

Markus Wilken
Frühkindliche Nahrungsverweigerung

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

- 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.
- Band 15** Markus Wilken: *Frühkindliche Nahrungsverweigerung. Ursachen verstehen und Behandlungswege finden.* 2022.
- Band 16** Evelin Kirkilionis: *Ein Baby will getragen sein. Alles über das Tragen und seine Vorteile.* 2013 [1999] (Neuaufgabe 2022).
- Band 17** Klaus Kokemoor: *Von der Ohnmacht zur Handlungskompetenz. Die Begleitung von Kindern mit herausforderndem Verhalten.* 2022.
- Band 18** Deborah Blum: *Die Entdeckung der Mutterliebe. Die legendären Affenexperimente des Harry Harlow.* 2010 (Neuaufgabe 2024).
- Band 19** Elisabeth Profanter, Barbara Walcher, Thomas Harms: *Emotionelle Erste Hilfe. Ein Praxismodell zur Begleitung von Familien am Lebensanfang.* 2023.
- Band 20** Klaus Kokemoor: *Blackbox Medienkonsum. Kinder beim Aufwachsen in der digitalen Welt gut begleiten. Eine Orientierung für Eltern und Fachkräfte.* 2024.
- Band 21** Matthew Appleton: *Impulse zur Ganzheit. Die Synthese pränataler, transpersonaler und somatischer Psychologie.* 2024.

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.

2., korrigierte Auflage 2025

© 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 978-3-8379-3387-1 (Print)

ISBN 978-3-8379-6316-8 (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 Die frühkindliche Nahrungsverweigerung

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 platziert ihn langsam neben sich 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 auf uns nehmen.

»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, die dazu dienen 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 in 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 verbessertes 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 seiner Erstarrung aufzutauen. Er fängt an sich langsam wieder 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 Fernsehbildschirm 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 Gedanke der Ernährungsoptimierung hat auch in die Welt von Neugeborenen und Säuglingen Einzug gehalten. Immer häufiger lassen sich Babywaagen in Säuglingszimmer finden. Die Gewichts-

entwicklung 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 Optimierungsgedanken 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 positive Auswirkung. Dennoch möchte man sich nicht nachsagen lassen, man hätte nicht 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 absoluter 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 psychi-

sche 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 Psycho- logie 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 zuwen- det. Wir werden sehen, dass es sinnvoll ist, Freud an vielen Stellen zu reha- bilitieren, 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 Psy- choanalyse 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 Gegen- pol 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 Expe- rimente durchgeführt und Kongresse abgehalten, um Freud zu ehren, zu widerlegen, zu beweisen, zu zerreißen 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 deren Bedeu- tung 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 andere große Köpfe der Psychologie sagen:

Auch Watson zeigte ein hohes Maß an behavioristischer Hybris, Skinner einen sehr nüchternen und dennoch starken Determinismus in Hinblick auf das menschliche Verhalten, Eysenck einen radikalen, faktorenanalytischem 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:

