktoren

Diese werden beim Kleinkind selten eine Rolle spielen, es sei denn, es ist in einem Heim oder Krankenhaus untergebracht. Wenn das Kind den Kindergarten oder bereits die Schule besucht, können Beziehungskonflikte und Leistungsprobleme einen gewissen Einfluß auf die Entstehung einer Eßstörung haben.

Die Behandlung

Die Form der Behandlung wird davon abhängen, welche Faktoren als diagnostisch relevant gefunden werden. Danach wird es sich richten, ob organmedizinische Maßnahmen und/oder psychologische Interventionen notwendig sind. Diese können sich auf die manchmal wirksame einfache Beratung, die Essensverweigerung einmal zu ignorieren, beschränken – allerdings können Mütter mit irrationalen Ängsten einen solchen Rat nicht entsprechend durchführen – oder erfordern eine psycho- oder familientherapeutische Behandlung.

Kürzlich wurden von *Sagebiel* u. a. (1981) 6 Fälle mit psychogenen Eßstörungen vorgestellt, die neben einer symptomorientierten Eßtherapie mit einer gesonderten Desensibilisierung gegen das Ekelgefühl behandelt wurden und zusätzliche individuelle therapeutische Hilfestellungen (Motorik, Sozialverhalten u. a.) erhielten.

Anamnese

Vorstellungsanlaß:

Anna, ein 4,8 Jahre altes Mädchen wurde an der Wiener Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters wegen Eßschwierigkeiten vorgestellt. Das Kind konnte fast ausschließlich nur breiige Nahrung zu sich nehmen und während der Mahlzeiten traten häufiges Würgen und Erbrechen auf. Während des Essens verlangte sie laufend nach Wasser, der Schluckvorgang schien ihr nur dann möglich, wenn die willkürliche Aufmerksamkeit davon abgelenkt wurde. Eine etwas leichtere Durchführung der Mahlzeiten gelang dann, wenn das Radio spielte, Spielsachen um das Essen gruppiert waren und die Mutter sich um Ablenkung bemühte.

Genese der Symptomatik:

Die Patientin kam nach einer unauffälligen Schwangerschaft im 7. Lunarmonat mit einem Geburtsgewicht von 1370 g und einer Größe von 46 cm auf die Welt. Die ersten 12 Wochen verbrachte das Kind an einer Frühgeborenenstation und wurde etwa 8 Wochen nasotracheal intubiert. Die Ernährungsschwierigkeiten begannen demnach schon unmittelbar nach der Geburt und setzten sich fort, als das Kind im Alter von 12 Wochen nach Hause kam. Das erste halbe Lebensjahr wurde Anna mit der Flasche ernährt, wobei schon während dieser Zeit Schluckschwierigkeiten beobachtet werden konnten. Mit 7 Monaten begann sie die Flaschenahrung abzulehnen und wollte nur noch mit dem Löffel gefüttert werden. Die Nahrung wurde dabei nicht aktiv geschluckt, sondern das Mädchen ließ sie passiv hinunterrutschen. Frühzeitig war der Mutter aufgefallen, daß das Kind nur selten Gegenstände zum Munde führte, niemals Daumen lutschte und einen Schnuller ablehnte. Als Anna drei Jahre alt war, suchte die Mutter wegen der Schluck- und Kauschwierigkeiten einen Kinderarzt auf. Dieser veranlaßte zwei stationäre Aufnahmen an einer Kinderklinik, an der Röntgenaufnahmen des Schluckaktes und der Magen-Darm-Passage durchgeführt wurden. Beide Krankenhausaufenthalte ergaben keinerlei pathologischen somatischen Befund. Ein Versuch, das Kind drei Tage ohne Nahrung zu lassen, führte zu keiner Veränderung der Eßgewohnheiten.

Frühkindliche Entwicklung:

Mit Ausnahme der Eßschwierigkeiten verlief die frühkindliche Entwicklung nach den Angaben der Mutter ohne besondere Schwierigkeiten.

Wegen der hochgradigen Eßschwierigkeiten und Schluckprobleme wurde den Eltern eine kurzfristige stationäre Aufnahme des Kindes vorgeschlagen. Diese erfolgte über den Zeitraum von einem Monat und wurde zum Zwecke der diagnostischen Abklärung und der Einleitung einer Behandlung vorgenommen.

Familiensituation:

Im Haushalt lebte Anna mit ihren Eltern. Der Vater war ein technischer Angestellter, die Mutter eine ausgebildete Kindergärtnerin, die seit der Geburt der Tochter ihren Beruf nicht mehr ausübte und zu Hause beim Kind blieb. Häufig besuchte die Großmutter (mütterlicherseits) die Familie und pflegte besonders zu den Essenszeiten anwesend zu sein. Von der Mutter selbst erfuhren wir, daß sie in ihrer Jugend eine schlechte Esserin gewesen sei. Der Vater trat während des stationären Aufenthaltes wenig in Erscheinung, doch war er bereit, gemeinsam mit der Mutter an beratenden Gesprächen teilzunehmen. Allerdings zeigten die Eltern sehr schnell einen starken Widerstand gegen diese Gespräche und brachen nach wenigen Sitzungen die Therapie ab.

Die kinderärztlichen, neurologischen, psychomotorischen und intellektuellen Untersuchungsbefunde waren unauffällig. Lediglich im Sozialverhalten wurde ein Rückstand gegenüber den Gleichaltrigen festgestellt. Auffallend war auch, daß verschiedene Tests zur Prüfung der Mundmotorik von der kleinen Patientin erstaunlich gut bewältigt wurden.

Eine diagnostische und therapeutische Hypothese

Wir gingen zwar von der Annahme aus, daß die Saug- und Schluckschwierigkeiten, die bei Anna bereits im frühesten Lebensalter beobachtet werden konnten, eventuell durch eine MCD (Frühgeburt) und die nasotracheale Intubation verursacht worden waren. Doch konnte zum Zeitpunkt der klinischen Untersuchungen eine somatisch verursachte Störung des Kau- und Schluckaktes nicht (mehr) nachgewiesen werden.

