

Markus Wilken
Frühkindliche Nahrungsverweigerung

In der Reihe *Neue Wege für Eltern und Kind* sind bisher u.a. folgende Bände erschienen:

- Band 4** Dirk Beckedorf, Franz Müller: *Von der Resonanz zur Bindung. Förderung von Wahrnehmung und Bindung durch die Systemische Hörtherapie*. 2010 (Neuaufgabe 2016).
- Band 5** Ursula Henzinger: *Bindung und Autonomie in der frühen Kindheit. Humanethologische Perspektiven für Bindungstheorie und klinische Praxis*. 2017.
- Band 6** Thomas Harms (Hg.): *Körperpsychotherapie mit Säuglingen und Eltern. Grundlagen und Praxis*. 2017.
- Band 7** Michel Odent: *Die Wurzeln der Liebe. Wie unsere wichtigste Emotion entsteht*. 2001 [1999] (Neuaufgabe 2018).
- Band 8** Franz Renggli: *Früheste Erfahrungen – ein Schlüssel zum Leben. Wie unsere Traumata aus Schwangerschaft und Geburt ausheilen können*. [2013] (Neuaufgabe 2018).
- Band 9** Thomas Harms: *Keine Angst vor Babytränen. Wie Sie durch Achtsamkeit das Weinen Ihres Babys sicher begleiten*. 2018.
- Band 10** Thomas Harms: *Keine Angst vor Babytränen. Wie Sie durch Achtsamkeit das Weinen Ihres Babys sicher begleiten. Das Elternbuch*. 2019.
- Band 11** Ursula Henzinger: *Stillen. Kulturgeschichtliche Überlegungen zur frühen Eltern-Kind-Beziehung*. 2020.
- Band 12** Franz Renggli: *Verlassenheit und Angst – Nähe und Geborgenheit. Eine Natur- und Kulturgeschichte der frühen Mutter-Kind-Bindung*. 2020.
- Band 13** Matthew Appleton: *Kindern ihre Kindheit zurückgeben. Selbstregulierung in der Erziehung – das Beispiel Summerhill*. 2021.
- Band 14** Eva Reich, Eszter Zornánszky-Gramantik: *Lebensenergie durch Sanfte Bioenergetik. Die Schmetterlingsmassage und weitere körpertherapeutische Behandlungsmethoden*. 2022.

Neue Wege für Eltern und Kind • Band 15

Herausgegeben von Thomas Harms

Markus Wilken

Frühkindliche Nahrungsverweigerung

**Ursachen verstehen
und Behandlungswege finden**

Psychozial-Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Originalausgabe

© 2022 Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG, Gießen

E-Mail: info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form

(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren)

ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert

oder unter Verwendung elektronischer Systeme

verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: © iStock.com/pelorum

Umschlaggestaltung und Innenlayout nach Entwürfen von Hanspeter Ludwig, Wetzlar

ISBN 978-3-8379-3139-6 (Print)

ISBN 978-3-8379-7829-2 (E-Book-PDF)

ISSN 2625-1043

Inhalt

Einleitung: In aller Munde	11
<i>I Die Entwicklung der Oralität</i>	
1 Nahrung, Oralität und die Entwicklung des Kindes	17
1.1 Sigmund Freud: Wie alles begann	20
1.2 Freuds orale Phase	24
1.3 Die Psychoanalyse nach Freud: Zeit der Hypothesen	27
1.4 Katerstimmung: Der Verlust der Oralität	28
1.5 Bindungstheorie: Sicherheit statt Triebe	31
2 Die Entwicklung des Essverhaltens	35
2.1 Die Bedeutsamkeit frühkindlicher Erfahrungen	39
2.2 Erste Phase: Pränatale Entwicklung	43
2.3 Zweite Phase: Stillen und vollständige Milchernährung	44
2.3.1 Beginnende interaktive Regulierung	47
2.3.2 Oralität und Körperkontakt	49
2.4 Dritte Phase: Beikost (fünfter bis siebter Lebensmonat)	51
2.4.1 Affekterleben und Füttern	53
2.4.2 Haltende Beziehung und Füttern	54
2.5 Vierte Phase: Festere Nahrung, die gekaut werden muss (sechster bis zwölfter Lebensmonat)	55
2.5.1 Der aktive Säugling	56