1. Das Lustprinzip: Dieses Entwicklungsthema hat in den letzten 20 Jahren eine vollständige Rehabilitation erfahren. Der Mensch ist nicht so rational und kontrolliert, wie wir gerne denken. Das Lustprinzip wird oft als Mutter aller Bedürfnisse bezeichnet (Grawe, 2004). Auch wenn wir vielleicht kein großer Dampfkessel sind, der von einem Es angeheizt wird: Lustgewinn und Unlustvermeidung sind zentrale Grundbedürfnisse des Menschen und der Umgang mit diesen Grundbedürfnissen ist eine wichtige Voraussetzung für das psychische Funktionieren. Auch wenn wir keinen kleinen Mann im Kopf haben, brauchen wir ein starkes Ich.
2. Angst: Bei der Genese psychischer Störungen wird Formen der Angst eine zentrale Rolle eingeräumt. Die Angst oder der erlebte Bindungsverlust sind zentrale Faktoren bei der Entstehung der modernen Volkskrankheiten: Depression, posttraumatische Belastungsstörungen, Zwangsstörungen oder auch Sucht finden ihren Ursprung zumeist in der Angst – eine Annahme, die bereits Freud vertreten hat und die klinische Anerkennung erfahren hat. Freud verortete die Quellen der Angst dabei vor allem innerhalb der Psyche – und so ganz falsch ist es ja auch nicht: Denn es sind unsere inneren Vorstellungen von Angstauslösern, die uns an den Rand des Wahnsinns treiben können, während wir in der Realität wohl kaum von Menschenmassen erdrückt werden, wenn wir einen Platz überqueren, und uns das Bild einer Schlange niemals beißen wird. Insofern scheint Freud hier nicht ganz falsch gelegen zu haben.
3. Reden wirkt: Die Redekur – diese Formulierung wurde von Freud und Breuer (1895) zum ersten Mal verwendet – hat nachhaltige Wirkungen auf die psychische Funktion, und zwar tiefgreifend und nachhaltig. Niemand wird heutzutage die Wirksamkeit von Psychotherapie, die nicht durch Psychopharmaka ersetzt werden kann, infrage stellen. Was über 100 Jahre nach der *Traumdeutung* trivial erscheint, war es bei Erscheinen des Werks keineswegs. Dass wir uns durch die Kraft einer therapeutischen Begegnung wirklich verändern können, sollte als Erkenntnis mehr gewürdigt werden, damit Psychotherapie nicht zu Psychotechnik verkommt.
4. Das Unbewusste: Es gibt mittlerweile mehr empirische Belege für ein dynamisches Unbewusstes, als sich in der Literatur abbilden lässt. Das Unbewusste ist die Grundlage unseres Bewusstseins, und mit dem Erstarken der Neurowissenschaften lassen sich diese unbe-

wussten Prozesse auch bildhaft darstellen und inhaltlich nachvollziehen (Porges, 2010; Damasio, 2004; Schore, 2007). Dieses Unbewusste ist mittlerweile in vielen Formen und Gestalten aufgetaucht, als Polyvagal-Theorie, als neuronale Grundlage unserer Gefühle. Auch wenn die Autoren der Psychoanalyse nicht unbedingt nahestehen, beschreiben sie doch Prozesse, die so wenig bewusst sind und unser Verhalten gleichzeitig so massiv beeinflussen, dass kein Weg mehr am Unbewussten vorbeiführt.

5. Oralität existiert: Es gibt gute Gründe davon auszugehen, dass es eine orale Phase und Oralität gibt. Was Freud beobachtet hat, scheint sich sowohl klinisch als auch anhand empirischer Daten belegen zu lassen, nämlich die Existenz einer oralen Phase. Betrachten wir zunächst die Geschichte der Oralität ein wenig genauer, bevor wir dieses Argument, das wohl am ehesten Stirnrunzeln auslösen wird, mit wissenschaftlichen Fakten untermauern.

1.2 Freuds orale Phase

Die Entwicklungstheorie der Psychoanalyse, das Phasenmodell der psychosexuellen Entwicklung, gehört zu den späten Theorien Freuds. Im Wesentlichen basiert diese Theorie auf Therapieprotokollen erwachsener Patienten in der Analyse und weniger auf der direkten Beobachtung von Säuglingen und Kleinkindern in ihrer Umwelt. Dass Freud sich dabei vollständig auf diese Protokolle verlassen hat, mag bezweifelt werden, haben wir doch keine Erinnerungen an unser erstes Lebensjahr. Dennoch kommt Freud zu dem Schluss, dass die erogene Zone sich von der Geburt bis zum zweiten Lebensjahr an den Mund heftet, womit die Phase als orale Phase definiert wurde.

Lustgewinn erfährt der Säugling durch Saugen, Lutschen und Beißen. Bei Freud verfügt er noch nicht über die Möglichkeiten der Abwehr. Er ist den Es-Trieben vollständig ausgesetzt und damit zur unmittelbaren Triebbefriedigung verdammt. Da er noch nicht über die Funktion der Abwehr verfügt, kann er seine Impulse nicht steuern oder umlenken. Jedes Lustversagen führt unmittelbar zu einem Zustand hoher Spannung. Da der Säugling primär durch seine Triebe gesteuert ist, ist dies die Norm, Zustände niedriger Spannung sind eher die Ausnahme. Der Säugling fordert immer nur und gibt nicht. Er ist immer hungrig und möchte immer gefüttert

werden. Er erträgt keine Frustration seiner Bedürfnisse und ist passiv, mit nur minimalen Selbstregulationsfähigkeiten.