Sieht man die Fütterung eines Babys als Interaktionsmuster zwischen Mutter und Kind, dann kann die „harmonische Abstimmung“ zwischen beiden durch verschiedene Faktoren gestört werden. Im Fall von Anna gewannen wir den Eindruck, daß das „falsche“ Zusammenspiel nicht nur durch die Saug- und Schluckstörung, sondern auch durch die geringe Sensibilität der Mutter für die Bedürfnisse des Kindes verursacht wurde. Wir vermuteten, daß im Laufe der Zeit die MCD kompensiert worden war, die Eßstörung aber als funktionelles oder interaktionelles Muster bestehen geblieben war. Diese war aber offensichtlich nur der deutlich sichtbare Teil eines Lebensstils (*Adler*), der sich ungefähr derart formulieren ließ: „Ich traue mich nicht an die Welt heran, sie ist mir zu gefährlich.“ Diese Auffassung von der Welt und dem Leben ließ sich deutlich im Benehmen Annas während der stationären Aufnahme beobachten. Beim Essen zeigte sie auch auf der Station das von der Mutter beschriebene Verhalten, welches somit Anteil des individuellen

Lebensstils des Kindes geworden war. Es erschien uns deshalb notwendig, in einer spieltherapeutischen Behandlung die grundlegende Auffassung des Kindes von sich und der Welt zu revidieren, wobei nach unserer Modellvorstellung eine Veränderung des Lebensstils zu einem Abklingen der Eßstörung führen würde. Außerdem hielten wir es für notwendig, neben der Behandlung des Kindes therapeutische Gespräche mit den Eltern zu veranlassen, um dadurch pathogene interaktionelle Muster durch Veränderungen von psychologischen Variablen auch auf seiten der Eltern zu bewirken.

Die Therapie von Anna

Je kleiner Kinder sind, desto einfacher, undifferenzierter und auch weniger realistisch ist ihr Weltbild. Hat ein Kind bereits eine bestimmte Vorstellung über sich und die Welt erworben, werden Wahrnehmungen, Gedächtnisinhalte und Denkvollzüge gemäß einer solchen grundlegenden Auffassung gefiltert und interpretiert. Die Vorstellung, nicht liebenswert zu sein oder anderen Menschen nicht vertrauen zu können, findet durch die „tendenziöse Wahrnehmung“ immer wieder ihre Bestätigung und macht es blind für alternative Erfahrungen. Im Falle von Anna beschränkte sich die tendenziöse Verfälschung nicht nur auf den Bereich des Essens, sondern enthüllte einen Lebensstil, der vornehmlich der Sicherung vor realen und vermeintlichen Gefahren diene.

Bedeutung des Essens

Den Blick durch die „tendenziöse Brille“ demonstrierte uns Anna in verschiedenen therapeutischen Sitzungen, in denen eine negative emotionelle Stellungnahme zum Essen deutlich wurde. Eine derartige generalisierte negative emotionale Qualität des „Essens-Themas“ kann die Folge angeborener oder erworbener Störungen des emotionalen Skalierungsprozesses (Reinelt 1980) sein.

1. Sterben durch Nahrungsmangel

Die an sich realistische Erkenntnis, daß Nahrungsmangel zum Tode führt, hatte bei Anna eine irrealer Einschätzung der Bedeutung der einzelnen Mahlzeiten entstehen lassen. In welcher Weise aber das Essen Leben spendet, konnte sich ihr kindlicher Verstand nicht erklären und ersetzte deshalb die Realität durch Magie. Nach ihrer Vorstellung befand sich im Essen ein geheimnisvoller Magnet, der das Leben erhält, eine Phantasie, die wahrscheinlich durch eine Bemerkung des Vaters entstanden war.

Protokollauszüge: 3. Stunde: Es wird, wie so häufig, eine Koch- und Eßszene gespielt¹. Anna zur Therapeutin: „Du mußt aber essen, sonst wirst du schwach und kannst nicht mehr leben. Du mußt, du mußt, du mußt, sonst schimpfe ich.“ Dann wird das Kind heftig: „Mein Papa sagt, du wirst sonst ganz schwach, du mußt essen.“ 4. Stunde: „Am liebsten esse ich Grießkoch und weil ich nicht esse, bin ich im Spital. Der Papa sagt, wenn ich nicht esse, komme ich nicht mehr nach Hause. Weißt du, im Essen ist ein Magnet ... Du mußt essen, sonst stirbst du.“ 8. Stunde: Sie fragt nach dem

Magneten, der im Spiel durch eine Plastillinkugel dargestellt wird. Therapeutin: „Was ist ein Magnet?“ Anna: „Weißt du, das ist ... der Papa, der hat vom Magnet gesprochen.“

2. Tod durch Überfütterung

Ein uns bekanntes Kind wurde von der Vorstellung geplagt, daß es sich nicht durch den Grießbrei ins Schlaraffenland durcharbeiten könne und deshalb im Essen ersticken müsse. Diese Bedrohung – die vollständige Einengung des Lebensraumes durch die fortwährende Präsenz des Themas „Ernährung und ernährende Mutter“ – schien Anna ebenfalls zu spüren.

Protokollauszüge: 7. Stunde: Anna macht einen Brei. Plötzlich nimmt sie das Kind-Schwein und vergräbt es im Brei, bis es nicht mehr sichtbar ist. „Jetzt kann es nicht mehr atmen.“ Nachdem das Kind im Essensberg verschwunden ist, stellt sie das Mutter-Schwein noch oben auf das Kind drauf.

3. Essen als Strafe für verbotene Gedanken

Paradoxerweise wird nicht der Essensentzug als Strafhandlung gesetzt, sondern die Essensgabe. Verbotene aggressive oder sexuelle Spiele werden mit Zwangsgessen bestraft.

Protokollauszüge: 18. Stunde: Opa und Oma werden im Spiel bei einem Autounfall verletzt. Gleich darauf bekommt das Baby zu essen und wird damit förmlich überschüttet. 24. Stunde: Ein Pinguin (Kind) hüpfte auf die Kuh und dem Geist wird befohlen, das Krokodil (Mutter) fortzunehmen. Dann baut sie aufgeregt einen fensterlosen Raum, in den das Kind eingesperrt wird und viel zu essen bekommt (Strafe für ödipale Wünsche?).

4. Essensverweigerung als Schlimmheit

Anna interpretiert das Übriglassen von Speisen als Schlimmheit, die hart bestraft werden muß.

Protokollauszüge: 15. Stunde: „Wie verhält sich ein braves Kind?“ Anna: „Es ißt ganz schnell auf, sonst gehen die Eltern fort oder es wird eingesperrt.“ 31. Stunde: In einer Szene, die im Spital spielt, ißt das Kind alles auf. Gleichzeitig sagt Anna: „Aber ich bin ein schlimmes Kind und esse nicht alles auf.“

5. Essen als kannibalischer Akt

Es gibt in unserer Gesellschaft wohl kaum eine andere Verhaltensweise, die verächtlicher und verderbter erscheint, als das Essen von Menschenfleisch. Auf Grund sozialer und gesetzlicher Sanktionen empfinden wir kannibalistische Akte als widernatürliches und perverses menschliches Verhalten. Die hochgradige Tabuisierung des Kannibalismus beginnt schon bei kleinen Kindern, diese Form oraler Aggressivität zu verschleiern und nur mehr in verdeckter Form ins Bewußtsein treten zu lassen. Indem Anna die Rolle des fressenden Bären spielte (orale Aggression), mußte sie sich gleichzeitig selbst als Opfer anbieten, um die interiorisierten „Gesetze“ nicht zu übertreten (Fressen bedeutet immer einen zerstörerischen Akt, auch wenn die Motive dafür verschieden sein können, wie das z.B. im Bekenntnis des Verliebten: „Ich möchte dich vor Liebe fressen“ zum Ausdruck kommt).