2.5.2	Die familiären Beziehungen	59
2.6	Geht es nicht ohne Oralität?	61
II	<i>Die frühkindliche Nahrungsverweigerung</i>	
3	Symptome und Formen von Nahrungsverweigerung	65
3.1	Symptome gestörten Essverhaltens	68
3.1.1	Geringer Appetit	69
3.1.2	Verweigerung festerer Kost bzw. selektive Nahrungsaufnahme	70
3.1.3	Bizarres Essverhalten	71
3.1.4	Nahrungsverweigerung	72
3.1.5	Würgen und Erbrechen	73
3.1.6	Essen mit Zwang	74
3.1.7	Schluckwiderstand und präorale Abwehr	75
3.2	Störung der Nahrungsaufnahme – Definitionsversuche	77
4	Was ist eine frühkindliche Fütterstörung?	81
4.1	Fütterstörung im frühen Kindesalter (ICD-10)	82
4.2	Avoidant Restrictive Intake Disorder (DSM-5)	84
4.3	Eating Behaviour Disorder: Diagnostic Classification: 0–3R	86
4.4	Fütterstörung: Es scheiden sich die Geister	89
4.4.1	Der nomothetische Ansatz	90
4.4.2	Der idiografische Ansatz	92
4.5	Was ist eine Fütterstörung?	95
5	Was ist Sondendependenz?	99
5.1	Die Sonde: Segen oder Fluch?	102
5.2	Die Sonde: Löst sich das Problem nicht von selbst?	104
5.3	Sind Sondendependenz und Fütterstörung nicht das Gleiche?	106

5.4	Sondendependenz definiert	109
5.4.1	Vollständige oder weitgehende Abhängigkeit von der Sondenernährung	109
5.4.2	Fehlende medizinische Indikation für eine Sondenernährung	111
5.4.3	Vorliegen einer ausgeprägten Störung des Essverhaltens	114
5.4.4	Für eine orale Ernährung ausreichende orale Motorik und Schluckfunktion	117
5.4.5	Wahrnehmung von Sonde und Nahrungsverweigerung als Teil des Selbst	120
5.4.5	Fazit: Wissen wir jetzt, was Sondendependenz ist?	121

III Die Entwicklungsdynamik der Nahrungsaversion

6	Wie verliert sich die Oralität?	127
6.1	Entwicklungspsychopathologie	128
6.2	Auslöser: Wie die Oralität verloren geht	132
6.2.1	Fehlender Entwicklungsimpuls	134
6.2.2	Entwicklungswiderstand	138
6.2.3	Traumatischer Zusammenbruch	140
6.2.4	Erklären die Auslöser Nahrungsaversion?	145
7	Das Nervensystem schlägt zurück!	149
7.1	Unser Nervensystem entsteht	152
7.2	Das vegetative Nervensystem	152
7.3	Das Zwischenhirn	159
7.3.1	Die Amygdala	159
7.3.2	Der Hypothalamus	161
7.3.3	Der Inselkortex	162
7.4	Der zerebrale Kortex	163

8	Die Polyvagal-Theorie	167
8.1	Sicherheit: System sozialen Engagements	169
8.2	Bedrohung: Flucht oder Kampf	171
8.3	Lebensbedrohung: Erstarrung	174
8.4	Wo passiert Nahrungsverweigerung?	177
9	Das Erleben zerfällt	179
9.1	Daniel Sterns Theorie des Erlebens des Säuglings	180
9.2	Sensomotorische Empfindungen	182
9.2.1	Das nährende sensomotorische Schema	183
9.2.2	Das sensomotorische Schema bei Nahrungsverweigerung	183
9.3	Visuelle Wahrnehmung und taktile Empfindungen	183
9.3.1	Das nährende Wahrnehmungsschema	184
9.3.2	Wahrnehmungsschemata bei Nahrungsverweigerung	185
9.4	Handlungsabfolge	186
9.4.1	Das nährende Handlungsschema	187
9.4.2	Das Handlungsschema bei Nahrungsverweigerung	187
9.5	Affekte und Gefühlsgestalten	187
9.5.1	Nährende Affekte	189
9.5.2	Affekte bei Nahrungsverweigerung	189
9.6	Die protonarrative Hülle	191
9.6.1	Die nährende protonarrative Hülle	192
9.6.2	Die protonarrative Hülle bei Nahrungsverweigerung	192
9.7	Das Selbsterleben des Säuglings	193
9.8	Der Teufelskreis ohne Ende	195
10	Nicht nährende Beziehungen	197
10.1	Die Regulation des Einen, des Anderen und das Dazwischen	199
10.2	Die Selbstregulation des Säuglings	200

10.2.1	Der irritable Säugling	201
10.2.2	Physiologische Deregulation	202
10.2.3	Traumatischer Zusammenbruch	204
10.2.4	Die gestörte Selbstregulation des Säuglings	206
10.3	Die Selbstregulation der Bezugsperson	206
10.3.1	Mutterschaftskonstellation und Nahrungsverweigerung	208
10.3.2	Nahrungsverweigerung: Ein Trauma?	212
10.3.3	Mentalisierung und Nahrungsverweigerung	215
10.4	Die interaktive Regulierung	217
10.4.1	Entwicklungsmechanismen	217
10.4.2	Ständige Regulierung: Die Integration von Selbst- und interaktiver Regulierung	217
10.4.3	Unterbrechung und Wiederherstellung	220
10.4.4	Momente der Affektsteigerung	222
10.5	Beziehungsmuster	225
10.6	Epilog: Traumatische Beziehungen	226
11	Therapeutische Synthese: Das Wissen in die Therapie mitnehmen	231
11.1	Subjekt von Anfang an	232
11.2	Dynamik statt Symptomatik	238
11.2.1	Ernährungsdynamik	240
11.2.2	Aversionsdynamik	241
11.2.3	Beziehungsdynamik	243
11.3	Innere Interdisziplinarität	246
	Literatur	253

