

# „Das Gesicht muß bleiben“

## Eß-Störung, Enkopresis und Enuresis permanens bei einem unsicher-vermeidenden Bindungsverhalten eines fünfjährigen Mädchens

---

Barbara Hungar

Heidelberg, Deutschland

**Schlüsselwörter:** Kinderpsychotherapie, Trauma, Bindungserfahrung, visuelle Wahrnehmung, Selbstaufbau

**Abstract:** *“The Face Has to Be Present”. Eating disorder, Enkopresis and Enuresis permanens of a five-year-old girl.* In the following paper, the author tries to interpret the avoidant behavior of an five-year-old girl not only as an object disturbance but also as a disturbance that may have its beginning in the pre-verbal period of miming between mother and child. The mother’s miming may have failed to meet the emotional needs of the baby so that it may have avoided to look into her face. As a consequence, the girl did not learn facial miming and could not relate to her family. The therapist therefore focuses on relating to the girl, who takes to painting faces on the rocking horse to express her needs. The faces become the symbol of her therapy.

**Zusammenfassung:** In der folgenden Therapie ist der Versuch gemacht worden, die unsicher-vermeidende Bindungserfahrung eines fünfjährigen Mädchens nicht nur als Objektstörung anzusehen, sondern als eine tiefer greifende Störung in der mütterlichen Dyade. Die Hypothese ist, daß die Patientin als Baby den Anblick der Mutter vermeiden mußte, weil diese nicht empathisch auf ihre Bedürfnisse einging. Das führte möglicherweise dazu, daß die Mimik des mütterlichen Gesichtes nicht gelernt werden konnte, Beziehung nicht entstehen konnte. In der Therapie wird der Beziehungsaufbau beschrieben als Hauptarbeit der Therapie. Übertragungsdeutungen spielten keine Rolle, weil nur einzelne Affekte verfügbar waren.

\*

Stern (1993, S. 40) beschreibt, daß die Beziehung eines Kindes in der mütterlichen Dyade gestört verlaufen kann, wenn die Mutter auf die kindlichen Signale nicht einrastet. Dann schützt sich der Säugling durch Blickvermeidung. Ich glaube nun, daß dabei wahrscheinlich die Mimik des mütterlichen Gesichtes nicht ausreichend

---

Korrespondenzanschrift: Barbara Hungar, Analytische Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeutin, Maulbeerweg 5, 69120 Heidelberg

gelernt werden kann und in der Folge die visuelle Wahrnehmungsentwicklung gestört verläuft, ein Beziehungsaufbau nicht gelingen kann.

Remschmidt (2000, S. 299) beschreibt, daß psychotische Kinder und Jugendliche sehr große Schwierigkeiten haben, den emotionalen Ausdruck von Gesichtern zu verstehen und zu differenzieren. In der Folge können sie sich nicht einfühlen und verstehen zwischenmenschliche Interaktionen nicht. Ich denke, daß eine solche Störung der Mimikdifferenzierung auch bei einer unsicher vermeidenden Bindungserfahrung vorliegen kann. In der Folge werden keine Erinnerungsspuren an das Gesicht der Mutter angelegt (Fraiberg 1969, S. 20). Das Kind wird total isoliert, kann keine Hilfe in Anspruch nehmen, verbleibt in den Affekten von Angst, Verzweiflung und Wut. – Selbst- und Objektaufbau finden nicht statt.

Mit Cohen (2000, S. 514ff.) glaube ich, daß frühe Bindungsmuster nachzulernen äußerst schwierig ist. Cohen verwendet *Rituale* in der stationären Therapie, z. B. Aufweck-Rituale, von Seiten ein und desselben Erziehers, um Patienten einen Halt zu geben und so Erinnerungen nachreifen zu lassen und zu schaffen.

Die hier beschriebene Patientin drückt ihr Trauma als Suche nach dem *Gesicht* aus. Sie malt in der Therapie dem Schaukelpferd ein Gesicht. Das Gesicht steht während der gesamten vier Jahre Therapie immer da, und es repräsentiert wohl die Anwesenheit der Therapeutin. In diesem geschützten Raum versucht die Patientin einen Selbst- und einen Objektaufbau.