»Uranfänglich in der primitiven oralen Phase des Individuums sind Objektbesetzung und Identifizierung wohl nicht voneinander zu unterscheiden. Späterhin kann man nur annehmen, daß die Objektbesetzungen vom Es ausgehen, welches die erotischen Strebungen als Bedürfnisse empfindet. Das anfangs noch schwächliche Ich erhält von den Objektbesetzungen Kenntnis, läßt sie sich gefallen oder sucht sie durch den Prozeß der Verdrängung abzuwehren« (Freud, 2000 [1923], S. 10).

Die Wunscherfüllung des unbewussten Triebes ist die Grundlage des primären Narzissmus, bei dem die wunscherfüllende Bezugsperson (zumeist die Mutter) zum ersten Liebesobjekt wird. Diese wird zu einer Blaupause aller weiterer Liebesbeziehungen (Freud, 1905). Dabei geht es nicht um die Mutter als Person, sondern als Objekt der Begierde. Wenn man so will, ist sie ein Vehikel der Lustbefriedigung, und wenn man es ins Extreme treiben möchte, im Grunde austauschbar, solange sie nur die Lust des Säuglings befriedigt. Diese Annahme des polymorph-perversen Säuglings läßt sich historisch durchaus nachvollziehen, wurden die Säuglinge aus gutem Hause doch selten von ihrer leiblichen Mutter, sondern vielmehr von Ammen gestillt und versorgt. Wenn also nur die Versorgung entscheidend ist und die Person im Grunde unwichtig, dann wäre an dieser Praxis nichts auszusetzen. Man kann spekulieren, dass Freud dennoch ein ungutes Gefühl bei dieser Praxis hatte – aber was sollte er tun? Die gesamte Gesellschaft und ihre Jahrhunderte überdauernden Traditionen infrage stellen? Es ist daher auch nur folgerichtig, dass Freud und damit die klassische Psychoanalyse der Oralität nur eine randständige Bedeutung gab. Stattdessen legte er der Fokus auf den Ödipuskomplex. Dieser wurde zum Kernstück aller Neurosen erklärt. Sigmund Freuds Tochter Anna formulierte es wie folgt:

»Besteht ein Konflikt – nämlich ein Konflikt zwischen den Trieben – nicht auch schon vorher, wenn das Ich noch nicht errichtet worden ist? Ist es nicht vielmehr so, dass der Konflikt vor dieser Zeit nur nicht wahrgenommen werden kann? [...] Nun, das ist natürlich vollkommen richtig. [...] Wenn Sie den Begriff aber für einen ganz bestimmten psychischen Zustand benutzen, den das Individuum empfindet – nämlich das Gefühl, in irgendeiner Angelegenheit innerlich gespalten zu sein –, dann setzt der Konflikt ein

Ich voraus, in dem diese nicht miteinander zu vereinbarenden Strebungen aufeinandertreffen. Das bedeutet, daß sie erst dann von Konflikt sprechen können, wenn die Persönlichkeit integriert ist, wenn sich organisierte Prozesse entwickelt haben« (A. Freud, 1996, S. 73f.).