Einleitung: In aller Munde

Michael ist seit wenigen Minuten auf der Welt. Er atmet leise, nachdem er das erste Mal in seinem Leben geschrien hat. Er liegt in den Armen seiner Mutter und ist unruhig. Seine Mutter streichelt ihn. Seine Augen sind noch geschlossen und doch beruhigt er sich langsam durch die kleinen Bewegungen, die sanfte Stimme und die Wärme seiner Mutter. Seine Mutter bewegt ihn langsam seitlich neben sie und dreht sich auf die Seite. Sie bringt ihn in Stillposition. Es ist spürbar, dass Michael unruhig wird, sein Kopf bewegt sich hin und her: Er sucht. Seine Mutter bewegt ihn hin zur Brust, sein Mund öffnet sich, er nimmt die Brust in den Mund und beginnt zu saugen. Seine Mutter verzieht kurz das Gesicht beim Milcheinschuss und ist doch gleichzeitig glücklich, dass Michael trinkt. Es ist ein Moment großer Gemeinsamkeit – ein Moment, in dem ein Band entsteht. Michael hat eine erste große Entwicklungsaufgabe gemeistert. Willkommen in der Welt, Michael!

Die Geburt eines Kindes ist ein unbeschreibliches und doch alltägliches Wunder. Auf dieses Wunder werden viele weitere kleine und große wunderbare Momente folgen. Eines dieser Wunder ist das Stillen. Das Neugeborene hat über Wochen Fruchtwasser geschluckt und wieder ausgeschieden; es ist biologisch auf diesen Moment vorbereitet. Gleichzeitig ist es der erste affektiv-emotionale Moment des Säuglings. Gerade aus dem Bauch der Mutter geboren, spürt er die erste Gefühlsregung: Hunger. Er beantwortet dieses Gefühl mit dem Saugen und beginnt seine ersten Schritte hin zur Selbstregulation.

Der Säugling wird ab jetzt täglich durch dieses kurze, aber intensive Wechselbad der Gefühle von Hunger und der damit einhergehenden kleinen Not gehen. Diese kleine Not wird wechseln zu Gefühlen der Beruhi-

gung, der Sättigung, verbunden mit engem Körperkontakt, Wärme und dem gemeinsamen Abstimmen der Bedürfnisse. Seine Eltern werden durch Momente der Unsicherheit gehen: Wird Michael trinken? Bekommt er Blähungen? Wird er genug trinken und wachsen? Wird er heute Nacht durchschlafen? Diese Momente der Unsicherheit werden zu Momenten des gemeinsamen Wachstums, wenn sich Befürchtungen auflösen und das Bedürfnis gemeinsam reguliert wird: Ja, Michael wird trinken. Seine Hand wird sich auf die Seite der Mutter legen, die sie streicheln oder in die ihre nehmen kann. Die Mahlzeit wird unterbrochen von kurzen Pausen, in denen Michael seine Mutter anschaut, um mal zaghaft, mal gierig weiter zu trinken. Michaels Geschwister werden neugierig beobachten, wie ihr Babybruder trinkt, es kaum erwarten können, ihn füttern zu dürfen und an der Szene der primären Mütterlichkeit Anteil zu nehmen. Das Stillen oder Trinken, das affektiv hoch aufgeladen ist, stellt eines der kleinen alltäglichen Erlebnisse dar, die das Leben des Säuglings bereichern. Oralität berührt uns tief und nachhaltig, in seiner primärsten Form direkt nach der Geburt, und bleibt in seiner Bedeutung ein Leben lang erhalten.

Denn nicht nur für den Säugling und seine Familienmitglieder kreist vieles um die Oralität. Essen, Essensrituale und deren Regulation nehmen einen breiten Raum in Familien und der gesellschaftlichen Tradition und Kultur ein. Jede Religion zelebriert die zentralen Feste mit einer Mahlzeit, jedes Volksfest geht mit spezifischen Speisen einher. Familien setzen sich zum gemeinsamen Frühstück oder Abendessen zusammen. Es wird darüber diskutiert, wie lang ein Frühstücksei kochen muss, oder ob es Spaghetti oder ein Curry geben soll. Partnerschaften und die gemeinsame Mahlzeit sind quasi in einem natürlichen Prozess miteinander verwoben. Mahlzeiten können der Ausgangspunkt einer Freundschaft, einer geschäftlichen Kooperation oder einer Ehe sein. Paare zeigen sich ihre Liebe und Wertschätzung, indem sie füreinander Kochen oder sich zum Essen aus- und verführen. Essen wird zum Symbol der Wertschätzung, wenn wir uns für Stunden in die Küche stellen oder lange Wege zu einem weit entfernten Restaurant aufnehmen.