### Erste Begegnung

Jennifer, so möchte ich das Mädchen nennen, wird von ihrer Mutter gebracht. Sie ist fünf Jahre alt, ein zartgliedriges, kleines Mädchen, das aussieht, als ob es drei wäre. Sie läßt die Mutter ohne Probleme gehen, es macht ihr nicht viel aus. Sie sitzt vor mir; manchmal schaut sie mich kurz an, dann wieder versinkt sie in ihrer Welt. Sie rührt kein Spielmaterial an. Ich hole den Sceno. Wortlos stellt sie viele Tiere und Menschen auf – ihre Welt wirkt wie ein beziehungsloses Chaos. Im Düsschen Fabeltest beantwortet sie die Frage nach dem Selbstgebastelten mit: „Das Vögelchen hat ein Aua. Es hat kein Essen.“ Alle anderen Fragen kann sie nicht beantworten. Erst zu einem viel späteren Zeitpunkt wird mir bewußt, daß sie die Frage nach dem Gebastelten als Frage nach dem Selbst verstanden und so ihr Trauma formuliert hat. Als die Mutter sie abholt und ich kurz mit dieser spreche, fängt Jennifer plötzlich an, den Blickkontakt zu mir aufzunehmen und zu halten, so als ob sie spüre, daß sie hier einen Halt finden könnte.

Eine Woche später kommt die Mutter zur Anamnese. Die Mutter ist schwer krank. Sie leidet unter großen Zwängen und Ängsten. Sie erscheint sehr depressiv. Sie hat sich schon mehreren Therapien unterzogen, auch im Moment befindet sie sich in einer Therapie. Jennifers Symptom des Einkotens macht ihr schwer zu schaffen. Obwohl Jennifer schon fünf ist, geht sie praktisch Tag und Nacht in Windelhosen, damit die Mutter wenig mit Waschen und Schmutz zu tun hat. Die Mutter erzählt, daß sie während der Schwangerschaft Jennifers eine anorektische Phase hatte. Über Jennifers Entwicklung sagt sie, daß sie bis zum sechsten Monat gestillt wurde, Jennifer auch gut getrunken habe, aber nach dem Abstillen eine schwere Essensproblematik auftrat, und die motorische Entwicklung stagnierte. Jennifer lernt schließlich erst mit Hilfe von Krankengymnastik im drit-

ten Lebensjahr laufen. Die Sauberkeitsentwicklung fand nicht statt; Jennifer hat außerdem nie getrotzt und ihre Sprachentwicklung war verzögert. Sie ist heute noch lückenhaft. Jennifer ist das zweite Kind der Familie; sie hat eine zwei Jahre ältere und zwei jüngere Schwestern.

In meinen Überlegungen sehe ich ein schwer depressives Kind, das mit seinen vielen Symptomen auf seine verzweifelte Situation aufmerksam macht. Jennifers Versinken in Stummheit entspricht einer Frühtraumatisierung. Bindungstheoretisch sehe ich ein unsicher-vermeidendes Bindungsverhalten. Hédervári-Heller (2000, S. 16f.) schreibt, daß Mütter unsicher vermeidend gebundener Kinder häufig depressiv sind und sich in ihrer Feinfühligkeit nicht auf das Kind einstellen können. Die Mutter nimmt beispielsweise die Signale des Kindes nicht wahr oder sie mißversteht die Äußerungen des Kindes und interpretiert sie von ihrem eigenen Standpunkt aus. So läßt sich vielleicht erklären, daß die Mutter beim Stillen innerlich nicht anwesend war. Das Kind wird in der Folge sehr unsicher über seine Bezugsperson; es weiß nicht, ob es sich in Streßsituationen an die Mutter wenden soll. Wenn es dies nicht tut, verleugnet es in der Folge seine eigenen Gefühle und negativen Erfahrungen. Die Bezugsperson wird dann negativ empfunden, wie auch das eigene Selbstbild (s.o. S. 21). Beziehungstheoretisch heißt das, Objektrepräsentanzen konnten nicht ausreichend erworben werden. Die Patientin spricht von sich als von einer schwarzen oder weißen Blume. Sie bleibt also in der Spaltung von guten und bösen Selbst- und Objektanteilen fixiert, was nach Koch-Kneidl und Wiese (2000, S. 5) im *ersten* Lebensjahr ein normaler psychischer Vorgang ist.

## Die Therapie

Jennifer beginnt sofort, eigenständig mitzuarbeiten. Schon zur ersten Stunde bringt sie ein Bilderbuch mit, das ich ihr vorlesen muß und ein Puzzle, das sie sehr gut kann. Ich entschieße mich, eine Vorgabe zu machen, um Beziehung aufzubauen. Ich zeige ihr alle Spielsachen, weise besonders auf Würfelspiele im Vorschulbereich hin und zeige ihr, wo die Süßigkeiten stehen. Ich weiß, daß sie gerne Süßigkeiten isst und hoffe, damit die Eßproblematik zu erreichen. In den ersten 40 Stunden nutzt Jennifer das Vorschulmaterial, um zu erleben, daß sie etwas *kann*.

In der 47. Stunde holt sich Jennifer ein Spiel mit Kärtchen, die Szenen aus dem Alltag der Kinderwelt darstellen. Sie nimmt eine Karte mit einem Jungen, der am Meer steht und von einer Qualle gebissen wird, und sagt dazu: „Er hat ein Aua.“ Dann nimmt sie die Karte von einem Jungen, der einen Lutscher im Mund hat und vor einer Höhle steht, in der ein Gespenst lauert, und sagt: „Der Junge kann keinen Lutscher lutschen.“ Danach geht sie zu meinem Schaukelpferd und meint, „Es hat ja kein Gesicht“. Schnell holt sie sich Malkreiden und malt ihm Augen und Nase. Dann schaut sie mich an und sagt: „Es hat keinen Mund, ihm ist kein Mund gegeben worden.“ Ich bin sehr überrascht und sage schnell: „Das gibt es nicht. Jeder Mensch hat einen Mund. Laß uns einen Mund malen.“ Jennifer nimmt nun alle Farbkreiden und malt mit allen Farben dem Gesicht einen Mund. Die letzte Farbe, die sie benutzt, ist Schwarz. Sie sagt dazu, „Meine liebe, liebe Schwarz“, und ich muß an ihre schwere Depression denken.

Ich verstehe nun, daß sie schon im Erstgespräch dieses Trauma benennen konnte, ein Mensch ohne Mund zu sein. In dem Test hieß es: „Das Vögelchen hat kein Essen“. Ich frage mich, ob hier ein vorgeburtliches Erleben vorliegt und denke an die anorektische Phase der Mutter während der Schwangerschaft, Jennifer hatte aber in den ersten sechs Monaten gut getrunken. Die Mutter war aber selber immer in Eile, weil sie schon ein älteres Kind hatte. Ich denke, daß die Mutter durch ihre eigene schwere Erkrankung nicht fähig war, sich feinfühlig auf Jennifer einzustellen. Jennifer verweigerte nach der Abstillung feste Nahrung, was der Abwehr gegen ihre eigene Person entspricht: „Ich will nicht essen“, was meint: „Ich habe keinen Mund“, was eigentlich heißt: „Ich will nicht essen, weil meine Mutter das nicht einfühlend und meiner Autonomie angemessen angeboten hat“.

In der folgenden Stunde holt sich Jennifer sofort wieder das Kärtchen-Spiel. Sie holt auch den Jungen, der von einer Qualle gebissen wird, und meint dazu: „Er weint.“ Ich: „Keiner hört ihn.“ Jennifer nickt. Ich suche die Karte mit dem Boot und dem Jungen, der das Boot rudert, und sage: „Der Junge hilft dem Jungen, so wie dir der Papa hilft.“ Jennifer nickt wieder. Ich denke, daß Jennifer in dem Loch steht, daß sie keine Hilfe in Anspruch nehmen kann, weil sie so große Lücken in ihrer Objekterfahrung hat, daß sie keine Hilfe suchen kann und so in Angstsituationen sehr einsam ist und doch Hilfe braucht. Bowlby (1995, S. 177) sagt: „Kinder mit ‚ängstlich vermeidender‘ Bindung wissen hingegen, daß sie von ihren Eltern nur Ablehnung zu erwarten haben, weshalb sie fortan auf Zuneigung und fremde Hilfe zu verzichten suchen.“ Jennifer geht zum Schaukelpferd und schaut sich das Gesicht an, das sie vorige Stunde gemalt hat. Ängstlich fragt sie: „Ist der Mund noch da?“ Ich sage: „Schau mal.“ Sie nickt, wischt es aus und malt das Gesicht aufs Neue: Den Mund mit allen Farben, zuletzt wieder das Schwarz. Das wiederholt sie über viele Stunden. In dieser Zeit fing Jennifer an aufs Klo zu gehen und selbständig Pipi zu machen. Sie sagt: „Ich muß jetzt das Pipimachen üben.“ Sie bringt ihre Babypuppe mit, die wirklich Pipi machen kann. Sie bekommt das Fläschchen mit Wasser gefüllt, wird dann auf den Topf gesetzt, und das Pipi wird gemacht.