Der Säugling ist also in der oralen Phase ohne Selbst oder Struktur auf die Regulation seiner Bedürfnisse beschränkt und dennoch beschreibt Freud Auswirkungen von Fehlregulationen in dieser Phase. Das Versagen der Bedürfnisbefriedigung führt zu Ängstlichkeit, Pessimismus und einem späteren Drang, die oralen Bedürfnisse zu befriedigen. Der Mensch bleibt unbefriedigt und zieht sich in sich zurück – interessanterweise ein Verhaltensmuster, das in der Bindungstheorie, etwa 50 Jahre später, als vermeidende Bindung klassifiziert werden sollte (Ainsworth et al., 1978). Freud kennt jedoch auch die zu starke Befriedigung der Bedürfnisse. In diesem Fall kann sich die Libido nicht lösen; sie bleibt oral besetzt. Bei leichten Frustrationen oder Angst greift der Erwachsene dann schnell auf Objekte aus der oralen Phase zurück. Der orale Charakter bleibt also passiv und abhängig, immer nur fordernd, nie gebend, sicherheitsbedürftig und selbstbezogen, aber auch »bissig« im Sinne von sarkastisch. Auch hier gibt es eine Annäherung aus der Bindungstheorie, wir würden dieses Verhaltensmuster wohl am ehesten einer ängstlich-ambivalenten Bindung zuordnen (ebd.). Auch wenn die Erklärungswege hin zum oralen Charakter und zum Bindungsmuster sich deutlich unterscheiden, gibt es starke phänomenologische Übereinstimmungen und sie werden derselben Entwicklungsphase des Kindes zugeordnet, dem ersten Lebensjahr. Dennoch ist die Oralität wohl eher eine Vorbereitungsphase, die auf das Kernthema – aus Freuds Sicht – hinführt: das Rätsel des Ödipuskomplexes (Freud, 1905; Bischof, 2020).

Vor dem Hintergrund der empirischen Säuglingsforschung, die unser Bild vom abhängigen hin zu dem eines kompetenten Säuglings gewandelt hat, erscheinen uns diese Vorstellungen von der motivationalen Strebung des Säuglings nicht mehr zeitgemäß. Wenn er seine Mutter anlächelt und so die Beziehung gestaltet, schielt er nicht parallel auf die Brust. Damit scheint Freud an dieser Stelle eines Irrtums überführt zu sein. Dennoch stellt sich die Frage: Wie konnte Freud die Verbindungen sehen, die es zwischen frühkindlichen Bindungserfahrungen und der späteren Persönlichkeit gibt und die phänomenologisch durchaus mit der späteren Bindungstheorie übereinstimmen? Sollte man die Oralität als Ganzes trotz-

dem verwerfen? Sollten wir das von Freud postulierte Motivsystem des Säuglings, den Wunsch nach reiner Bedürfnisbefriedigung, infrage stellen? Wofür ist die Oralität notwendig und was ist aus ihr geworden? Gehen wir ein wenig weiter und sehen, wie sich die Oralität in der Psychoanalyse entwickelt hat.

1.3 Die Psychoanalyse nach Freud: Zeit der Hypothesen

Die Psychoanalyse löste mit ihren Erklärungsansätzen zu individuellen Leiden, gesellschaftlichen Zusammenhängen, Religion und Kunst eine wahre Euphorie aus. In der akademischen Welt ergab auf einmal alles einen Sinn: psychische Störungen, Kriege, das eigene und das fremde Leiden. Es gab therapeutische Möglichkeiten und es ergab sich eine Befreiung von gesellschaftlich verkrusteten Strukturen. Sexualität wurde zu einem Thema, das nicht nur im keusch verdunkelten Schlafzimmer zum Zwecke der Reproduktion durchgeführt wurde. Sie wurde zu einem Gegenstand wissenschaftlicher Diskussionen. Verschiedene Autoren der jungen psychoanalytischen Gemeinde entdeckten ihre literarischen Fähigkeiten und begannen Freuds Theorie zu erweitern, zu verwerfen oder zu verfeinern, darunter zum Beispiel der Wiener Arzt Alfred Adler und der Schweizer Psychiater Carl Gustav Jung. Diese beiden Autoren, die Begründer einer je eigenen Schule werden sollten, konzentrierten sich auf Behandlungstechniken, gesellschaftliche Zusammenhänge. Die frühe Kindheit spielte nur eine untergeordnete Rolle.