»Könnte man nicht vielmehr sagen, dass der Mund der Übergang von der Außenwelt in die Innenwelt ist? Man atmet, schluckt, spricht, riecht, während man gleichzeitig Lippen, Kinn, Nase, Wangen – kurzum die untere Gesichtshälfte der Welt darbietet. Könnte man nicht ebenso hervorheben, dass folglich der Mund gleichzeitig Atem- und Milchmund, Lachmund und Kuhmund, Wortmund und Liedmund ist« (Harrus-Révidi, 1998, S. 7).

Insofern ist die Menschheitsgeschichte geprägt von Rezepten, Gewürzen und Zubereitungsformen, um die Gemeinsamkeit der Mahlzeit zu zelebrieren. Es wird gemeinsam gekocht, gelacht, genascht und probiert. Der Mund und sein Geschmack sind daher nicht nur ein privater Genuss, sondern auch Teil einer Kultur. Doch nicht jede Mahlzeit ist ein solcher Hochgenuss. Auch wenn es uns schmeckt, so nehmen wir viele Mahlzeiten hauptsächlich auf, um uns zu sättigen, als Teil unserer täglichen Routine. Der Blick in den Kühlschrank eröffnet uns nicht an jedem Tag ein Fünf-Sterne-Menü. Der nicht so ausgeprägte Genuss ist dennoch häufig der Ausgangspunkt für die Freude auf die lustvolle Mahlzeit. Das Essen in der Kantine lädt dazu ein, sich auf das gemeinsame Abendessen zu freuen. Wenn wir uns also gemeinsam auf das Essen freuen, die gemeinsame Mahlzeit zelebrieren, wenn diese Mahlzeit ein Moment der Begegnung in der Familie ist und sie zusammenhält, ist das nicht eine zentrale emotionale Erfahrung? Schafft das geteilte Mahl unter Umständen eine besondere Form der Nähe und Verbindung?

Was passiert, wenn diese Erfahrungen ausbleiben? Welche Folgen hat ein Mangel an oralen Erfahrungen oder gemeinsamen Mahlzeiten für ein Kind, für seine Eltern, für die Familie? Warum werden immer mehr Kinder künstlich ernährt und wie wirkt sich dies auf ihre emotionale Entwicklung aus? Und wenn Kinder ihren Weg verloren haben, wie können wir diesen mit ihnen gemeinsam wiederfinden? Hier ist die Rede von Säuglingen, die den größten Teil ihres Lebens nie oder nur in Ausnahmen kleine Mengen an Nahrung oral zu sich genommen haben. In den letzten 20 Jahren wurden in unserer Praxis mehr und mehr Säuglinge, Kleinkinder und sogar Schulkinder, die künstlich ernährt wurden, vorgestellt. Mit der Zeit konnten wir eine stetige Zunahme an dringenden Therapieanfragen feststellen. Mittlerweile sind es hunderte von Kindern, die wir begleiten durften. Jedes dieser Kinder hat seine eigene Leidensgeschichte, die zumeist ihren Ursprung in der medizinischen Behandlung genommen hat. Die ersten Kinder habe ich im Rahmen meiner Ausbildung an der Grazer Universitätskinderklinik begleitet. Rückblickend hat es mich immer fasziniert, dass diese Kinder, obwohl sie sehr unterschiedliche Ausgangspunkte genommen haben, sehr ähnliche Verhaltensweisen gezeigt haben. Woher wissen Kinder mit Sondendependenz, wie sie sich verhalten müssen, um als sondendependent beschrieben zu werden? Es ist, als hätten sich Kinder über die letzten 20 Jahre abgesprochen und gesagt: »Verhalte dich so wie Peter!«

Peter kam als Frühgeborenes der 25. Schwangerschaftswoche mit einem Geburtsgewicht von 600g und komplexen Fehlbildungen der Lunge und des Magens zur Welt. Eine orale Ernährung war in den ersten Lebenswochen nicht möglich. Gelegentlich konnte er an einem Wattestäbchen saugen. Peter wurde zunächst mittels einer Infusionslösung, später mit einer Nasensonde ernährt.

Mit zunehmender Reifung konnte er kleine Mengen Nahrung aus der Saugflasche trinken. Nach der Entlassung von der neonatologischen Intensivstation in das häusliche Umfeld zeigte Peter ein leicht gebessertes Trinkverhalten, musste jedoch weiterhin den Hauptanteil seiner Nahrung per nasogastrischer Sonde zugeführt bekommen.