In der 81. Stunde bringt Jennifer eine Kassette mit und ein Märchenbuch. Die Kassette handelt von einem Mädchen, das sich als eines unter anderen Mädchen fühlt: Es gibt große und kleine, dünne und dicke, schlaue oder nicht so schlaue. Das Mädchen ist immer mittendrin. Ich denke, daß Jennifer beginnt, ihr Selbst zu fühlen und sich ‚gleich‘ zu fühlen mit anderen Mädchen. Danach muß ich ihr Rotkäppchen vorlesen. Kurz, bevor der Wolf es auffrißt, klappt sie das Buch zu, schaut mich an und sagt: „Ich weiß, wie es ausgeht.“ Sie schaut mich aber weiterhin aufmerksam an, ohne etwas zu sagen. Ich: „Jennifer, denkst du, daß du aufgefressen wirst?“ Sie schaut mich unschlüssig an. Ich sage: „Das gibt es nur im Märchen. Kinder werden nicht aufgefressen. Wenn du etwas essen willst, so bist du die Bestimmerin, was du ißt. Soll ich jetzt in die Küche gehen und dir Sprudel und Kekse holen?“ Jennifer nickt. Ich denke, sie fürchtet, wenn sie Essen fordert, wird sie aufgefressen. Bei einer frühen Bindungsstörung weint der Säugling nicht mehr, wenn er Hunger hat, sondern verstummt. Die Angst und Aggression, die in der Folge entstehen, wirken dann verfolgend auf das Ich zurück (Klein 1994, S. 133). Ich denke, daß diese Angst, aufgefressen zu werden, unter der Angst liegt, keinen Mund zu haben. Ich versuche in der Folgezeit, Jennifer zum Essen



Abb. 1. „Der Mund“



Abb. 2. „Ich-Symbol Schmetterling“

zu ermutigen. Sie hat kein ausreichendes Hungerbedürfnis. Es folgen dann viele Stunden, in denen Jennifer Kekse im Puppenofen aufbackt und ißt oder mit nach Hause nimmt.

Jennifer spielt in der Folgezeit im wesentlichen Würfelspiele, um ihr Selbst auszuprobieren. Sie erfindet unermüdlich neue Regeln, indem sie *bestimmen kann*, welche Wege etwa zu gehen sind und die die Therapeutin einhalten muß. Sie wird zur Bestimmerin. Unermüdlich erkundet sie alle Gesellschaftsspiele, auch für ältere Kinder und Jugendliche, indem sie die Regeln bestimmt. Danach erfolgen Erkundungen aller Praxisräume, vor allem auch der Küche. In einer folgenden Phase wird sie motorisch expansiv. Sie rennt in dem großen Therapieraum herum, spielt Wettrennen mit der Therapeutin oder Wettrennen von Autos; später folgen Ballspiele mit der Therapeutin. Vielfach bringt sie Material von zu Hause mit. Das zeigt, wie sehr sie sich zu Hause schon mit den Therapiestunden befaßt. Sie bringt Schmusetiere, Memories, die wir spielen, oder sie malt später auch an die Wandtafel, sobald sie in die Schule geht. So entwickelt sich allmählich ein Können-Gefühl, und es wächst ihr Selbst.