Protokollauszüge: 22. Stunde: Die Kinder sind wild und schlimm ... dann geht der Fuchs (Kind) allein im Wald spazieren und wird vom Bär gefressen. Plötzlich holt Anna das Kind-Schwein, das ebenfalls gefressen wird.

¹ Meist verwendete Anna Materialien des Stenographs.

6. Essen als Schmutz

Die Mutter von Anna forderte in hohem Maße Ordentlichkeit und Sauberkeit von ihrer Tochter – eine innere und äußere Einengung –, die das Kind nur zögernd zu durchbrechen wagte. Die Überlegung, daß Essen auch die Bedeutung von Schmutz erhalten kann, erscheint naheliegend, da Ermahnungen wie: „Mach dich nicht schmutzig“ u.ä. während der Mahlzeiten von vielen Müttern häufig geäußert werden.

Protokollauszüge: 7. Stunde: Anna taucht vorsichtig verschiedene Tiere ins Essen und sagt: „Sie werden jetzt alle schmutzig.“

7. Essensverweigerung als Aggression

Häufig gewinnt man den Eindruck, daß die Essensverweigerung als aggressiver Akt interpretiert werden muß. Das „Wagnis“, aggressive Impulse gegen die Eltern ausdrücken zu können, reduzierte sich bei Anna weitgehend auf die Essensverweigerung. Sie war sich sehr wohl der Macht dieser „Waffe“ bewußt, da sie ohne Zweifel hinter dem Rücken der Eltern Nahrung zu sich nahm.

Protokollauszüge: 27. Stunde: Heimlich ißt der Elefant hinter dem Rücken der Eltern.

Die Einengung des Lebensraumes

Wenn ein Kind wie Anna falsche Vorstellungen von sich und dem Leben gewonnen hat, sich selbst und die Welt durch die realitätsverzerrende Brille der tendenziösen Wahrnehmung sieht, erhebt sich die Frage, wodurch ein solcher permanenter Verfälschungsprozeß von Informationen entstanden ist. Eine verfälschende Tendenz kann durch eine Störung des zentralnervösen Apparates hervorgerufen werden (Denken wir z.B. an krankheitsbedingte illusionäre Verkennungen des Fiebernden), oder aus der Beschaffenheit des „psychologischen Raumes“ resultieren, in dem sich ein Mensch entwickelt. Ein Kind, das in hohem Maße von seinen Eltern kontrolliert wird – also in seiner körperlichen und seelischen Bewegungsfreiheit eingeengt wird –, mag sich bei anderen Menschen verhalten, als ob die kontrollierenden Eltern anwesend wären. Diese imaginäre Anwesenheit der Eltern konnten wir deutlich im Spiel von Anna beobachten, in dem die elterlichen Erziehungshaltungen in vielen Szenen dargestellt wurden. Von dem Verhalten ihrer Eltern schloß sie analog auf das Verhalten aller Eltern bzw. Erwachsenen als einzige existente Möglichkeit einer Eltern-Kind-Beziehung. Die Demonstration einiger realer Interaktionen zwischen Mutter und Kind dient der Veranschaulichung.

1. Die Einengung des psychologischen Raumes von außen

Wie die folgenden Protokollauszüge zeigen, erfuhr Anna eine äußerst einengende, kontrollierende Erziehung, die ihre kindlichen Bedürfnisse in hohem Maße mißachtete.

Protokollauszüge: 14. Stunde (1. ambulante Stunde): Anna: „Ich darf mich heute nicht hinsetzen, weil ich so schön angezogen bin.“ 18. Stunde: Anna bringt den Stoffesel, den sie in der vergangenen Stunde mitgenommen hatte, in einem Nylonsack zurück. Die Mutter sagte zur Therapeutin: „Wir haben ihn dort hineingegeben, weil er haart.“ (Diese „Wahrnehmung“ der Mutter entsprach nicht der Realität, da das Stofftier keinsfalls Haare ließ.) Außerdem

berichtete sie über Zungenübungen, zu denen sie das Kind anleite. 19. Stunde: Anna weint nach der Stunde, wobei die Mutter ihren Schmerz nicht beachtet und sie weder tröstet noch streichelt. 21. Stunde: Sie bringt einen Holzhund mit: „Ich mag ihn nicht, aber die Mama will ihn.“

2. Die verinnerlichte Beengtheit des psychologischen Raumes und seine Begrenzungen durch irrealer Gefahren

Wenn ein Kind einen langen Zeitraum in einem „beengten psychologischen Raum“ lebt, kann es diese Beengtheit verinnerlichen. Die Grenzen des „psychologischen Raumes“ werden durch imaginäre Gefahren gebildet, die Angst auslösen. Wir beziehen uns hier vornehmlich auf Ängste, die nicht mehr reale Gefahren signalisieren, sondern Objekte und Situationen als gefährlich erscheinen lassen, obwohl sie es gar nicht sind, oder nur unter bestimmten Umständen. Damit wird aber auch der reale Lebensraum eines Kindes eingeengt, weil es vielen Betätigungen ausweicht, die Kinder üblicherweise als lustvoll erleben.

Protokollauszüge: 8. Stunde: Als Anna gegen Ende der Therapiestunde zum Schwimmen abgeholt wird (Schwimmen der stationären Kinder), klammert sie sich an die Therapeutin und stammelt angstvoll: „Ich will nicht schwimmen, ich möchte dableiben. Ich will nicht ins Wasser gehen, weil ich mich fürchte.“ 13. Stunde: Im Klinikgarten bleibt sie ganz nahe bei der Therapeutin (vom Klinikpersonal wird berichtet, daß Anna keine Kontakte zu anderen Kindern aufnimmt, immer bei den Erwachsenen bleibt und sich nicht auf die Schaukel traut. Ihre von den Großeltern berichtete scheinbare Vorliebe für Ringelspiele führen wir auf eine Befindlichkeit, die sich wohl am besten als „vor Erschrecken starr“ bezeichnen läßt, zurück). 21. Stunde: Als die Therapeutin ihr vorschlägt, in den Hof auf den Spielplatz zu gehen, sagt sie: „Die anderen Kinder sind schlimm ... sie sind wild und ich mag auch nicht in den Kindergarten gehen.“

Das Überschreiten innerer und äußerer psychologischer Begrenzungen

Der psychologische Freiraum als ein wichtiger Bestandteil der spieltherapeutischen Behandlung ermöglichte es Anna, allmählich ihre verinnerlichten psychologischen Grenzen zu überschreiten und das Risiko neuer Verhaltensweisen spielerisch (und zum Teil auch in der Realität) zu erproben. Dadurch wuchs auch die Chance, Gefahren als irrational zu entlarven, d.h. Denkprozesse und Handlungen zu vollziehen, die entgegen ihrer Vorstellung keine negativen Folgen nach sich zogen bzw. deren Konsequenzen weit überschätzt wurden. Wir beschränken uns darauf, den Versuch der Ausweitung des „psychologischen Raumes“ an einigen kurz gefaßten Beispielen zu demonstrieren, da in den weiteren Kapiteln laufend der Vorstoß ins „psychologische Neuland“ (z.B. Zuwendung, Liebe, Sexualität, Aggression usw.) deutlich wird.