Im Alter von fünf Monaten zeigte Peter starke Atmungsausfälle, bis seine Atmung vollständig ausblieb. Er wurde an eine Herz-Lungen-Maschine angeschlossen und es erfolgten mehrere Notfalloperationen. Nach einem mehrmonatigen Aufenthalt auf der Intensivstation konnte Peter erneut nach Hause entlassen werden. Er zeigte zu dieser Zeit kein Interesse mehr an der oralen Nahrungsaufnahme. Sobald seine Mutter versuchte ihn mit der Flasche zu füttern, schrie er und wand sich, sodass er mit einer PEG-Sonde versorgt werden musste. Er wurde im Alter von drei Jahren bei vollständiger Nahrungsverweigerung und künstlicher Ernährung vorgestellt.

Im Erstkontakt ist er interessiert am Spielzeug. Er nimmt vorsichtig mit dem Therapeuten Kontakt auf, spielt mit seinem Bruder, ignoriert jedoch die sich auf dem Tisch befindende Nahrung. Als Peters Mutter seine Trinkflasche aus der Tasche holt, weiten sich seine Augen. Es ist ein Ausdruck der Angst und des tonlosen Entsetzens. Er dreht sich sehr langsam von der Flasche weg und verharrt mit dem Rücken zu uns. Er reagiert nicht mehr auf Ansprache, ist völlig erstarrt. Es ist, als wäre er nicht mehr im Raum. Erst als seine Mutter die Trinkflasche wieder in die Tasche zurücksteckt, beginnt Peter wieder aus einer Erstarrung aufzutauen. Er beginnt sich wieder langsam zu bewegen und dreht vorsichtig den Kopf zu seiner Mutter. Peter wird im Erstkontakt keine Nahrung anrühren. Es wird ein langer Weg für ihn, wieder einen Zugang zum Essen zu entwickeln.

I Die Entwicklung der Oralität

1 Nahrung, Oralität und die Entwicklung des Kindes

»Nach der Geburt definieren physische Empfindungen unsere Beziehungen zu uns selbst und unserer Umgebung. Wir fangen dann an, unsere Naßheit [sic], unser Hunger, unsere Sättigung und unsere Müdigkeit zu sein. Eine Kakophonie unverständlicher Geräusche und Bilder bedrängt unser noch völlig unerfahrenes Nervensystem. Sogar noch nachdem wir ein Bewusstsein entwickelt und eine Sprache erlernt haben, liefern uns unsere physischen Sinneswahrnehmungen wichtiges Feedback über unseren Zustand in jedem Augenblick.«

van der Kolk (2016, S. 115)

Die Ernährung des Kindes bildet das physische Substrat der Entwicklung. Ohne Nahrung und Flüssigkeit kann das Kind nicht wachsen, hat keine Kraft seinen Kopf zu heben oder sein erstes Wort zu sprechen. Die Auswirkungen einer dauerhaften Mangelernährung werden uns nahezu täglich in den Medien gezeigt. Beispielhaft stehen dafür Kinder im Sudan, in Somalia oder in Nordkorea, die uns bei den immer wieder dramatischen Hungerkatastrophen mit leeren Augen aus dem Fernsbild anschauen. Wir wissen, dass sich durch eine ausreichende Ernährung bei vorheriger Mangelernährung auch die psychische Entwicklung von Kindern verbessert (Pollitt et al., 1993; Sullivan et al., 2000).

Es steht außer Frage: Die Ernährung ist wichtig für die Entwicklung des Kindes. Diese Erkenntnis hat in der Pädiatrie zu einem Boom von verschiedenen Nahrungsmittelprodukten geführt. Immer häufiger und immer frühzeitiger werden besondere Milchnahrungen verschrieben, teils aus klinischer Indikation, zum Beispiel bei Stoffwechselerkrankungen, teils mit präventivem Gedanken, zum Beispiel Verdacht auf Kuhmilchintoleranz oder auch nur zu Optimierungszwecken – so etwa wenn Frühgeborenen eine hohe Eiweißkonzentration verabreicht wird, um zu erreichen, dass das Gehirn an Masse zunimmt und die Kinder somit eine bessere Entwicklungsprognose haben. Der Optimierungsgedanke der Ernährung hat auch seinen Einzug in die Welt von Neugeborenen, Säuglingen Einzug erhalten. Immer häufiger lassen sich Babywaagen in Säuglingszimmer finden. Die

Gewichtsentwicklung wird in einer Datenbank dokumentiert, die Steigung berechnet. Das Ziel ist ein optimiertes Gewicht. Säuglinge werden bis zum achten Lebensmonat voll gestillt – bei einer strengen Diät der Mutter, damit das Allergierisiko des Kindes sinkt. Die anschließende Formula ist optimiert und der Muttermilch weitgehend angeglichen. Hinzu kommen die kleinen technischen Überwachungsgeräte, die es erlauben jederzeit den körperlichen Zustand des Kindes zu erfassen – parallel zu ihren Eltern, die mittels Fitness-Watch stets über ihren körperlichen Zustand informiert werden und im Zweifelsfall noch schnell eine Runde joggen gehen können.