In der Therapie werden über 50 Stunden Schaukelpferdbilder mit dem Gesicht gemalt, was bei der Therapeutin den Gedanken entstehen läßt, ob sie die Mimik des Gesichtes nicht ausreichend versteht (s. o. Remschmidt). Meist wischt sie das alte Bild aus, sagt aber jedes Mal: „Das Gesicht muß bleiben.“ Ich denke, es ist der Beginn eines Beziehungsaufbaues. „Das Gesicht muß bleiben“ und es

bleibt auch in einer Ecke stehen. Darunter malt sie andere Symbole: Ein Haus, einen Baum, einen Schmetterling. Jennifer malt sich oft als Schmetterling, als ob sie ein Luftwesen wäre und nicht in der Erde verwurzelt. Ich überlege, daß sie diese Differenzierung der Mimik besser mit einem ihr nahe stehenden Familienmitglied nachlernen kann als in der Therapie und versuche, den Vater mehr in die Therapie einzubeziehen. Ich denke, Jennifer sucht die Beziehung und beginnt jetzt „mit dem Gesicht“. Ich überlege, daß ich diese Lücken in der Blickwahrnehmung in der Therapie nicht aufarbeiten kann und versuche, den Vater mehr in die Therapie einzubeziehen.

Jennifers Beziehung zum Vater war ödipal getönt. Jennifer schmückte sich und wollte später eine Frau mit Baby werden. Je mehr aber das Begreifen der Welt und das Lernen in ihrem Leben eine Rolle spielte und ihr Selbst sich bildete, probierte sie aus, etwas zu können und den Vater zu einer Person zu machen, die mit ihr etwas lernt. Ich überlegte, ob der Vater das Klogehen mit ihr üben könnte.

In der folgenden Phase versuchte ich in vielen Elterngesprächen, mit den Eltern über das Einkoten zu sprechen. Während der ersten Zeit der Therapie verlief das Einkoten in Form unwillkürlicher Kotabgänge. Später hatte ich den Eindruck, daß der Kot Objektersatz für Jennifer war. Hirsch (1998, S. 395) beschreibt den Kot als Objektersatz bei einer ambivalenten Mutter-Kind-Beziehung. Später benutzte Jennifer den Kot als Protestmittel, was zu vielen, sehr aggressiven Auseinandersetzungen mit den Eltern führte. Die Mutter war beladen mit Schuldgefühlen und wütend darüber, was das Kind ihr antat. Ich konnte aber der Mutter das Vertrauen geben und die Entlastung, daß sie das Problem an ihren Mann abgeben konnte und ihr Mann das Klogeschäft übernahm. Jennifers Vater versuchte, sich in Jennifer einzufühlen, und in der Folge verlegte Jennifer ihr ‚AA-Machen‘ auf die Abendstunden und übte nun über viele Monate hinweg das Klogehen mit ihm und wollte dafür vom Vater immer wieder bewundert werden. Nach der Wutphase Jennifers, zu der auch gehörte, daß sie zu Hause Süßigkeiten klaute, folgte eine lange Phase der Regression, in der Jennifer das Einkoten genoß. Schließlich fing sie an, das Drücken selber auszuprobieren. Das tat sie zuerst im Schlafzimmer der Eltern, wie um die Nähe des Vaters zu spüren, später in ihrem eigenen Zimmer. In der 134. Stunde kam sie dann ganz stolz zum ersten Mal ohne Windeln in die Stunde. Vor jedem Elterngespräch malte sie wieder ein neues Schaukelpferdbild, immer mit den Worten: „Das Gesicht muß bleiben.“ Dann malte sie ein Haus, einen Baum oder auch einen Regenbogen und einen Hasen, meist aber einen Schmetterling. Schließlich, in der 116. Stunden, malte sie einen Menschen. „Es ist der Papa“, sagte sie stolz und schmückte ihn mit Ketten und Ohrringen.

In der Therapie hatte sie weiter in vielen Würfelspielen versucht, ihr Selbst auszuprobieren. Sie hatte auch gelernt, daß sie verlieren konnte. Jedesmal hatten wir auch über das Klogehen gesprochen. Letztlich war es wohl auch ein Erfolg in der Schule, den sie hatte, daß sie schließlich das Klogehen lernen wollte. Sie wollte es einfach können.

Die Therapie mußte nach 150 Stunden abgeschlossen werden. Es wurde niederfrequent gearbeitet, so daß der vierjährige Entwicklungsprozeß möglich wurde. Das Mädchen war zu diesem Zeitpunkt gut in die Klasse der Schule integriert. Sie besuchte die 2. Klasse einer Grundschule, die 1. mußte sie wiederholen

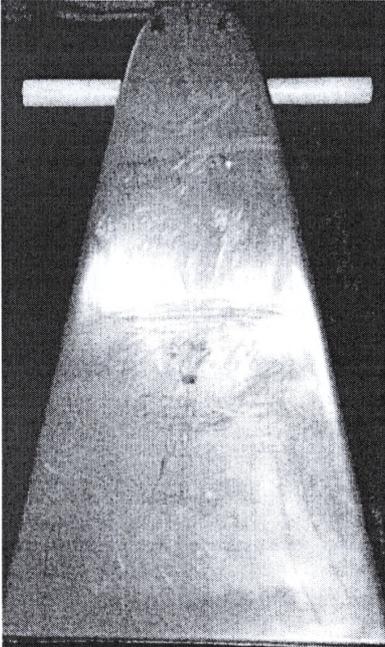


Abb. 3. „Es ist der Papa“

wegen einer Teilleistungsstörung im visuellen und im Zahlenbereich. Sie war weiterhin sehr schüchtern gegenüber ihren Mitschülern. Es bleibt die Frage offen, ob sie die Gesichtserfahrung ausreichend nachlernen konnte. In ihre Familie war sie gut eingebunden und fröhlich.

### Diskussion

In dieser Therapie ist der Versuch gemacht worden, die psychosomatischen Symptome als Lücken in der Bindungserfahrung zu verstehen. Der Eß-Störung lag eine traumatische Erfahrung zugrunde, ein Mensch ohne Mund zu sein, was wohl eine vorgeburtliche wie ein nachgeburtliche Mangelerfahrung einschloß. Nachdem dieses Stück Selbst gewonnen war: „ein Mensch mit Mund zu sein“, begann die Patientin selber, ihre Ausscheidung zu steuern. In der Therapie wurden mit der Präsenz der Therapeutin und deren Gesicht die Wurzeln für eine Bindungserfahrung gelegt. Patientin versuchte daraufhin, ein Gefühl für ihr Selbst, selbst etwas zu können, zu entwickeln. Aber nur, indem ihre Familie einbezogen wurde, konnte sie wohl das Klo-Gehen lernen und Vertrautheitserfahrungen machen.

### Literatur

- Bowlby J (1995) Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie. Dexter-Verlag, Heidelberg
- Cohen Y (2000) Bindungstheorie als Grundlage zum Verständnis psychopathologischer Entwicklung und zur stationären Behandlung. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 7: 511–521

- Fraiberg S (1969) Libidinal Object Constancy and Mental Representation. *Psychoanalytic Study of the Child* 24: 9–47
- Hédervéri-Heller E (2000) Frühe Interaktionsstrukturen in der Mutter-Kind-Dyade. Interaktionsprozesse sowie Selbst und Objektrepräsentanzen. In: Koch-Kneidl L, Wiese J (Hgg) *Psychoanalytische Blätter*, Bd. 13. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Hirsch M (1998) Zur Objektverwendung des eigenen Körpers. *Zeitschrift für analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie* 99: 387–403
- Hungar B (1997) Zerstörerische Aggression und Geburtstrauma. *Int J Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 9: 341–346
- Hungar B (2000) Frühe Ich-Störung eines fünfjährigen in einer Phantasiewelt lebenden Jungen. Anfänge einer Psychosentherapie. *Int J Prenatal und Perinatal Psychology and Medicine* 12: 213–220
- Klein M (1994) *Das Seelenleben des Kleinkindes*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Koch-Kneidl L, Wiese J (2000) Frühkindliche Interaktion und Psychoanalyse. Vorwort. In: Koch-Kneidl L, Wiese J (Hgg) *Psychoanalytische Blätter*, Bd. 13. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Remschmidt H (2000) Das Asperger-Syndrom. *Deutsches Ärzteblatt* 97(19): 296–300
- Stern D (1993) *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Klett-Cotta, Stuttgart