Protokollauszüge: 5. Stunde: Anna verliert die Kontrolle und wirft völlig ungebremsst Puppen und Bausteine umher. 8. Stunde: Verschiedene Figuren werden durch Eintauchen in einen Brei schmutzig gemacht. 9. Stunde: Sie streichelt die kleine Puppe und schleckt sie ab (sie ist mit Brei be-

schmutzt). 19. Stunde: Das Baby wird mit dem Fläschchen gefüttert. 24. Stunde: Die Mutter – als Rivalin beim Vater – wird weggewünscht ... wildes Herumlaufen und „Töten“ der Eltern. 27. Stunde: Vor der Stunde berichtet die Mutter über zunehmende Unfolgsamkeit und Lebhaftigkeit Annas.

1. Zuwendung, Liebe, Zärtlichkeit

Die Fähigkeit, sich liebevoll einer anderen Person zuwenden zu können, schien bei Anna nur verkümmert vorhanden zu sein. Wie wir sowohl bei elterlichen Besuchen auf der Station als auch während der ambulanten Therapie beobachten konnten, blieb die Beziehung der Mutter zum Kind ohne emotionale Wärme. Die kindlichen Bedürfnisse nach Zuwendung und Zärtlichkeit waren aber nicht abgestorben, wie uns das Spiel des Kindes zeigte:

Protokollauszüge: 7. Stunde: Sie beginnt Figuren liebevoll einzucremen. 9. Stunde: Das Kind wird aus einem Essensberg herausgezogen und abgeschleckt. 19. Stunde: Das Baby wird mit dem Fläschchen gefüttert. 23. Stunde: Das Baby wird sorgfältig eingecremt, nachher erfolgt ein Spaziergang mit dem Kinderwagen unter Mitnahme eines Schnullers.

2. Das Erwachen der Lust an Sand, Ton und Wasser

Zwei- und dreijährige Kinder lieben das Spiel in der Sandkiste, welches sich besonders dann zur lustvollen Tätigkeit entwickelt, wenn Wasser im Sand verrührt und die Masse geformt und geknetet werden kann. Auf dem Weg zum realistischen Weltbild kann das Kind im Spiel mit Wasser, Sand und Ton reichlich Erfahrungen sammeln. Dieses für Anna weitgehend „verbotene“ Spiel wurde vom Kind durch das Kochen ersetzt. Sie mischte Wasser mit Mehl, rührte sie zu einem Brei und benützte nach einiger Zeit die Gelegenheit, interiorisierte Sauberkeitsforderungen allmählich beim Kochen und später auch im Umgang mit anderen Materialien zu durchbrechen. In den ersten Stunden bedeuteten die exzessiven Koch- und Essensspiele eine Identifikation mit dem elterlichen Ernährungsreglement.

Protokollauszüge: 7. Stunde: Anna macht einen Brei und gibt Mutter- und Kind-Schwein zu essen. Sie beginnt das Kind-Schwein zaghaft in den Brei zu tauchen. „Schau, darf ich das Kind-Schwein auch schmutzig machen, darf ich das denn überhaupt?“ Dann vergräbt sie eine Reihe von Tieren in dem Brei. Therapeutin: „Möchtest du sie schmutzig machen?“ Anna: „Ja, ich möchte schon, aber die Mutter erlaubt es nicht.“ 13. Stunde: Lustvoll schmiert sie mit Kreide an der Tafel und wischt dann das Gezeichnete wieder ab. 34. Stunde: Wie schon in den vorherigen Stunden malt Anna.

3. Die spielerische Abhandlung des Interesses für Geschlechtsunterschiede, Geburt und Sexualität

Wir gewannen den Eindruck, daß das Thema „Sexualität“ in der Familie Annas in hohem Maße tabuisiert war. Trotzdem tauchte im Laufe der Therapie das Thema der geschlechtlichen Beziehung der Eltern – allerdings nicht in einer so direkten Form wie die Aggressivität abgehandelt wurde – auf. Über die Geschlechtsunterschiede schien Anna teilweise noch wenig realistische Vorstellungen zu besitzen. Möglicherweise hegte sie die Phantasie einer mit einem Phallus ausgestatteten Mutter – ein Gedanke, den man manchmal bei Kindern antrifft. Auch scheint es denkbar,

daß sich Anna den Vorgang der Empfängnis und Geburt über das Aufschneiden des Bauches zu erklären versuchte.

Protokollauszüge: 9. Stunde: Anna nimmt zwei Vögel und beschaut sie ganz genau von unten. Sie steckt ihre Schnäbel zusammen, hierauf stellt sie den Storch auf den Rücken des Mutter-Schweins. 11. Stunde: Anna nimmt drei Stofftiere aus dem Kasten – zwei Esel (Vater und Kind) und einen Elefanten (Mutter): „Weißt du, das ist eine Familie ... Vater, Mutter und Kind und sie gehen alle drei spazieren. Die zwei Esel gehen immer gemeinsam“ ... Der Elefant (Mutter) trinkt mit seinem Rüssel Wasser aus einer Schüssel, dann wird das aufgesaugte Wasser ausgedrückt: „Schau, der läßt alles wieder raus.“ 12. Stunde: Sie legt die Dienstmädchen-Puppe auf den Bauch des Elefanten ... dann wird die Puppe ganz genau untersucht und beobachtet (primär bezüglich der Anatomie) ... dann muß der Elefant aufs Klo. 23. Stunde: Das Kind schneidet seinem Freund, der Giraffe, den Bauch auf, füllt Wackelsteine hinein und wirft sie in den Brunnen. 24. Stunde: Das Kind ist ein Pinguin, hüpft auf die Kuh (Vater), und das Krokodil (Mutter) wird vom Geist mitgenommen. (Inszenierung des Ödipus?). 30. Stunde: Sie nimmt den Affen, stellt ihn auf die Kuh (Vater) und wiegt ihn rhythmisch hin und her.