Immer seltener finden wir den nicht optimierten Säugling, der bereits im Alter von sechs Monaten an einer Brezel lutschen darf, der auch mal einen Keks bekommt, der nicht Bio ist und Spuren von Nüssen enthalten könnte. Schaffen wir so nicht ein Klima, in dem die Ernährung nicht mehr Quelle des Genusses und der Lust ist, sondern das Kapital eines kleinen Start-up-Unternehmens, das sich Kind nennt? Die Evidenz hinter diesem Gedanken ist oft zweifelhaft, so etwa bei der Frage, inwieweit frühgeborene Säuglinge von einer proteinreichen Diät profitieren. So konnte im Rahmen einer kontrollierten Studie von Cooke et al. (2001) zwar gezeigt werden, dass Frühgeborene mit Proteinzusatz schneller wachsen, auf die kognitive oder motorische Entwicklung hatte dieses Wachstum jedoch keine optimierende Auswirkung. Dennoch möchte man sich nicht nachsagen lassen, man hätte alles versucht, um dem Kind die bestmöglichen Startvoraussetzungen zu bieten.

Auch wenn die Sorge um die Gesundheit des Kindes im Mittelpunkt steht, sollte uns doch die dramatische Zunahme von künstlicher Ernährung bei Säuglingen und Kleinkindern beunruhigen (Daveluy et al., 2006). Die künstliche Ernährung ist mit Sicherheit eine der wichtigsten Errungenschaften der modernen Medizin des letzten Jahrhunderts. Ohne sie würden Kinder mit schweren Grunderkrankungen, Erwachsene nach Schlaganfällen und alte Menschen qualvoll verhungern oder verdursten (McClave et al., 2009). Sollten wir daher nicht glücklich sein, dass wir über eine Sonde jedes Kind mit ausreichend Nahrung, Flüssigkeit, Spurenelementen, Vitaminen und Medikamenten versorgen können? Sollten wir nicht viel häufiger und früher Sonden legen, um auch kurze Phasen der Nahrungsverweigerung zu überbrücken? Kann eine Errungenschaft wie die künstliche Ernährung wirklich ein ernst zu nehmendes Problem darstellen? Leider ja, denn wir werden sehen, dass künstliche Ernährung auch gravierende Komplikationen mit sich bringt. Nehmen wir einen Vergleich

vor. Es steht außer Frage, dass die Entwicklung von antibiotischen Therapien ein Segen für die Menschheit ist: Sie hat Millionen von Leben gerettet und Schmerzen gelindert. Wer jemals ein Kleinkind im Arm gehalten hat, das sich wegen einer Mittelohrentzündung vor Schmerzen wand und schrie, wird mir wahrscheinlich recht geben, dass der kurzzeitige Einsatz eines Antibiotikums eine große Erleichterung sein kann. Jedoch finden wir diese Antibiotika auch in Hühnereiern, wo sie nicht hingehören, und sie würden ihr Kleinkind wahrscheinlich keiner Dauerantibiose aussetzen, nur um zu verhindern, dass es eventuell eine Mittelohrentzündung bekommt. Eine Mütze bei kaltem und windigem Wetter kann hier genauso gut helfen. Ein anderes Beispiel: Antidepressiva sind ein wichtiger Bestandteil in der Therapie von Patienten mit Depressionen – jedoch nur für Menschen mit einer schweren Depression und nur in Kombination mit Psychotherapie. Für Menschen mit einer leichten Depression sind sie eher wirkungslos, hier wäre eine Psychotherapie vermutlich wirksamer. Dennoch werden Antidepressiva gerade bei Patienten mit leichten Depressionen verschrieben, ohne Psychotherapie (Fournier et al., 2010).