Die ersten Psychoanalytikerinnen, die sich verstärkt mit der frühesten Kindheit und damit zwangsläufig auch mit der Oralität auseinandersetzten, waren Anna Freud und Melanie Klein. Wir haben Anna Freuds Position bereits kennengelernt. Sie war sehr nah an der Position ihres Vaters. Melanie Klein hingegen nahm eine stark metaphorische Position ein, in der der Säugling von starken und normativ ablaufenden Fantasien bestimmt wird. Diese Fantasien waren im Wesentlichen an die nährenden Funktion der Mutter gebunden. Von der reinen Versorgung wechselte Klein zu einer fantasierten Beziehung zum Mutterobjekt, wobei der Säugling durch eine innere Spannung zwischen dem Dualismus von Eros und Todestrieb hin- und her gerissen ist (Klein, 1960). Der Hunger wird zum Ausdruck des Todestriebes, der in Schach gehalten wird, wenn der Hunger befriedigt wird. Dann steht die gute Brust im Vordergrund. Da der Säugling jedoch

von Ängsten umgetrieben wird, gibt es auch die böse Brust, die nicht zur Verfügung steht, aber auch als Ausdruck der Gefühle, die er am liebsten nicht empfinden möchte. Der Trieb wird zum Objekt, die Mutter selbst gleichzeitig zum Guten und zum Bösen und der Säugling muss mit seiner Oralität einen Weg finden, diese beiden Impulse zu integrieren. Aus dem inneren Kampf ergeben sich zwei Positionen. In der paranoid-schizoiden Position herrscht eine scharfe Trennung von Gut und Böse vor. Der Säugling spaltet seine Anteile, um das Zusammentreffen von Gut und Böse zu verhindern, denn das Böse würde das Gute vernichten. Im Alter von etwa sechs Monaten entwickelt sich die depressive Position (Klein, 1960). Die Mutter wird als ganze Person wahrgenommen, aus der das Gute und das Schlechte kommt. Die Aggression gegenüber ihr weckt Schuldgefühle und der Säugling strebt nach Wiedergutmachung. Donald Winnicott formulierte daher: »Was wollen wir denn? Wir wollen gegessen werden, nicht magisch introduziert. Darin liegt kein Masochismus. Gegessen zu werden ist der Wunsch, ja, das Bedürfnis jeder Mutter in einem sehr frühen Stadium der Versorgung eines Säuglings« (Winnicott, 1997 [1954], S. 298).

Wir möchten nicht gegessen werden. Würde der Säugling seine Mutter konsumieren wollen, bewusst oder unbewusst, so wäre keine Mutter mehr da, die ihn versorgen könnte. Die Theorie der guten und der bösen Brust von Melanie Klein kann ohne Zweifel als eine der Theorien in der Psychoanalyse betrachtet werden, die rundweg abgelehnt werden können. Und dennoch hat auch dieses Konzept weitreichende Entwicklungen zum Verständnis psychischer Störungen angeregt, die aus der heutigen Psychotherapie nicht mehr wegzudenken sind, denn der Begriff der projektiven Identifizierung gab den Anstoß sich mit Persönlichkeitsstörungen, seien sie narzisstisch oder solche des Borderline-Typs, genauer auseinanderzusetzen. Und einen zweiten ungewollten Verdienst müssen wir Konzepten wie denen von Melanie Klein zuordnen: Sie gaben Anstoß zur direkten Beobachtung. Denn wenn es sich nicht so verhält wie in den »Es sieht so aus wie«-Theorien der 1930er bis 1940er Jahre, wie ist es dann in der Realität?

1.4 Katerstimmung: Der Verlust der Oralität

Nach der Euphorie stellt sich häufig Ernüchterung ein. Die frühe Oralität war metaphorisch überfrachtet worden, der fantasierende und sich seiner Fantasien hinbegebende Säugling ein zu gewagtes Konstrukt, das sich

kaum mit der Realität in ein Einklang bringen ließ. Wie aber ist es, wenn nicht so, wie von Freud oder Klein dargestellt? Was bewegt das Neugeborene, wenn nicht sein triebbesessenes Es oder sein Eros und Todestrieb? Ist es vielleicht nicht die orale Objektbesetzung, die die Basis der Mutter-Kind-Beziehung darstellt, sondern die Nahrung an sich, die als positiver Verstärker das Nähverhalten des Säuglings begünstigt?

Der Hungertrieb dominierte sowohl die frühe Psychoanalyse als auch den Behaviorismus. Letzterer sieht den Säugling nicht durch einen Eros- oder Todestrieb auf ein bestimmtes Set von Verhaltensweisen festgelegt, sondern geht davon aus, dass er als eine Tabula rasa, als unbeschriebenes Blatt zur Welt kommt. Das Verhalten dieses Säuglings wird durch klassische und operante Konditionierungen bestimmt, wobei Nahrungsgaben einer der wohl am häufigsten eingesetzten Verstärker sind. Bis heute betrachten wir Süßigkeiten als Belohnung für zu verstärkendes Verhalten: »Räume dein Zimmer auf, dann bekommst du einen Riegel Schokolade!« Fast jeder Mensch kennt diese »Verstärkerspeisen«. Insofern ist auch der Behaviorismus stark vom oralen Konsumverhalten geprägt. Auch hier steht nicht das Band zwischen Mutter und Kind im Mittelpunkt, sondern die Mutter als Quelle der Bedürfnisbefriedigung. Der Säugling wird von seinem Hungertrieb motiviert. Er wird durch die Mutter gesättigt, und schon wird die Mutter durch den positiven Reiz der Sättigung positiv verstärkt. Wie erstaunlich, dass Psychoanalyse und Behaviorismus trotz radikal unterschiedlicher Theorien zu einem ähnlichen Ergebnis kommen! Im Fazit bleiben beide Säuglingsbilder stark durch Oralität geprägt. Bowlby formulierte es wie folgt:

»The child has a number of physiological needs which need to be met, particularly for food and warmth. In so far as a baby becomes interested in and attached to a human figure, especially mother, this is the result of the mother meeting the baby's need and the baby's learning in due course that she is the source of gratification. I shall call this the theory of Secondary Drive, a term which is derived from Learning Theory. It has also been called the cupboard-love theory of object relations« (Bowlby, 1969, S. 178).

Diese beiden Konzepte des Säuglings, das der Psychoanalyse und das des Behaviorismus der 40 bis 50 letzten Jahre des 20. Jahrhunderts, wurden durch die Forschungsergebnisse und die Ergebnisse der Deprivationsforschung zum Beispiel von René Spitz infrage gestellt. Aufgrund seiner di-

rekten Beobachtungen beschrieb Spitz das soziale Lächeln im zweiten bis dritten Lebensmonat, die Fremdenangst im siebten und achten Lebensmonats oder Gesten des Neinsagens. Er führte diese Entwicklungsergebnisse nicht auf Triebbefriedigungen, sondern auf Reifungsprozesse zurück. Die Beschreibung des Hospitalismus wurde zu einem Meilenstein der Psychiatrie, indem gezeigt werden konnte, dass Säuglinge trotz guter physischer Versorgung schwere psychische Störungen entwickeln, wenn sie nicht auch emotional versorgt wurden: Nahrung und Säuberung reichen nicht aus, um den Säugling physisch und psychisch wachsen zu lassen.

Harry Harlow, ein amerikanischer Psychologe und Verhaltensforscher, ging der Frage der Mutterliebe 1957 im Rahmen von Tierexperimenten systematisch auf den Grund. Seine bahnbrechenden Arbeiten wurden nicht nur zu einem Meilenstein der Psychologiegeschichte – welcher Artikel erreicht 2.946 Zitationen? –, sondern zu einem Wendepunkt. An Rhesusaffenbabys untersuchte er die Grundlagen der Mutter-Kind-Bindung und deren Auswirkungen auf die spätere Entwicklung. In seinem Experiment wurden Rhesusaffenbabys ohne ihre Mutter oder in der Nähe von anderen Affen aufgezogen. Statt einer Mutter hatte Harlow zwei Attrappen aufgestellt. Eine Attrappe bestand aus einem Drahtgestell, an dem eine künstliche Brust befestigt war. Hier konnten die Babys jederzeit Milch saugen. Die andere Attrappe war mit Fell überzogen, hatte aber keine Brust zum Saugen. Die Grundfrage war an dieser Stelle, wo sich die Babys aufhalten würden. Wenn die Grundannahme der Triebtheorie richtig sein sollte, so müssten sie sich fortwährend auf dem Brustgestell aufhalten. Allerdings klammerten sich die Affen die meiste Zeit an die Fellattrappe, genauer gesagt kletterten sie nur zum Trinken von der Fellattrappe, um an der Brust zu saugen (Harlow, 1958; Harlow & Zimmermann, 1959). Die Babys suchten die Nähe zu einer weichen, einer leiblichen Mutter ähnlicheren Figur. Die sekundäre Triebtheorie, die von Bowlby (1969) herausgearbeitet wurde, hatte sich hiermit empirisch als falsch erwiesen. Der Verweis auf Bowlby an dieser Stelle kommt nicht zufällig, denn Bowlby setzte sich in seinem grundlegenden Werk *Attachment* intensiv mit den Schritten von Harlow auseinander und diskutierte die Ergebnisse seiner Studien (ebd.). John Bowlby, der als Psychoanalytiker in der Tradition Melanie Kleins ausgebildet wurde und mit seiner Ausbildung nicht glücklich war (Dornes, 2001), wandte sich mehr und mehr der Verhaltensbeobachtung zu. Das führte zu seiner zunehmenden Kritik an der Empiriefreudlichkeit der Psychoanalyse. Diese Kritik, das Studium verhaltensethologischer und

kybernetischer Schriften, trug ihm den nicht gerechtfertigten Ruf eines Behavioristen ein. Eines der größten Verdienste Bowlbys war es, mit seinem empirisch nachweisbaren Modell der Bindung die Rolle der Mutter als zu besetzendes Objekt oder Verstärkerquelle widerlegt zu haben. Somit öffneten sich Räume für neue theoretische und empirische Ansätze und gleichzeitig schloss sich die Tür für die Bedeutung der frühen Oralität.

1.5 Bindungstheorie: Sicherheit statt Triebe

Die Bindungstheorie entstand im selben Zeitraum wie die Arbeiten von Harlow. Wie wir bereits gesehen haben, hatte Bowlby Abstand von der Triebtheorie genommen. Es ist durchaus interessant sich mit seiner Autobiografie und dem damaligen Diskurs in der psychoanalytischen Gemeinschaft auseinanderzusetzen (Dornes, 2001), die Bowlbys Gedanken mit wenig Begeisterung aufnahm. Die Abkehr von der Triebtheorie eröffnete ihm einen neuen Blick auf das Thema der Bindung, die er in der Trilogie *Bindung* (Bowlby, 1969), *Trennung* (Bowlby, 1973) und *Verlust, Trauer und Depression* (Bowlby, 1983) veröffentlichte. Heute ist das Bedürfnis nach Bindung als menschliches Grundbedürfnis natürlich anerkannt (Lichtenberg, 1989; Hinde & Stevenson-Hinde, 1990; Grawe, 2004). Keine klinische Psychotherapieform kommt heute ohne Referenz auf die Bindungstheorie aus. Die Krankenhausversorgung von Kindern hat eine Revolution erlebt und was besonders interessant ist: Bowlby lieferte mit der Bindungstheorie das empirische Grundgerüst, um den Nachweis zu führen, dass der frühen Kindheit eine entscheidende Bedeutung bei der Genese psychischer Gesundheit sowie Psychopathologie zukommt (Strauss et al., 2002).

Die Bindungstheorie revolutionierte die psychoanalytische Entwicklungstheorie und reduzierte den Fokus auf das psychosexuelle Entwicklungsmodell. Es stellte sich erneut die Frage: Was ist der primäre Antrieb des Säuglings, was motiviert ihn? Warum verhalten sich Säuglinge so, wie sie sich verhalten? Warum suchen Sie die Nähe zu ihrer Mutter, wenn nicht aus einem Hungertrieb heraus? Warum suchen Harlows Rhesusaffenbabys die Fellmutter auf, die ihnen nichts anders gibt als Wärme. Die Antwort war so einfach, dass sie dem komplex denkenden Menschen zunächst verborgen blieb. Babys suchen die Nähe zur Fellmutter nicht, *obwohl* die Fellmutter nur Wärme spendet, sondern *weil* sie ihnen Wärme spendet.