4. Das Lernen der Aggression

Bevor Anna mit der Therapie begann, erschöpfte sich das Inventar aggressiven Verhaltens vornehmlich in der Essensverweigerung und in hochgradiger Passivität, wurde also nicht direkt zum Ausdruck gebracht. Diese Form der Aggressivität tauchte auch immer wieder in den Spielhandlungen des Kindes auf. Im Laufe der Therapie entwickelte sie eine Vielfalt von Ausdrucksmöglichkeiten für aggressive Impulse, die in zerstörerischen Phantasien gegen die Eltern gipfelten.

Sich verstecken, verbergen des Essens und sterben als Aggressionen gegen die Eltern.

Da Anna Aggressionen nicht direkt an die Eltern adressieren konnte, wurden ihnen auf „psychologischen Umwegen“ Schmerzen zugefügt.

Protokollauszüge: 5. Stunde: Sie baut einen Wald, in dem Tiere hin- und herlaufen: „Da bist du ja endlich, Mutter“ (dargestellt durch das große Schwein). Die Mutter antwortet: „Du, Fifi ...“ (kleines Schwein) „... ich hab dich überall gesucht.“ Das kleine Schwein wird dann mit Bäumen versteckt, damit es die Mutter nicht finden kann. 17. Stunde: Anna spielt mit einem Stoffelefanten: „Der kann nicht gut essen, der wird 14 Tage eingesperrt.“ In der Zwischenzeit fahren die Eltern weg. Der Elefant trinkt alles aus und ißt, aber die Eltern sollen das nicht merken und glauben, daß er gar nichts gegessen hat. (Hinweis auf heimliches Essen). 24. Stunde: Das Spiel wird immer dramatischer. Anna zur Therapeutin: „Weißt du, die Stiefmutter findet nirgends das Kind ... Ich bin gestorben ... sie kann es nicht finden, weißt du?“ 31. Stunde: Die Stiefmutter kann das Kind nirgends finden ... Anna: „Ich bin gestorben. Schau, daß sie mich nicht finden können ... Wo ist denn das kleine Kind?“

Beißen und Fressen

Anna, welche die Nahrung kaum beißen und schlucken konnte, begann im Spiel oral-aggressive, kannibalistische

Handlungen – primitive Urformen der Aggressivität – zu vollziehen. Allerdings konnte sie sich die orale Aggressivität nur mit Gewissensbissen zugestehen, da sie sich häufig mit dem Gefressenen zu identifizieren schien (wenn man böse ist, wird man aufgefressen).

Protokollauszüge: 17. Stunde: Anna spielt, wie das Baby ins Krankenhaus gebracht wird (realer Erfahrungshintergrund). Das Baby verlangt, daß die Mutter kommen soll. Diese bringt das Krokodil in die Klinik mit (welches sich zum „Trojanischen Pferd“ entpuppt). Das Kind setzt sich auf das Krokodil, reitet darauf heim und beißt die Mutter (hier wird die aggressive Handlung anscheinend bewußt und sehr gezielt durchgeführt). 22. Stunde: Der Fuchs (das Kind) wird vom Bär (keine Angabe, ob dieser jemand personifiziert) gefressen. Plötzlich wird das Schwein hervorgeholt und ebenfalls aufgefressen. 23. Stunde: Nach einer aggressiven Spielhandlung erscheint ein Geist und frißt die schlafenden Kinder (Strafe). 24. Stunde: Es treten zwei Krokodile auf – ein gutes und ein böses. Alle Figuren werden nun aufgefressen (Selbstbestrafungstendenzen treten diesmal nach dem Spiel nicht auf). Nach der 24. Stunde wollen die Eltern die Therapie abbrechen und entziehen sich den beratenden Gesprächen mit der Psychologin. Arrangieren von Unfällen, Bauchaufschlitzen

Mit dem Fortgang der Therapie tauchten starke aggressive, gegen Bezugspersonen gerichtete destruktive Phantasien auf, die meist sofort einen Akt von Selbstbestrafung nach sich zogen.

Protokollauszüge: 17. Stunde: Oma und Opa verabschieden sich vom Kind im Spital. Dann fahren sie mit dem Auto in die Garage (Tiefgarage der Klinik) und stoßen mit einem anderen zusammen, in dem Vater und Mutter sitzen. Oma und Opa werden verletzt (gleich darauf bekommt das Baby zu essen, wird damit förmlich übergossen und schließlich ertränkt. Unmittelbar danach schaut Anna nach, ob die Mutter noch vor der Tür sitzt). 23. Stunde: Das Kind hat die Giraffe als Freund. Dieser wird der Bauch aufgeschlitzt und mit Wackelsteinen ausgefüllt. Dann wird sie in den Brunnen geworfen. Bald darauf schneidet die Giraffe – der Freund der Kinder – dem Geist den Bauch auf, füllt Steine hinein und wirft ihn in den Brunnen ... In der Tiefgarage der Klinik erleidet die Mutter einen Autounfall, worauf das Gespenst kommt und das Kind wegträgt (Strafe für die destruktiven Phantasien gegen die Mutter).

Wegwerfen, Wegwünschen, Ertrinken

In die aggressiven Phantasien des Kindes gegen jene Personen (Eltern, Großeltern), die in besonderem Maße seine Aggressionen kontrollierten und unterdrückten, mischten sich Wünsche, diese aus dem Felde zu schaffen, wahrscheinlich, sie zu töten.

Protokollauszüge: 3. Stunde: Sie wirft Tiere auf den Boden und erwartet, daß die Therapeutin sie aufhebt. Sie äußert den Wunsch, daß die Tierfiguren wegbleiben sollen (möglicherweise werden die Tierfiguren symbolisch für die Eltern weggewünscht – später bringt Anna derartige Phantasien deutlich zum Ausdruck – oder es handelt sich um die Ablehnung eigener Strebungen, von denen sie sich befreien möchte). 4. Stunde: Tiere werden in der Badewanne gebadet und lang unter Wasser gehalten. Anna: „Ich möchte das

angenehm?“ 24. Stunde: Im Geisterspiel fürchten sich Vater und Mutter vor dem Gespenst. Anna: „Bitte, liebes Gespenst, die Mama und den Papa, die sollst du wegtun, weg sollst du sie tun ...“ 32. Stunde: Wieder wird Anna im Spiel zum Gespenst. „Bitte, liebes Gespenst, mach Mama und Papa weg. Schau, daß sie weg sind.“

Angst – Schuldgefühle – Strafe

Unter den vielen Ängsten, die bildlich als Grenzen des „psychologischen Raumes“ bezeichnet werden können, da jedes „Verlassen“ dieses Raumes angstaussendend wirkt, erlebte Anna die Angst vor der Trennung von den Eltern, vor Verletzung und einem gewaltsamen Tod am tiefsten. Besonders die Trennungsangst wurde durch reale Trennung von den Eltern während des Spitalaufenthaltes in hohem Maße als bedrohlich empfunden. Unter den Ängsten vor Verletzungen und einem gewaltsamen Tod, spielte die Furcht vor dem Aufgefressenwerden eine besondere Rolle und muß als Projektion der eigenen abgewehrten Aggressivität des Kindes gedeutet werden. In der Phantasiewelt von Anna bedeutete die Furcht vor dem Aufgefressenwerden auch eine mögliche Folge für aggressiv-destruktive Phantasien.

Außerdem war die „Bedrohung durch Trennung“ als Sanktionsmaßnahme mit der Eßstörung verknüpft. Daneben wurden noch das Einsperren und Zwangsgessen als Strafen gefürchtet.

1. Trennung als Bedrohung und Strafe für Essensverweigerung

Protokollauszüge: 4. Stunde: „Du mußt essen, sonst kommt du nicht mehr nach Hause, sagt der Papa“ (das Kind befindet sich im Spital). 14. Stunde (1. ambulante Stunde): Während der Therapie vergewissert sich Anna häufig, ob die Mutter noch da ist. 22. Stunde: Die Kinder sind wild und schlimm, da geben die Eltern das Kind ab und gehen weg. 23. Stunde: Ein Kind schläft, da erscheint ein Geist und trägt es weg. 24. Stunde: Das Kind wird in ein Haus ohne Öffnung gesperrt und Mama und Papa gehen fort. Als sie zurückkommen und das Kind nicht aufgegessen hat, gehen sie wieder weg. 26. Stunde: Der Papa tischt Essen auf und füllt die Töpfe bis sie übergehen. Wenn das Kind nicht ißt, bekommt es immer mehr, bis der ganze Tisch mit Essen übergeht: „Papa und Mama sind weg und das Kind bleibt alleine.“

2. Angst vor der Versehrtheit

Einige beschädigte Figuren des Szenotests verwirrten Anna sichtlich und aktivieren ihre Angst vor körperlicher Beschädigung.

Protokollauszüge: 1. Stunde: Anna beobachtet besonders den kaputten Baum und legt ihn auf das Gesicht der kleinen Mädchen-Figur (ein Baum mit einer abgebrochenen Spitze): „Schau, was ist denn das, worauf liegt denn der Baum?“ Therapeutin: „Er liegt auf dem Gesicht der Puppe.“ Anna: „Ich mag Puppen nicht.“ 3. Stunde: Sie wirft eine Reihe von Figuren auf den Boden und betrachtet lange eine Puppe, der der Kopf fehlt. 15. Stunde: Während der Stunde erwähnt sie, daß der Esel bei ihr im Bett geschlafen hat (Vater-Esel im Spiel der vorhergehenden

Stunde, den sie mit heimgenommen hatte): „Den hab ich bei mir im Bett gehabt ... und die Hand der Figur ohne Kopf ...“ (siehe 3. Stunde) „... beißt.“

3. Die Angst vor dem gewaltsamen Tod

Die Angst vor einem gewaltsamen Tod muß als Folge von Gewissensängsten für aggressive Phantasien, vornehmlich gegen Bezugspersonen des Kindes, interpretiert werden.

Protokollauszüge: 18. Stunde: Opa und Oma werden verletzt ... Dann wird das Baby in ein Glas Wasser gelegt und ertränkt. 22. Stunde: Anna schleudert das Krokodil (Vater) weg. Die Kinder sind wild und schlimm ... dann geht der Fuchs (Kind) allein im Wald spazieren und wird vom Bären aufgefressen. Plötzlich holt Anna das Kind-Schwein, das ebenfalls aufgefressen wird. 23. Stunde: Das Kind hat dem Freund, der Giraffe, den Bauch aufgeschnitten, Steine eingefüllt und in den Brunnen versenkt. Hierauf erscheint der Geist und frißt die schlafenden Kinder.

4. Eingesperrt-Werden und Zwangessen als Strafe

Im Spielen des Kindes wird Unfolgsamkeit durch Zwangessen und Einsperren bestraft. Mit dem Essen sind also äußerst unangenehme Bedeutungen verknüpft.

Protokollauszüge: 24. Stunde: Das ist ein Pinguin (das Kind), die Kuh ist der Vater und das Krokodil die Mutter. Der Papa kocht und das Kind ißt nichts. Da sagt der Papa zur Mutter: „Du mußt schimpfen.“ Später hüpfet der Pinguin auf die Kuh und die Krokodil-Mutter wird vom Geist mitgenommen. Dann wird ein Zimmer gebaut und das Kind ganz dicht und ohne Licht eingesperrt: „Wenn das Kind nicht ißt, wird es eingesperrt.“ 26. Stunde: Die Kuh wird eingesperrt und bekommt einen Berg zu essen. Der Magnet wird hervorgeholt und ein Teller mit einer großen Portion der Kuh vorgesetzt. Dann wird die Kuh mit Bausteinen umbaut und nur ein kleines Fenster bleibt offen, durch welches die Eltern kontrollieren, ob es (das Kind) schon aufgegessen hat. 36. Stunde: Es wird eine Eßszene gespielt, in der der Vater äußerst aggressiv wird und immer mehr auftritt.

Formen der Angstbewältigung

Es gibt verschiedene Wege, um irrealen Ängste zu bewältigen. Wir denken in diesem Zusammenhang vornehmlich an die Überschätzung einer realen Gefahr (z.B. Überschätzung der Bedrohlichkeit eines Sprunges vom 3-m-Brett im Schwimmbad) und an die Vorstellung von Objekten oder Situationen als gefährlich, obwohl sie es nicht sind (aggressive Phantasien gegen die Eltern können einen Geist hervorrufen, von dem man aufgefressen wird). Ein Kind kann dann keine neuen Erfahrungen über das Ausmaß einer Gefahr gewinnen, wenn es solchen angstauslösenden Situationen ausweicht. Erst wenn es das Wagnis auf sich nimmt, die angsterzeugenden Situationen aufzusuchen, eröffnet sich die Möglichkeit, die „tendenziöse Apperzeption“ – den verfälschenden Wahrnehmungsprozeß – zu erkennen.

An einigen Beispielen sollen verschiedene Versuche von Anna zur Bewältigung von Ängsten aufgezeigt werden, wobei besonders dem konfrontierenden, aktiven Verhalten des Kindes therapeutische Effektivität zugesprochen werden muß.

1. Die Identifikation mit elterlichen Forderungen

Die Angstbewältigung durch Identifikation mit den elterlichen Forderungen kann die Wahrnehmung für alternative Möglichkeiten der Angstbewältigung einengen. Durch den identifikatorischen Akt erfährt sich das Kind gleichzeitig als brav und beruhigt damit sein Gewissen.

Protokollauszüge: 1. Stunde: Anna kocht Plastillinknödel. Sie zählt 8 Kugeln ab, die die Therapeutin zu essen bekommt. Sie muß essen, während Anna bügelt. Der Papa verlangt, daß sie ißt. 5. Stunde: Nachdem die Therapeutin nicht genügend gegessen hat, läuft Anna zum Szeno-Baukasten und räumt alle Spielsachen weg.

2. Szenenwechsel als Flucht

Besonders in den ersten Stunden der Therapie führte Angst meist zur Flucht, die zum Abbruch der jeweiligen Spielszene und einem thematischen Wechsel des Spiels führte.

Protokollauszüge: 4. Stunde: Sie legt den kaputten Baum auf das Gesicht der kleinen Mädchenfigur (sie fühlt sich sichtlich unbehaglich). Nach einem kurzen Zwiegespräch mit der Therapeutin: „Jetzt wollen wir kochen.“ 5. Stunde: ... Sie verliert immer mehr die Kontrolle und wirft die verschiedensten Gegenstände zu Boden. Nach einiger Zeit hält sie ein und schaut die Therapeutin fragend an ... Sie scheint Angst bekommen zu haben ... Plötzlich fordert sie die Therapeutin auf, mit ihr essen zu gehen.

3. Sublimierung

Da Anna eine direkte Befriedigung des Wunsches, mit Sand und Wasser zu spielen durch das Verbot der Mutter nicht möglich war, befriedigte sie ihr Bedürfnis mit dem indirekten, sozial akzeptableren Weg des Eincremens von Figuren, eine Tätigkeit, in der sich auch ihr Wunsch nach Zärtlichkeit und Liebe (Identifikation mit dem liebsten Schwein) ausdrückte.

Protokollauszüge: 7. Stunde: Therapeutin: „Möchtest du dich auch so schmutzig machen?“ Anna: „Ja, aber die Mutter erlaubt es nicht.“ ... Beginnt das kleine Schwein einzucremen.

4. Die Selbstkonfrontation mit der Trennungsangst

Anna begann nach wenigen Therapiestunden häufig Szenen dramatisch darzustellen, in denen sich Eltern von Kindern vorübergehend trennen.

Protokollauszüge: 5. Stunde: Sie baut einen Wald, in dem die Tiere hin- und herlaufen. Anna: „Da bist du endlich, Mutter-Schwein.“ Dieses sagt: „Ich hab dich überall gesucht, Fifi.“ (kleines Schwein). Sie versteckt dann Fifi vor den Augen der Mutter durch das Aufstellen vieler Bäume. 24. Stunde: Das Kind wird solange ins Zimmer gesperrt, bis es aufgegessen hat und die Eltern gehen fort ... Da sperrt sich das Kind nach einiger Zeit selbst ein und nimmt den Schlüssel mit ins Zimmer (vielleicht auch in Identifikation mit der phantasierten oder realen elterlichen Maßnahme, daß ein Kind solange eingesperrt wird, bis es aufgegessen hat).

5. Die Konfrontation mit dem Geist

In der 9. Stunde führte Anna Geister in das Spiel ein, die in vielfältigen Variationen als projizierte Angstvorstellungen des Kindes in den Therapiestunden dramatisch inszeniert wurden. Nicht immer wurde die Angst passiv-läh-

mend erduldet, sondern sie begann auch Formen einer aktiven Bewältigung zu versuchen.

Protokollauszüge: 9. Stunde: Die Tiere gehen einkaufen. Anna baut einen Wald: „Das ist ein Zauberwald mit einem Geheimnis.“ Die Tiere fürchten sich vor Geistern. 12. Stunde: Nach dem Restaurant-Besuch (im Spiel) erfolgt ein Gang in den Wald: „Du ...“ (Therapeut) „... mußt ein Geist sein und mußt quietschen und schreien.“ „Papa, es ist ganz dunkel ... ich fürchte mich, hilf mir ... es wird Tag, und alle essen, und dann wird es wieder Nacht, dann kommt der Geist wieder.“ „Schau, der sieht mich mit seinen grünen Augen an und schreit.“ Die Therapeutin muß das ganze Gesicht vom Elefanten (Geist) abdecken, so daß nur mehr die Augen sichtbar bleiben ... Anna nimmt das „Dienstmädchen“ aus dem Szenokasten und setzt es auf den Rücken des Elefanten. 18. Stunde: Der Bär wird zum Geist und nur die Augen bleiben sichtbar. Der Mund wird verdeckt. Der Geist zeigt seine Krallen und schreit laut. Anna und die Therapeutin laufen davon.

6. Die Einführung der bösen Stiefmutter

In ihrer Phantasie konfrontierte sich Anna mit „bösen Anteilen“ der Mutter. Sie bediente sich dabei eines psychologischen Tricks; indem sie eine böse Stiefmutter in das Spiel einführte, glaubte sie sich außerdem legitimiert, Aggressionen gegen die Mutter verdeckt ausleben zu können.

Protokollauszüge: 5. Stunde: Es wird eine Eßszene gespielt, in der die Therapeutin die Mutter spielen muß. Therapeutin: „Was für eine Mutter soll ich sein?“ Anna: „Du sollst eine böse Mutter sein, die mit dem Kind schimpft. Du mußt sagen: ‚Wenn du nicht ißt, darfst du nicht spielen, und ich räume dir alle Spielsachen weg‘ ... du mußt so zornig sein wie der Papa ... und dann bist du eine Stiefmutter.“ 6. Stunde: Die Therapeutin muß die böse Stiefmutter sein, die Schläge austeilt ... „Gut, und nun weißt du, mußt du dich verstecken, damit dich niemand sehen kann.“ 14. und 15. Stunde: Die Therapeutin muß eine böse, zornige Stiefmutter sein.

Die Rollen der Therapeutin

In den Spielen erhielt die Therapeutin verschiedenste Rollen zugewiesen, die dem Kind eine Distanzierung von sich selbst ermöglichten und damit einen höheren Grad an Bewußtheit für eigenes psychisches Erleben. Über die Einbeziehung der Therapeutin ins Spiel wurden Erkenntnisse etwa in der Art erleichtert: „So bin ich“ (Spiegelung) „So bin ich nicht“ (Alternativen) „So möchte ich sein“ (Modell) usw. Die Rollenzuweisung in den Spielszenen erfolgte meistens durch Anna, wobei das „schlimme“ Kind, das nicht essen will und die angsterzeugenden Gestalten der bösen Stiefmutter und des Geistes immer wieder von der Therapeutin dargestellt werden mußten, wodurch dem Kind in der leibhaftig gewordenen Projektion eigener psychischer Inhalte und Prozesse eine Auseinandersetzung mit diesen ermöglicht wurde.

1. Die Therapeutin in der Rolle von Anna:

Protokollauszüge: 3. Stunde: Die Therapeutin ruft in der Rolle des Kindes: „Ich möchte nicht mehr essen, es wird mir zuviel!“ 7. Stunde: Die Therapeutin wird von Anna

aufgefordert, in einer Szene das Kind zu spielen: „Was für ein Kind soll ich spielen?“ Anna: „Du mußt ein schlimmes Kind sein, das nicht essen will.“ 8. Stunde: Die Therapeutin soll das Kind sein, das im Essen verschwindet und auf der Mutter steht.

2. Die Therapeutin als böse oder beängstigende Figur:

Protokollauszüge: 7. Stunde: Die Therapeutin muß eine böse Stiefmutter spielen, die die Kinder zum Essen zwingt. 13., 14. und 15. Stunde: In jeder dieser Stunden muß die Therapeutin ein wilder Geist sein.

3. Die Therapeutin als Gewährende:

Da von seiten der Therapeutin kaum reale und psychologische Begrenzungen vorgenommen wurden, gelang es Anna allmählich, ihren Lebensraum auszuweiten.

Protokollauszüge: 7. Stunde: Anna macht einen Brei und gibt Mutter- und Kind-Schwein zu essen. Sie beginnt zaghaft, das Kind in den Brei zu tauchen: „Schau, darf ich das Kind-Schwein schmutzig machen?“ Die Therapeutin verbietet nicht, daß sie es schmutzig macht.

4. Die Therapeutin als Begleiterin und Beschützerin:

Die Eroberung „psychologischen Neulandes“ war zwar ein spannendes, aber risikoreiches Abenteuer, welches zeitweise im Kind außerordentliche Ängste hervorrief, so daß es bei der Therapeutin Schutz und Trost suchte.

Protokollauszüge: 18. Stunde: Die Therapeutin läuft mit ihr vor dem Geist davon. 34. Stunde: Sie lehnt sich an die Therapeutin und weint. Sie hat Angst, daß sie nach der Stunde mit den Großeltern in den Vergnügungspark muß und dort Ringenspiel fahren soll.

5. Die Therapeutin als Ratgeberin:

In späteren Phasen der therapeutischen Behandlung begann Anna, auch reale Probleme und Schwierigkeiten mit der Therapeutin zu besprechen, setzte sich also in vermehrtem Maße mit der Realität auseinander.

Protokollauszüge: 23. Stunde: „Du, ich muß heute mit dir etwas besprechen. Wenn Papa und Mama in der Klinik reden ...“ (beratende therapeutische Gespräche) „... soll ich zu einer Dame gehen, aber ich möchte nicht“.

6. Übergangsobjekte für die Therapeutin:

Nach jeder ambulanten Stunde nahm Anna ein Objekt aus dem Spielzimmer mit, wohl als Pfand ihrer Wiederkehr, zumal die Mutter immer wieder die Therapie abzubrechen versuchte.

Protokollauszüge: 14. Stunde (1. ambulante Stunde): Sie möchte aus dem Therapiezimmer einen Stoffesel mitnehmen (als Pfand der Wiederkehr).

7. Die entbehrliche Therapeutin:

Am Beginn der therapeutischen Behandlung war die Trennungsangst des Kindes dermaßen stark, daß sie auch eine kurze Trennung von der Therapeutin nicht zulassen konnte. In der 24. Stunde war dies erstmals möglich.

Protokollauszüge: 24. Stunde: Anna bleibt erstmals allein im Therapiezimmer, während die Therapeutin etwas holen will.

Beendigung der Therapie

Es war nicht möglich, die Therapie vollständig durchzuführen, da sie von den Eltern abgebrochen wurde. Es gelang

uns allerdings, die Eltern zu fallweisen ambulanten Kontrollen zu bewegen.

Nachbeobachtung

Anna kommt in größeren zeitlichen Abständen zu ambulanten Kontrollen. Sie besucht in der Zwischenzeit den Kindergarten – was unseres Erachtens nach erst durch die therapeutische Behandlung ermöglicht wurde – und zeigt nicht mehr das extrem zögernde und gehemmte Verhalten. Als weiteren bedeutsamen Fortschritt erachten wir die Tatsache, daß Anna eine Freundschaft mit zwei anderen Mädchen eingegangen ist. Das Essensproblem hat sich verringert, ohne vollständig verschwunden zu sein, was wir auf den verfrühten Abbruch der Therapie durch die Eltern zurückführen. Es erscheint uns durchaus möglich, daß zu einem späteren Zeitpunkt die Symptomatik wieder auftritt.

Summary

Therapy of an Infantile Eating Disorder

Described is the play therapy of a lifelong eating disorder in a four and a half year old girl. In many of the play scenes we were able to observe how the act of eating was coupled to a variety of images some of which, according to the therapist's (Fr. Fiedler) records, were extremely threatening on the emotional level. The eating disorder in this child proved to be a dramatic manifestation of a life style, dis-

torting perception as well as experience, which influenced many interactions between the child and her milieu, making these interactions difficult and triggering anxiety.

Literatur

Bowlby, J.: Mutterliebe und kindliche Entwicklung. Reinhardt Verlag, München - Basel, 1972. – Brandon, S.: An epidemiological study of eating disturbances. J. Psychosom. Res. 14, 253 (1970). – Dührssen, A.: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Verlag Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen, 1972⁹. – Freud, A.: Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. Gemeinschaftsverlag Huber, Bern und Klett, Stuttgart 1971². – Harbauer, H.: Einführung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Deutscher Ärzte-Verlag G.m.b.H., 1975. – Reinelt, T.: Bemerkungen zur Entwicklungspsychologie mit einigen Überlegungen zu psychosexuellen Entwicklungsstörungen. Wiener Klinische Wochenschrift 92, 857–861 (1980). – Sagebiel, W., Hönecke, J., Richter, R., Unger, I., Steinhausen, H. Ch.: Frühkindliche psychogene Eßstörungen. In: H. Ch. Steinhausen (Hrsg.), Psychosomatische Störungen und Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen. Verlag Kohlhammer, Stuttgart - Berlin - Köln - Mainz, 1981. – Strunk, P.: Psychogene Störungen mit vorwiegend körperlicher Symptomatik. In: Harbauer, Lempp, Nissen, Strunk, Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Springer Verlag, Berlin - Heidelberg - New York, 1974.

Anschr. d. Verf.: Dr. Anton Reinelt, Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Währinger Gürtel 74–76, A-1090 Wien.