Ähnlich verhält es sich auch mit der langfristigen künstlichen Ernährung, die häufig mit einem weitgehenden oder vollständigen Verlust der Oralität einhergeht (Wilken et al., 2013). Die Nahrungsaufnahme wird vollständig verweigert und lässt sich oft auch durch ein langsames Ausschleichen der künstlichen Ernährung nicht wiederherstellen (Wright et al., 2011). Es steht außer Frage, dass dem Überleben des Kindes der absolute Vorrang eingeräumt werden muss. Ich möchte auf keinen Fall die künstliche Ernährung verteufeln. Diskussionen dieser Art sind schädlich, irreführend und schaffen nur unnötiges Leid. Dennoch müssen wir die Gefahr bedenken, dass die Oralität verloren geht und sich nicht einfach wieder einstellt, wenn das Kind sich oral ernähren könnte. Die Frage, die sich jetzt stellt, ist, ob der Verlust der Oralität wirklich ein Problem ist? Füttern wird mit Ernährung gleichgesetzt und orale Erfahrungen werden als schön, jedoch scheinbar als wenig beachtenswert oder bemerkenswert eingeschätzt. So kommen Lehrbücher der klinischen Entwicklungspsychologie und mittlerweile auch der Psychoanalyse mit einem erstaunlich geringen Maß an Oralität aus, sie scheint mehr und mehr als verzichtbar betrachtet zu werden (Wilken & Jotzo, 2009). Der Mund und die orale Erfahrung rücken erst bei Störungen der Nahrungsaufnahme wieder in den Mittelpunkt der Betrachtung (Chatoor, 2012). Sind daher die »Handlungen« und die Entwicklung des Mundes von realer Bedeutsamkeit für

die psychische und körperlich Entwicklung? Wenn die Oralität von Bedeutung wäre, hätte sie nicht dann einen größeren Stellenwert in der Forschung und der klinischen Betrachtung? Ist Oralität ein historisches Artefakt der Psychologie und sollte nur aus historischen Gründen betrachtet werden? Es gibt ein paar gute Gründe sich dem Thema der Oralität erst einmal historisch zu nähern, bevor man sich der Individualentwicklung der Oralität zuwendet. Wir werden sehen, dass es sinnvoll ist, Freud an vielen Stellen zu rehabilitieren, dabei aber einen anderen Fokus zu setzen, als er es zu Beginn des letzten Jahrhunderts getan hat.

1.1 Sigmund Freud: Wie alles begann

In der Geschichte der Psychologie hat wohl kaum eine Person das Denken und Handeln sowie die Fantasie in Forschung und Therapie so beeinflusst wie Sigmund Freud. Auch wenn zentrale Schriften wie die *Traumdeutung* bereits mehr als 100 Jahre alt sind, kommt man an ihnen in der Psychologie nicht vorbei. Es ist interessant, dass Freud nicht nur der Begründer der Psychoanalyse ist, sondern auch den Anstoß zum Behaviorismus gegeben hat. Dieser entwickelte sich als Gegenbewegung zur Psychoanalyse, woraufhin die Humanistische Psychologie entstand, die sich als dritte Kraft im Gegenpol zu Behaviorismus und Psychoanalyse verstand. Damit kann Sigmund Freud nicht nur als Begründer der Psychoanalyse gesehen werden, sondern als prägend für drei sehr unterschiedliche Denk- und Therapietraditionen. Zahllose Studien wurden in den letzten 100 Jahren verfasst, diverse Experimente durchgeführt und Kongresse abgehalten, um Freud zu ehren, zu widerlegen, zu beweisen, zu verreißen oder auch um sich wieder mit ihm zu versöhnen. Interpretiert man dieses Verhalten psychoanalytisch, so kommt Freud die Rolle einer Vaterfigur zu, mit der es sich zu messen, von der es sich abzugrenzen, mit der es sich zu identifizieren gilt – oder dessen Rolle man ablehnen kann.

Es ist durchaus lustvoll sich mit Freud zu beschäftigen, was zum einen seiner durchaus aufwendigen Theorie zuzuschreiben ist. Zum anderen ist wohl kaum ein Thema so lustbesetzt wie die menschliche Sexualität und deren Entwicklung. In der klassischen Psychoanalyse wird das menschliche Verhalten gesteuert durch den animalischen Trieb nach Lustbefriedigung und dessen Regulation bzw. Abwehr. Auch heute noch sprechen wir daher von Impulskontrolle, und zwar ganz unabhängig von der Psychoanalyse

(Herpertz et al., 2000). Unsere Impulse im Griff zu haben ist durchaus von Bedeutung – oder wann haben Sie das letzte Mal auf einem Tisch getanzt, sind fremdgegangen oder haben in der Öffentlichkeit uriniert? Wer würde bestreiten, dass wir manchmal vollkommen irrationale Gedanken, Gefühle, Wünsche oder Vorstellungen haben, die uns zumindest befremdlich erscheinen und deren Ursprung wir nicht wirklich ausmachen können? Hier würde sich im Rahmen des Instanzenmodells der Psychoanalyse das Es melden, das uns zu triebhaftem Verhalten verleiten möchte, während das Ich versucht unsere Triebe mit der Realität in Einklang zu bringen (Freud, 2000 [1923]). Das Über-Ich als Entwicklungsergebnis repräsentiert alle verbietenden, kontrollierenden Inhalte, aber auch unsere zielsetzende innere Orientierung (Benecke, 2014). Dabei spielt in der Psychoanalyse die Sexualität eine große Rolle bei der Triebbefriedigung oder genauer: der Aufhebung der Erregung. Freud verstand unter Sexualität jedoch etwas anderes, als so mancher Laie denken mag, denn es geht nicht nur um Sex:

»›Erstens wird die Sexualität von ihren allzu engen Beziehungen zu den Genitalien gelöst und als eine umfassendere, nach Lust strebende Körperfunktion hingestellt, welche erst sekundär in den Dienst der Fortpflanzung tritt; zweitens werden zu den sexuellen Regungen alle die bloß zärtlichen oder freundschaftlichen gerechnet, für welche unser Sprachgebrauch das vieldeutige Wort der »Liebe« verwendet« (Freud, 1925, S. 63). ›Wir sprechen darum lieber von Psychosexualität« (Freud 1910a, S. 120)« (Benecke, 2014, S. 215).

Dennoch war es ein unbewusst genialer Marketing-Trick das Thema der »Sexualität« in den Mittelpunkt zu stellen, denn dieses unsterbliche Thema mit seinen lustvollen und Schattenseiten garantierte fortdauerndes Interesse. Genauso leicht fällt es jedoch auch der akademischen Psychologie Freud aus diesen Gründen abzulehnen: unerhört, nicht empirisch, metaphorisch, spekulativ, Eros und Thanatos: lächerlich. Allgemeines Kopfschütteln und Belächeln wurde zu einem Standardreflex, wenn es um Freud und seine Theorie geht. Der Ödipuskomplex mit seinen Mordfantasien wurde von Psychologen, die der Psychoanalyse nichts abgewinnen konnten, als Unsinn ins Kuriositätenkabinett verbannt. Und Freud bot mit seinen provokanten Thesen, seinen Widersprüchen und seiner stark sexualisierten Theorie durchaus eine große Angriffsfläche. Was jedoch für Freud gilt, lässt sich ebenso für viele große Köpfe der Psychologie sagen: Auch

Watson zeigte ein hohes Maß an behavioristischer Hybris, Skinner einen sehr nüchternen und dennoch starken Determinismus auf das menschliche Verhalten, Eysenck einen radikalen, faktorenanalytischen Reduktionismus. Jede Denktradition bringt Persönlichkeiten hervor, die zum Nachdenken und noch mehr zum Neudenken provozieren wollen und damit dem Denken und Fühlen eine neue Richtung geben. Es ist leicht diese Theorien abzulehnen, es gehört jedoch Mut dazu, sie zu veröffentlichen und sich mit ihnen in der Tiefe vertraut zu machen.

Ebenfalls ist nicht von der Hand zu weisen, dass es ein kollektives Interesse an Sigmund Freud gibt. Freud ist Schulstoff im Bereich der Pädagogik und der Religion. Seine Bücher füllen nach wie vor Buchhandlungen und Bücherwände. Warum kaufen Menschen, fast 120 Jahre nach dem Erscheinen, noch die *Traumdeutung*? Warum sind Bücher wie *Die Kunst des Liebens* von Erich Fromm (ebenfalls Psychoanalytiker), *Grundformen der Angst* (Riemann, 2011) oder *Koevolution* (Willi, 1989) auch nach über 30 bis 40 Jahren in den Buchhandlungen zu haben, während Werke der akademischen Psychologie, nur von akademischen Psychologen und Studenten gekauft und hoffentlich gelesen werden?

Wie kommt es, dass Freud jedem Menschen etwas sagt, während Pioniere oder herausragende Personen der modernen Psychologie im Wesentlichen im Dunklen bleiben? Wer kennt zum Beispiel Kurt Lewin, Gordon Allport, Uri Bronfenbrenner oder Norbert Bischof? Irgendetwas muss an diesem Sigmund Freud sein, das ihn trotz all der berechtigten und unberechtigten Kritik unsterblich macht.

Dennoch: Sollten wir Themen wie orale, anale oder ödipale Phase nicht in die Mottenkiste der Geschichte der Psychologie verbannen? Handelt es sich nicht um eine Theorie, der es an empirischen Belegen mangelt, deren Erhebungsmethoden mehr als zweifelhaft sind, die mit der Triebtheorie und dem Topologiemodell der Persönlichkeit sowie dem ständigen Verweis auf das unbeweisbare Unbewusste mit der modernen Psychologie des 21. Jahrhunderts nichts mehr zu tun hat? Oder wie es der Psychoanalytiker Sandler formulierte: »Für wie lange wollen wir unseren Weiterbildungskandidaten noch die Veränderungen der Besetzungen und die akrobatischen Energieverwandlungen erklären und so tun, als ob dies von unmittelbarer Relevanz für ihre klinische Arbeit wäre?« (Sandler, 1983, zit. n. Benecke, 2014, S. 279).

Warum sollte man heute noch Freud lesen? Die Antwort: Weil sich im Laufe der letzten 100 Jahre für vieles, was belächelt oder kritisiert wurde, empirische Evidenz finden ließ: