

Geschmacksschule und eine Party im Bauch

Behandlung einer Fütterstörung bzw. Essstörung als spezifische Phobie

Simone Lamerz, Ingo Spitzcok von Brisinski

Zusammenfassung

Es wird über einen fünfjährigen Jungen mit einer ausgeprägten sensorisch aversiven Essstörung berichtet, bei dem im Rahmen der Systemischen Familientherapie auf einer Eltern-Kind-Station Interventionen, die primär auf familiäre Interaktionsmuster fokussierten, keinen Erfolg zeigten. Erst nachdem die Symptomatik des Kindes als auf das Essen bezogene spezifische Phobie interpretiert wurde, gelang es durch Symptom orientierte Interventionen während der Mahlzeiten, deutliche Verbesserungen zu erzielen. Isolierte Darbietung unterschiedlicher Nahrungsmittel zur Desensibilisierung, Ernstnehmen der Befürchtung, dass mit der Nahrungsaufnahme Schmerzen verbunden sind, Externalisierung des Schmerzes und Verwendung einer Handpuppe als Sprachrohr wurden ergänzt durch Elterncoaching.

*Man kann das Pferd zum Wasser führen,
aber man kann es nicht zum Trinken zwingen.*

Das Trinken ist seine Sache.

*Aber selbst wenn Ihr Pferd durstig ist, kann es nicht trinken,
solange Sie es nicht zum Wasser führen.*

Das Hinführen ist Ihre Sache.

(Gregory Bateson 1982, S. 128)

Die seit ca. 1,5 Jahren getrennt lebenden Eltern stellten ihren 5-jährigen Sohn Kai mit einer massiven Essstörung in unserer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz vor mit dem Anliegen einer Behandlung auf unserer Eltern-Kind-Station. Seit seinem 2. Lebensjahr beschränkte er sich auf Milchreis, Plätzchen einer bestimmten Marke und Chips. Davon esse er auch nur sehr geringe Mengen, so dass seine Mutter ihm nachts eine Flasche mit Breinahrung reiche, welche er im Schlaf zu sich nehme. Bisherige Versuche der Eltern, ihn dazu zu bewegen, auch andere Speisen zu essen und den Milchreis zu entziehen, hatten lediglich zu einem konsequenten Hungern des Jungen geführt. Beide Eltern zeigten sich hoch besorgt um die weitere Entwicklung des Jungen.

Nach komplikationsloser Schwangerschaft und Geburt verlief die sonstige kindliche Entwicklung bis auf eine Sprachentwicklungsstörung, die logopädisch behandelt wurde, unauffällig. Kai wurde 6 Monate gestillt, dann ohne Schwierigkeiten an Gläschenkost gewöhnt. Die Umstellung am Ende des 1. Lebensjahres auf ein breiteres Nahrungsangebot gelang jedoch nicht. Einige Zeit habe er noch Kost aus Gläschen gegessen, sich aber zunehmend auf Milchreis beschränkt.

Die Mutter habe als Kind lange ausschließlich Süßigkeiten zu sich genommen, der Vater habe nur eine geringe Auswahl an Speisen akzeptiert. Beide beschreiben eine positive weitere Entwicklung, wobei die Mutter bis heute eine große Vorliebe für Süßigkeiten zeige, der Vater weiterhin wenig Neues probiere und eine Abneigung gegen eine Vielzahl von Lebensmitteln habe.

Sensorisch aversive Fütterstörung ...

In den ersten sechs Monaten ist der Organismus eines Babys ausschließlich auf Ernährung mit Milch (Muttermilch oder künstliche Säuglingsnahrung) ausgerichtet. Beikost sollte frühestens ab Ende des 6. Monats eingeführt werden und auch nur dann, wenn das Kind signalisiert, dass es bereit dafür ist. Kleinkinder benötigen keine große Abwechslung. Es ist besser, bei wenigen gut verträglichen Obst- und Gemüsesorten zu bleiben. Pro Woche kann ein neues Lebensmittel zur Nahrung hinzugefügt werden. So kann im Falle einer allergischen Reaktion festgestellt werden, gegen welches Lebensmittel das Kind eine Allergie hat. Nach dem Durchbruch von Zähnen (ca. 7 – 12 Monate) können Konsistenz und Auswahl der Nahrung variiert werden. Um beim Kind das Kauen zu fördern, wird die Beikost nicht mehr fein püriert. Brot oder weiches Obst, das es selbst essen kann, können zusätzlich gereicht werden. Ab dem Alter von einem Jahr können Kind und Eltern dieselbe Nahrung zu sich nehmen, es muss jedoch auf kindgerechte und schonende Würze geachtet werden.

Vorübergehende Fütterprobleme sind im Säuglingsalter häufig und nicht als Störung an sich zu bewerten. In den deutschen kinder- und jugendpsychiatrischen Leitlinien (von Hofacker et al. 2003) wird erst dann von einer Fütterstörung gesprochen, wenn die Fütterinteraktion von den Eltern über einen längeren Zeitraum (> 1 Monat) als problematisch empfunden wird. In ICD-10 wird unter F98.2 die „Fütterstörung im frühen Kindesalter“ als eine Störung beschrieben, „die gewöhnlich für das Kleinkindalter und frühe Kindesalter spezifisch ist. Im Allgemeinen umfasst die Nahrungsverweigerung extrem wählerisches Essverhalten bei angemessenem Nahrungsangebot und einer einigermaßen kompetenten Betreuungsperson in Abwesenheit einer organischen Krankheit“. Die Prävalenz für Fütterstörungen liegt je nach Schweregrad bei 3 bis 25%. Etwa 50 bis 70% bleiben länger als zwei Jahre bestehen.

Während im DSM-IV-TR bei der Fütterstörung (307.59) eine Gedeihstörung ausdrücklich als diagnostisches Merkmal gefordert wird, ist dies in ICD-10 nicht der Fall. Eine strenge Trennung in organische und nichtorganische Gedeihstörung hat sich wegen des hohen Anteils an gemischten Formen nicht als sinnvoll erwiesen (von Hofacker et al. 2003).

Bei der stationären Aufnahme war Kai 118 cm groß (72. Perzentile bezogen auf Gleichaltrige, d. h., 28% aller Gleichaltrigen sind größer) und wog 21,5 kg (65. Perzentile bezogen auf die Körpergröße, d. h., 35% aller Menschen mit derselben Körpergröße wiegen mehr). Dies entspricht einem Body-Mass-Index (BMI) von 15,4 kg/m² (51. Perzentile bezogen auf Gleich-

altrige, d. h., 49% aller Gleichaltrigen haben einen höheren Wert). Es lagen also alle Werte im Normbereich und es fanden sich keine Hinweise auf eine Gedeihstörung.

Während ICD-10 und DSM-IV-TR keine weitere Differenzierung der Fütterstörung vorsehen, sind in der revidierten Ausgabe der Diagnostischen Klassifikation für 0-3-jährige DC:0-3R (Zero to Three 2005) sechs unterschiedliche Fütterstörungen aufgeführt, von denen im vorliegenden Fall am ehesten die „Sensorisch aversive Fütterstörung“ (604) passt:

1. Das Kind lehnt konsistent ab, spezifische Speisen mit spezifischen Geschmäckern, Texturen (Konsistenzen), und/oder Gerüchen zu essen.
2. Der Beginn der Zurückweisung der Speisen tritt auf während der Einführung eines neuen Speisetyps (z. B. trinkt das Kind eine Milchsorte, weist aber eine andere ab, isst vielleicht Karotten, lehnt aber grüne Bohnen ab, oder trinkt Milch, nimmt aber keine Baby-nahrung zu sich).
3. Das Kind isst ohne Schwierigkeiten, wenn ihm Speisen angeboten werden, die es bevorzugt.
4. Die Zurückweisung der Speisen führt zu spezifischen Ernährungsdefiziten oder Verzögerung der motorischen Entwicklung im Mundbereich.

Hinweise auf spezifische Ernährungsdefizite fanden sich nicht bei Kai. Möglicherweise wurde dies durch die nächtlichen Flaschen mit Breinahrung verhindert. Die früher bestehende Sprachentwicklungsstörung und die teilweise immer noch beobachtbare verwaschene sprachliche Artikulation könnten zwar als Hinweis auf eine motorische Entwicklungsstörung im Mundbereich interpretiert werden. Ob diese jedoch durch die stark eingeschränkte Auswahl an Speisen bedingt erklärt werden kann, erscheint fraglich. Und ob man im Alter von 5 1/2 Jahren noch von einer Fütterstörung sprechen kann, obwohl die Nahrungsaufnahme bzgl. der bevorzugten Nahrungsmittel völlig selbstständig erfolgt – auch das erscheint zweifelhaft. In ICD-10 kommt für diese Altersgruppe „Sonstige Entwicklungsstörung“ (F88) in Betracht, wenn man vom Konzept einer umschriebenen sensorischen Entwicklungsstörung im Mundbereich mit den damit verbundenen unangenehmen Wahrnehmungen bei ungewohnten Speisen ausgeht. In den Forschungskriterien für das Vorschulalter (Research Diagnostic criteria – Preschool Age – RDC-PA) der Task Force on Research Diagnostic Criteria (2003) entsprechen die Kriterien der „Sensory Food Aversions“ denen der o. g. sensorisch aversiven Fütterstörung, ohne dass das Wort „Fütterstörung“ stört. In den Erläuterungen zu den „Sensory Food Aversions“ heißt es in den RDC-PA (Übersetzung I. S. v. B.): „Sensorische Speiseaversionen sind häufig und treten in einem Spektrum unterschiedlicher Schweregrade auf: Einige Kinder lehnen nur wenige Speisen ab und die Eltern passen sich an die Vorlieben des Kindes an. Andere lehnen die meisten Speisen ab und sorgen dadurch für ernsthafte Besorgnis der Eltern. Die Diagnose einer Fütterstörung sollte nur gestellt werden, wenn die Nahrungsmittelauswahl zu einem Ernährungsdefizit und/oder einer sensorischen Entwicklungsverzögerung im Mundbereich geführt hat. Die Zurückweisung

des Essens hängt von Textur (Konsistenz), Geschmack oder Geruch der Speisen ab. Werden diese Speisen im Mund des Kindes platziert, reichen die aversiven Reaktionen des Kindes von Würgen bis zu Erbrechen oder Ausspucken der Nahrung. Die sensorischen Aversionen werden deutlich mit Beginn der Umstellung auf Babynahrung bzw. selbst zubereitete Beikost mit verschiedenen Geschmäckern und Texturen. Einige Kinder generalisieren ihre Abneigung für eine Speise auf andere Speisen, die ähnlich aussehen oder riechen (z. B. kann sich eine Aversion gegen grüne Bohnen ausbreiten auf alles grüne Gemüse). Oft berichten Eltern, dass diese Kinder es ablehnen, neue Speisen zu essen. Einige Kinder weisen sogar jegliche Speisen ab, die vorher mit einer anderen auf dem Teller in Berührung gekommen sind, während andere Kinder wiederum nur Essen akzeptieren, das in einem bestimmten Restaurant zubereitet oder von einer bestimmten Firma hergestellt worden ist. Ältere Kinder mit sensorischen Speiseaversionen verspüren Angst, wenn ihre Peers entdecken, dass sie nur bestimmte Speisen essen, und einige ältere Kinder meiden demzufolge soziale Situationen, die mit Essen verbunden sind.

Wenn Kinder viele Speisen ablehnen oder ganze Lebensmittelkategorien (z. B. Gemüse und Obst), kann diese ‚Diät‘ zu spezifischen Ernährungsdefiziten führen (z. B. bzgl. Eiweißen, Vitaminen, Zink, Eisen). Wenn Kinder Speisen zurückweisen, die Ansprüche an das Kauen stellen (z. B. Fleisch, hartes Gemüse oder Obst), fallen sie in ihrer mundmotorischen Entwicklung zurück aufgrund mangelnder Kauerfahrung. Oft erzeugt die Ablehnung mehrerer Speisen bei den Eltern Besorgnis und Auseinandersetzungen während der Mahlzeiten.

Zusätzlich zur Sensibilisierung für bestimmte Speisen entwickeln viele dieser Kinder auch Überempfindlichkeiten in anderen sensorischen Bereichen. Z. B. berichten viele Eltern, dass diese Kinder verunsichert werden, wenn sie auf Sand oder Gras gehen sollen, und dass sie nicht gern Socken tragen, bestimmte Stoffsorten oder Etiketten an Kleidungsstücken. Viele dieser Kinder sind auch überempfindlich gegenüber Gerüchen und Geräuschen.“

Fütterstörungen lassen sich meist aus dem Zusammenwirken von kindlichem Entwicklungsniveau, Ausprägung der intuitiven elterlichen Kompetenz und elterlicher regulatorischer Abstimmung als Ausdruck vorsprachlicher Kommunikation erklären. Dabei entstehen Regulationskreisläufe und Muster, die als adaptive oder maladaptive Prozesse sowohl Symptom verstärkend im Sinne von „Teufelskreisen“ wirken, als auch durch Ansätze für therapeutische Interventionen zur Entstehung von „Engelskreisen“ beitragen können. Kommunikations- und Beziehungsprozesse haben offenbar von Beginn an einen maßgeblichen Einfluss auf das Entwicklungsgeschehen, so dass dysfunktionale Eltern-Kind-Interaktionen, in denen die gemeinsame Regulation der phasentypischen Anpassungs- und Entwicklungsaufgaben versagt, oftmals als Ursache vermutet werden. Die Leitsymptome umfassen eine Trias von Verhaltensproblemen, dysfunktionalen Kommunikationsmustern in den zugehörigen Interaktionskontexten und psychischen Belastungen der Eltern. Das therapeutische Konzept

schließt daher in der Regel Entwicklungsberatung, entlastende Hilfen für die Eltern und kommunikations- und beziehungstherapeutische Interventionen ein (Papoušek 2003).

... bzw. Essstörung

Aufgrund des ‚fortgeschrittenen‘ Alters kann die Symptomatik auch als „Sonstige Essstörung“ (F50.8) aufgefasst werden unter Berücksichtigung von Ähnlichkeiten in der intrafamiliären Psychodynamik zu Anorexie oder Bulimie, zumal bei früh beginnender Anorexia nervosa bzw. Bulimia nervosa häufig Körperschemastörung und Gewichtsphobie fehlen (Blanz et al. 2005).

Behandlungsverlauf

6 bis 8 Kinder bzw. Jugendliche einschließlich ihrer Eltern und Geschwister werden durchschnittlich 20 Tage auf unserer Eltern-Kind-Station behandelt. Wir arbeiten nach einem integrativen systemischen Ansatz in einzel-, gruppen- und familientherapeutischen Settings. Das individuelle therapeutische Programm orientiert sich an den von Kindern und Eltern formulierten Zielen. Neben dem therapeutischen Angebot im engeren Sinn haben die Eltern die Möglichkeit, neue erzieherische Handlungsmodelle und Interaktionen im Zusammenleben mit den anderen Familien im stationären Alltag auszuprobieren entsprechend einer simultanen Kombination von professioneller Therapie und Selbsthilfegruppe (Spitzcok von Brisinski & Kleemann 2003).

Wir lernten Kai als freundlich zugewandten, zurückhaltenden Jungen kennen, der dennoch mit seinem Charme schnell die Station eroberte. Er integrierte sich gut in die Gruppe mit 7 Familien, und auch in der heilpädagogischen Kindergruppe zeigte er bis auf eine anfänglich schwierige Trennung von der Mutter keine Auffälligkeiten. Als Ziel der Behandlung formulierte er selbst „Essen lernen“.

Zunächst vermuteten wir einen ‚sekundären Krankheitsgewinn‘ und sahen die hohe Belastung der Eltern durch ihr Engagement bzgl. ausreichender Ernährung: Essen hatte sich zu einem zentralen Thema in der Familie entwickelt und wir gingen daher davon aus, dass Kai dadurch einen Gewinn an Macht und Dominanz innerhalb des familiären Systems hatte. Gemäß dieser Hypothese einigten wir uns mit den Eltern, Kai die von ihm bevorzugten Nahrungsmittel zu entziehen und nachts nicht mehr zu füttern. In der Vergangenheit hatten die Eltern mehrfach diesen Weg beschritten, Kai hatte dann jedoch bis zu 3 Tage lang keine Nahrung zu sich genommen, was die Eltern nicht lange hatten aushalten können. Kais Kooperation zu den Behandlungszielen, seine Bereitschaft, viel zu trinken, und letztlich sein altersentsprechendes Körpergewicht erleichterten diese Entscheidung. Kai nahm an allen Mahlzeiten teil, welche gemeinsam mit den auf der Station lebenden Familien eingenommen wurden. Die Therapeutin begleitete diese Mahlzeiten. Er bekam zu jeder Mahlzeit einen leeren Teller und hatte die Wahl, von den verschiedenen Angeboten der Klinikküche auszuwählen. Entgegen unseren Erwartungen aß Kai 8 Tage nichts. Mit bewundernswerter Geduld gelang es den Eltern, an ihrer Entscheidung trotz des Hungerns festzuhalten.

8 Tage sind in Anbetracht der durchschnittlichen Verweildauer von 20 Tagen mehr als ein Drittel der gesamten Behandlungszeit. Dies macht den Druck deutlich, unter welchen wir durch die zeitliche Einschränkung gerieten. Auch uns und den anderen Familien auf der Station fiel es schwer, den Jungen so lange hungern zu sehen. Wir gewannen jedoch nicht den Eindruck, dass Kai aus dieser Aufmerksamkeit einen hohen Gewinn zog.

Von Tag zu Tag wurde deutlicher, dass hinter Kais Verweigerung nicht Trotz und Dominanzstreben, sondern von ihm geäußerte Angst vor dem Essen steckte. Die anfängliche Hypothese von einem Krankheitsgewinn durch Macht und Dominanz sahen wir durch seine Angst, aber auch durch die positiv erlebte Eltern-Kind-Beziehung widerlegt. Auch die anfängliche Vermutung, dass die Essstörung nur ein Teil einer umfassenderen Symptomatik sei, bestätigte sich nicht.

Wozu waren diese Hypothesen dann noch hilfreich?

Die Eltern, unter dem Eindruck ihrer langjährigen Hilflosigkeit im Umgang mit dem Symptom, sahen, dass auch wir den Jungen nicht mit präzisen Lösungen und Interventionen zu einem erwünschten Verhalten führen konnten. Auch wir wurden für kurze Zeit hilflos angesichts des hungermenden, ängstlichen Kindes. Offenbar verringerte sich hier das Gefühl der Eltern, allein mit ihrer Hilflosigkeit (Pleyer 2003) zu stehen. Wir gewannen eine neue Grundlage, ein Bündnis mit den Eltern zu schaffen, in welchem sie die Rolle der Experten für ihr Kind behalten bzw. erneuern konnten. Aus unserer Sicht trug dieses nachhaltig dazu bei, dass beide Eltern Vertrauen und Sicherheit in unsere und ihre Arbeit gewannen.

Es galt nun, neue Strategien zu finden, welchen die Eltern folgen konnten. Dazu gehörten vor allem unsere unbedingte Anerkennung des bisher Geleisteten und die Vermittlung der Gewissheit, dass nur Seite an Seite mit beiden Eltern eine therapeutisch erfolgreiche Arbeit möglich sein kann. Wir gestalteten die Mahlzeiten mit Kai neu. Unsere ganze Aufmerksamkeit widmeten wir nun dem Thema „Essen“. Diese hohe Aufmerksamkeit hatten wir zu Beginn der Behandlung vermeiden wollen, jetzt erschien es uns unumgänglich. Er aß nicht mehr mit den anderen Familien, sondern an einem nur für ihn gedeckten Tisch gemeinsam mit seiner Mutter bzw. seinem Vater und der Therapeutin. Die Auswahl der Nahrungsmittel überließen wir ihm, er konnte jedoch nur aus dem täglichen Menüplan der Klinikküche auswählen, andere Wünsche berücksichtigten wir nicht. Seine erste Auswahl bestand aus Reis, Blumenkohl, Apfel und Möhre. Er betonte bei der Auswahl kategorisch, er werde dieses niemals essen. Wir achteten darauf, ihm jede Speise isoliert auf einem gesonderten Teller in äußerst geringen Mengen anzubieten. In diesem Kontext konnten wir das hohe Ausmaß seiner Angst erkennen. Er weinte, schien vollkommen verzweifelt, beschrieb seine Angst vor den zu erwartenden Schmerzen. Zusammengefasst machte er den Eindruck eines zutiefst verzweifelten und belasteten Kindes im Kontext der Mahlzeiten. Im übrigen Tagesablauf wirkte er jedoch unbelastet.

Geschmack – Dollase (2005) nennt ihn alternativ „kulinarisches Wahlverhalten“ – ist nicht gänzlich naturgegeben, sondern entwickelt sich im Laufe des Lebens. So mancher isst kein Kaninchen, weil er in früher Kindheit einmal erlebt hat, dass ein Kaninchen, mit dem er zuvor gespielt hatte, als Essen auf den Tisch kam. Andere können keine Austern essen, weil für sie glibberige Dinge nicht zum Essen gehören, oder keine Innereien, weil sie das für

Abfall halten. Was sich als „Geschmack“ herausbildet, hängt nicht nur von der Erziehung ab, sondern ist auch mit vielen Zufällen verbunden und deutet nicht selten auf Entwicklungen hin, die nicht unserer persönlichen Kontrolle unterliegen. Warum essen viele Menschen keinen Fisch? Oft stehen hinter dieser Abneigung negative Erlebnisse. Mal ist es die Mutter oder Oma, die immer nur den billigsten Fisch verarbeitet, der üblicherweise mit strenger Geruchsbelästigung und üblen Aromen einhergeht, mal ist es ein touristischer Unfall in einem Urlaubsgebiet an der See, wo man es mit der Hygiene oder der Frische des Fisches nicht ganz so genau nahm. In dieser Hinsicht können also traumatische Erlebnisse im weiteren oder auch im engeren Sinne Einfluss nehmen.

Nachdem wir unsere Hypothese des ‚sekundären Krankheitsgewinns‘ aufgegeben hatten, gewannen wir nach zwei Mahlzeiten in dem oben beschriebenen Kontext zunehmend den Eindruck eines traumatisierten Jungen.

Auch wenn Fütterstörungen häufig Ausdruck interaktioneller Probleme zwischen Eltern und Kind sind, können sie auch nach belastenden bzw. schmerzvollen Erfahrungen im Mund-Nase-Rachen-Raum auftreten. Sie werden dann als posttraumatische Fütterstörung (PTFD) bezeichnet und können weiterbestehen nach Zwangsfütterung, aversiver orofazialer Stimulation, Entzündung der Speiseröhre, schwerem Erbrechen oder schmerzhaften Untersuchungen bzw. Behandlungen z. B. im Zusammenhang mit Sondenernährung, chirurgischen oder intensivmedizinischen Eingriffen im oberen Mund-Rachen-Magen-Darm-Bereich, und/oder bei Fehlbildungen im orofazialen und/oder gastrointestinalen Bereich (Benoit & Coolbear 1998; von Hofacker et al. 2007).

Es konnte jedoch kein relevantes Trauma identifiziert werden. Davon ausgehend, dass eine differenzierte Diagnosestellung auch in der Systemischen Therapie bei der Auswahl von Interventionen hilfreich sein kann (Spitzcok von Brisinski 1999a, 1999b, 1999d, 2006b), gingen wir im weiteren Verlauf von einer phobischen Störung aus, welche isoliert auf die Mahlzeiten bzw. die Einnahme bestimmter Lebensmittel begrenzt war.

Phobische Störung

Phobien (ICD-10: F40) sind Störungen, bei der Angst ausschließlich oder überwiegend durch eindeutig definierte, eigentlich ungefährliche Situationen hervorgerufen wird. In der Folge werden diese Situationen typischerweise vermieden oder mit Furcht ertragen. Allein die Vorstellung, dass die phobische Situation eintreten könnte, erzeugt meist schon Erwartungsangst. Spezifische (isolierte) Phobien (ICD-10: F40.2) sind auf eng umschriebene Situationen wie Nähe von bestimmten Tieren, Höhen, Donner, Dunkelheit, Fliegen, geschlossene Räume, Urinieren oder Defäkieren auf öffentlichen Toiletten, Genuss bestimmter Speisen, Zahnarztbesuch oder auf den Anblick von Blut oder Verletzungen beschränkt. Obwohl die auslösende Situation streng begrenzt ist, kann sie Panikzustände wie bei Agoraphobie oder sozialer Phobie hervorrufen. Bei der Phobischen Störung des Kindes-

alters (ICD-10: F93.1) handelt es sich um Befürchtungen in der Kindheit, die eine deutliche Spezifität für die entsprechenden Entwicklungsphasen aufweisen und in einem gewissen Ausmaß bei der Mehrzahl der Kinder auftreten, hier aber in einer besonderen Ausprägung. Andere in der Kindheit auftretende Befürchtungen, die nicht normaler Bestandteil der psychosozialen Entwicklung sind, wie z. B. die Agoraphobie sind unter der entsprechenden Kategorie in ICD-10-Abschnitt F40-F48 zu klassifizieren.

Die Lebenszeitprävalenz liegt für spezifische Phobien bei 8,5 % der Bevölkerung (Schweitzer & von Schlippe 2006). Nardone (1997) fand nur bei 3 von 152 phobischen Patienten ein Kindheitstrauma als mögliche Ursache.

Die Kriterien für eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1) waren bei Kai nicht erfüllt, da sich die Angststörung auf die Essenssituation beschränkte. Neben somatisch bedingten Ursachen kam auch eine autistische Störung im high functioning-Bereich bzw. ein Asperger-Syndrom differentialdiagnostisch in Betracht (Spitzcok von Brisinski 2007), da bei Störungen des autistischen Spektrums eine deutlich eingeschränkte Auswahl an Speisen gehäuft auftritt. Es ließen sich jedoch weder somatische Ursachen noch Hinweise auf tiefgreifende Entwicklungsstörungen finden.

Im Gegensatz zu Agoraphobien, Panikstörungen und generalisierten Angststörungen lassen sich nach Schweitzer & von Schlippe (2006) isolierte Phobien erfahrungsgemäß, ohne eine Funktionalität in der Familie zu thematisieren, erfolgreich behandeln. Andererseits kann Symptom orientierte Familientherapie (z. B. Externalisierung) auch dann hilfreich sein, wenn keine dysfunktionalen familiären Beziehungsmuster vorliegen, da alle Familienmitglieder mit ihren Ressourcen zum Behandlungserfolg beitragen können (Spitzcok von Brisinski & Lüttger 2007). In diesem Zusammenhang kommt insbesondere zusätzlich zur Einzeltherapie ein Coaching der Eltern (Tsirigotis et al. 2006) in Betracht.

Die Therapie von Angststörungen hat bei Kindern ebenso wie bei Erwachsenen vor allem das Ziel, in angstbesetzten Situationen ein angemessenes Copingverhalten aufzubauen (Vogt-Hillmann et al. 2000). Als besonders hilfreich haben sich dabei Expositionsverfahren, bei denen die Klienten sich gezielt den ängstigenden Situationen aussetzen, herausgestellt (Grave et al. 1994).

Aufbauend auf die Hypothese, dass sich aus der ursprünglichen Fütterstörung eine auf nicht vertraute Speisen bezogene spezifische Phobie entwickelt hatte, entschieden wir uns für eine Desensibilisierung des Mundbereiches, bzw. Ressourcen orientiert formuliert, für eine „Sensibilisierung der geschmacklichen Wahrnehmung für einen weitaus größeren und vielfältigeren Genuss“ (Dollase 2005, S. 5).

Zudem bezogen wir, davon ausgehend, dass der Verlust der elterlichen Kompetenz, in diesem Fall existenzielle Belange des Kindes betreffend, zumindest zur Verfestigung der Symptomatik beigetragen haben könnte, Aspekte des Modells „co-traumatischer Prozesse“ (Pleyer 2004) ein.

Dass Menschen mit phobischen Störungen aus hyperprotektiven oder emotional versagenen Familien stammen, konnte Nardone in seiner Therapiestudie (1997) nicht durchgehend bestätigen. In 91 Fällen (60 %) war der Betroffene stets unabhängig und beherrscht gewesen und hatte sich stets zu helfen gewusst bis zu dem Tag, als die Störung sein Leben veränderte. Ausgesprochen behütende Familiensituationen, in denen das Beziehungsklima einer Entwicklung von Eigenständigkeit und persönlicher Kompetenz auf Seiten des Patienten im Wege stand, fanden sich nur in 32 Fällen (21 %). In nur 11 Fällen (7 %) fand sich eine konflikthafte Familiensituation mit einem Beziehungsklima, das von emotionaler Versagung oder Abwertung geprägt war. Auch die Hypothese, phobische Störungen seien Ausdruck einer bestimmten psychischen Fehlentwicklung oder eines konflikthafte Beziehungsklimas, konnte Nardone nicht aufrecht erhalten. Des Weiteren ließ sich eine lineare kausale Beziehung zwischen dem Erleben ängstigender Stimuli und dem Entstehen phobischer Reaktionen nicht belegen. Im Großteil von Nardones Fällen (103 Patienten bzw. 68 %) gaben die Betroffenen an, dass sie nicht die Erfahrung starker Furcht in Verbindung mit einem konkreten Stimulus (etwa ein bestimmtes Furcht erregendes Erlebnis) gemacht hatten, aus der heraus sich die phobischen Symptome entwickelt hätten. Überdies scheint auch in den 49 Fällen (32 %), in denen es ursprünglich ein belastendes Erlebnis gegeben hatte, dieses nicht direkt Folge einer bestimmten Situation gewesen zu sein, sondern eines selbst-suggestierten Spannungsaufbaus, welcher schließlich zu der „Konstruktion“ der ersten Angst-attacke geführt hatte. Auf der Grundlage dieses Ereignisses war es dann zur Entwicklung aufeinander rückwirkender Mechanismen zwischen Subjekt und seinen Realitäten und in der Folge zu phobischen Wahrnehmungs- und Reaktionsweisen gekommen.

Für Keeney (1987) sind Menschen mit phobischen Störungen Gefangene einer ungünstigen rekursiven Sequenz: Die Interaktion zwischen der betroffenen Person und ihrer Angst wird zu einem System, dessen Struktur durch rekursive Verhaltensorganisation stabil und im Gleichgewicht gehalten wird. Ist ein derartiger Prozess einmal in Gang gekommen (oft durch Zufall) und hat sich eine Dynamik zirkulärer Rückwirkungen zwischen Subjekt und Realitäten auf der Grundlage einer phobischen Wahrnehmung etabliert, bleibt diese Dynamik oftmals über einen langen Zeitraum unverändert.

Der Ausgangspunkt für den Prozess ist kein Ereignis, das aus einer bestimmten und kontrollierbaren Kausalität resultiert, sondern eine zufällige Fluktuation, die zu einem ersten Furchterleben führt. Aus diesem ersten Ereignis heraus entwickelt sich über eine allmähliche, dysfunktionale Kettenreaktion auf der Grundlage rückkoppelnder Prozesse zwischen Subjekt und Realitäten eine phobische Symptomatik.

Phobische Störungen scheinen demzufolge auf einen „Schmetterlingseffekt“ (Spitzcok von Brisinski 2006a) zurückzugehen: Der Flügelschlag eines Schmetterlings kann, wenn er zu einem ganz bestimmten Zeitpunkt und an einem ganz bestimmten Ort geschieht, eine Kette von Wirkungen und Rückwirkungen in Gang setzen bzw. kleinste Ursachen können große

Wirkungen haben: Ein „Tropfen bringt den Krug zum Überlaufen“, ein „Funke bringt das Pulverfass zum Explodieren“. Bzgl. phobischer Störungen entspricht der Flügelschlag des Schmetterlings dem ersten zufälligen Erlebnis, das eine neue perzeptiv-reaktive Möglichkeit schafft: die Möglichkeit der Angst. Alles, was die Person später tut, um diese neue beängstigende Wahrnehmung der Realität abzuwehren, führt, solange es das perzeptiv-reaktive System nicht wirklich umstrukturiert, sondern lediglich vorübergehend Erleichterung verschafft (z. B. durch Vermeidung der Angst auslösenden Situation), zu einer weiteren Verfestigung dieser Wahrnehmung und verschlimmert ihre Auswirkungen. Nach und nach kommt es durch diese dysfunktionalen Lösungsversuche zum Aufbau und zur Erhaltung eines rigiden perzeptiv-reaktiven Systems.

Wer an einer phobischen Störung leidet, ist meist Spezialist für Problemtrancen (Eder 2003): Im Vorfeld und in der kritischen Situation selbst werden innere Szenarien aufgebaut, die die Katastrophe vorwegnehmen und die negativen Aspekte einseitig fokussieren. Übertreibung, Humor, Provokation können für die Auflösung von Problemtrancen sehr hilfreich sein. Daran orientierte Fragetechniken verfolgen das Ziel, den Patienten darin zu unterstützen, das mit der Angst einhergehende dramatisierende Denken ad absurdum zu führen (Schweitzer & von Schlippe 2006).

Wir begannen, Kais Angst betont ernst zu nehmen, und bestätigten ihm, dass die ersten Essversuche bestimmt nicht ohne Schmerzen verlaufen würden. Gleichzeitig sagten wir ihm zu, ihn nach jedem Bissen zu untersuchen und sofort abzubrechen, sollten die Schmerzen unerträglich werden. Kai hielt trotz seiner Angst an seinem Ziel „Essen lernen“ fest. Da Kai im therapeutischen Kontext schnell Freude an einer Handpuppe gefunden hatte, bezogen wir diese in die Untersuchung seines Mundes und seiner Zähne ein. Unter diesen Versprechungen wagte er die ersten Bissen, welche aus dem Bruchteil eines Reiskorns bestanden. Sofort nach den ersten Bissen schrie er, äußerte Schmerzen, woraufhin wir die zugesagten „Untersuchungen“ seines Mundraums begannen. Wir bestätigten seinen Schmerz und erklärten ihm ein Programm, wie der Schmerz sukzessive überlistet werden könne (Externalisierung nach White & Epston 2006). Wir schlugen ihm vor, entsprechende „Gesichter“ zu ziehen. Schrittweise übten wir mit ihm, Unterschiede in seinem Schmerzempfinden zu erkennen, je nachdem, ob er seinem Impuls, zu weinen und das Gesicht zu verziehen, nachgab, oder, worauf er sich überraschend bereitwillig einließ, einfach ein „lachendes Gesicht“ zu machen.

Dieses Ritual behielten wir bis gegen Ende der Behandlung bei, wobei wir immer mit dem „weinenden Gesicht“ begannen.

In den therapeutisch begleiteten Mahlzeiten koppelten wir eng an Kais Sprachstil an. Dass wir seine Worte für Schmerz und Angst wählten, erhöhte offensichtlich die Kooperationsbereitschaft (Spitzcok von Brisinski et al. 1999) des Jungen. Auch im Tonfall näherten wir uns so weit wie möglich dem seinen an, um eine gute strukturelle Kopplung zu erreichen (Spitzcok von Brisinski 1999c, 2001, 2004, 2006a).

Die Handpuppe als Intermediärobjekt wurde sowohl sein Begleiter in schmerzvollen Sequenzen als auch sein Helfer und Schutzobjekt in Bewältigung und Beseitigung des Schmerzes. Zu Beginn der Behandlung hatte Kai von sich aus die Gelegenheit genutzt, die im Raum befindlichen Handpuppen kennenzulernen. Er spielte mit ihnen und wählte nach unseren Beschreibungen der verschiedenen Charaktere den Fuchs aus, der sich besonders durch seine Schläue und sein allumfassendes Wissen auszeichnet.

So setzten wir den Fuchs gezielt ein, Schmerzen erkennen und „behandeln“ zu können. Allein die Würdigung des Schmerzes durch die Handpuppe schien den Jungen zu erleichtern. Die genaue Untersuchung seines Mundraumes, die differenzierte Lokalisierung des Schmerzes und die darauf folgenden reflektierenden Dialoge zwischen der Handpuppe und der Therapeutin sowie der Handpuppe und seinen Eltern trugen zu Kais Sicherheit bei. Kai hörte gespannt und neugierig zu, wenn die Handpuppe seiner Mutter / seinem Vater erklärte, wo genau seine Schmerzen sich befanden, wie stark die Schmerzen seien und wie sie sich sukzessive veränderten. Kai hatte hier offenbar einen „Verbündeten“ gefunden, welcher seine emotionale Anspannung und seine Ängste den Eltern „übersetzte“. Denn genau diese Übersetzung konnte aus seiner kindlichen Sicht noch nicht gelungen sein, da die Eltern Speisen bisher als „lecker“ und den Vorgang des Essens als „schmerzfrei“ bezeichnet hatten. Beiden Eltern gelang es, diese Annäherung an Kais Erleben sofort aufzugreifen. Beide verstanden seinen Schmerz, machten keine „leeren“ Versprechungen mehr, ohne dass dieses Vorgehen dezidiert besprochen wurde. Wir hatten die Eltern für unsere Therapie gewonnen; die Einbeziehung der Eltern, die Würdigung ihrer Kompetenz und ihre Rolle als Experten für ihr Kind hatten sich hier deutlich bewährt.

Coaching der Eltern ist eine wichtige Ergänzung im therapeutischen Prozess, wenn der Fokus auf Interventionen mit dem Kind bzw. Jugendlichen liegt. Beim Coaching verlässt der Therapeut die Tribüne des neutralen, lediglich kommentierenden Beobachters. Er bietet energetische Unterstützung an, indem er gezielt die Kräfteverhältnisse beeinflusst (Pleyer 2006).

Für die Eltern bedeutete diese Erfahrung, die Anerkennung von Kais Schmerz und Ekel, die Chance, ihre Präsenz zu erhöhen und somit ein sicheres und Halt gebendes Gegenüber zu bieten. In der Vergangenheit waren sie immer mehr auf Kai als Wegweiser für seine Ernährung angewiesen gewesen und damit zum „Echo der kindlichen Wünsche (geworden), (welche) das Kind in einem leeren Raum zurücklassen“ (Omer & von Schlippe 2002, S. 30). Dieses mag im Laufe der Jahre zumindest zu einem Reproduzieren des Problems geführt haben.

Die Puppe wurde für Kai zum wichtigen Vermittler seines Empfindens an die Außenwelt. In der Beobachtung des Schmerzes und den beschriebenen Bewältigungsmechanismen (lachende und weinende Gesichter) half die Handpuppe in Externalisierungsprozessen den Schmerz heranzuholen (mit einem weinenden Gesicht), zu ignorieren (unser Übergangsritual mit einem „neutralen“ Gesicht) und im weiteren Verlauf den Schmerz „wegzuschicken“ (mit einem lachenden Gesicht). Der Prozess des „Gesichtermachens“ vollzog sich langsam und schrittweise, zu Beginn bauten wir zur besseren Anschlussfähigkeit die „neutralen“ Gesichter

ein, überließen Kai immer wieder die Entscheidung, welches Gesicht er nutzen wollte. Hier nutzten wir Kais Phantasie und Freude am Spiel, um seine eigene Wirksamkeit gegenüber dem „Gegner Schmerz“ zu entdecken und zu nutzen.

Im Verlauf der nächsten Tage nahm er die Mahlzeiten weiterhin im therapeutischen Rahmen ein. Kai wählte aus dem Menüplan aus, probierte täglich bereits bekannte und neue Geschmäcker in geringen Mengen. Er weinte noch häufig bei den ersten Bissen, behielt aber die Rituale zur „Schmerzbekämpfung“ bei. Im Verlauf einer Woche konnte er bereits Vorlieben beschreiben (Äpfel). Wichtig war weiterhin, ihm alle Nahrungsmittel isoliert anzubieten, vermischte Speisen, alleine schon die Zugabe von Kräutern, irritierten ihn bereits optisch. Beide Eltern begleiteten ihn mit großer Fürsorge, nahmen alle positiv wirkenden Interventionen sofort auf. So versprachen sie ihm nicht mehr, dass die ihm angebotenen Speisen lecker seien und nicht schmerzten, sondern begleiteten ihn eng in seinen Gefühlen. Kais Schmerzempfinden hatte sich bereits deutlich verringert, er zeigte sich bei weiteren neuen Speisen deutlich desensibilisiert. Es war interessant zu sehen, wie sich die Desensibilisierung seines Mundraumes sukzessive vollzog. So ließen die Schmerzen im Innenraum seines Mundes nach, blieben in den Backentaschen jedoch noch länger bestehen. Rutschte ihm ein Bissen in die Backentasche, ergaben sich immer wieder kritische Momente, in welchen wir ihn mit der Handpuppe und Untersuchungen unterstützten.

Nach ersten Erfolgen wechselten wir zu einem kognitiven Zugang und vermittelten Kai ein altersadäquates Wissen über Nahrungsaufnahme und die Abläufe der Nahrungsverwertung im Körper. Die Neugier und die Phantasie des 5-jährigen Jungen konnten wir auch hier gut nutzen. Anschaulich war für ihn das Bild einer Party im Bauch, dass sein Vater ihm vermittelte. Kai stellte sich mit viel Spaß die Party mit den verschiedenen Lebensmitteln in seinem Körper vor. Wir stellten ihm ein Stethoskop zur Verfügung, geradezu andächtig lauschte er den Geräuschen in seinem Bauch.

Nach einer Woche wurde die therapeutische Begleitung der Mahlzeiten reduziert, Kai begann, mit den anderen Familien zu essen. Hier profitierte er offenbar sehr von der durchweg positiven Aufmerksamkeit aller Beteiligten. Er aß bis zum Ende der Behandlung einige der auf dem Speiseplan vorhandenen Lebensmittel, nach wie vor mussten diese doch getrennt gereicht werden. Eine Zusammenstellung (für ihn ein Durcheinander auf dem Teller) lehnte er ab. Nach wie vor aß er kleine Mengen, nahm jedoch nicht weiter ab. Selbstständig bat er darum, während der gemeinsamen Mahlzeiten nicht mehr neben der Therapeutin zu sitzen. Offenbar schien er jetzt die Aufmerksamkeit aller Familien zu genießen, auf der gesamten Station war eine deutliche Erleichterung spürbar, dass Kai nicht mehr hungerte. Vor allem die Kinder begleiteten ihn mit viel Spaß an der „Party im Bauch“.

Bis zum vorletzten Tag verweigerte Kai jedoch Brot und Brötchen. Im letzten therapeutischen Kontakt initiierten wir nochmals die Eingangsrituale: Wir deckten einen Tisch für ihn allein, reichten ihm Brot und Brötchen mit einer Auswahl an Belägen und forderten ihn auf, sich genau so zu verhalten wie bei seinem ersten Essen während der Behandlung, also sein Gesicht zu verziehen, auszuspucken, alles eklig zu finden. An diesem „Spiel“ fand er viel Spaß, erinnerte sich an seine früheren Handlungen, erkannte Unterschiede zu heute. Es gelang ihm, mit deutlicher Anstrengung, alles in kleinen Mengen zu probieren. Er zeigte eine deutliche

Reaktion auf seine Erfolge, freute sich sichtlich und probierte erstmalig geringe Mengen Brot und Brötchen mit verschiedenen Belägen. Marmelade erklärte er schnell zu seiner ersten Wahl der Brotbeläge. Mit seinem Mut, sich auf alles Neue einzulassen, und der hohen Aufmerksamkeit der Eltern konnten wir Kai mit einer guten Prognose nach Hause entlassen.

Katamnese und Blick in die Zukunft

Zur Stabilisierung boten wir eine ambulante Nachbehandlung an. Der erste ambulante Kontakt vier Wochen nach Beendigung der stationären Behandlung bestätigte unsere Prognose. Kai hatte zu Hause weiterhin alles Neue probiert, verweigerte nicht mehr, entwickelte mehr und mehr einen erweiterten eigenen Geschmack und Vorlieben.

Nach wie vor verhandelt er jedoch über die Menge der Nahrungszufuhr und benötigt für jede Mahlzeit eine gute Stunde. Schön war es, seine Beschreibungen zu hören, welche Vorteile in Zukunft eine zeitliche Beschränkung der Mahlzeiten hätte. Deziert beschrieb er, dass er dann mehr spiele, die Mahlzeiten mit Mama oder Papa angenehmer würden und vor allem sein Essen nicht kalt werde. Er wirkte zuversichtlich, die Dauer der Mahlzeiten von durchschnittlich 1 Stunde auf 30-40 Minuten beschränken zu können. Seine Idee, wie er „schneller essen“ lernen könne: „Einfach größere Bissen zu nehmen!“

Literatur

- Bateson, G. (1982). Geist und Natur. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Benoit, D., Coolbear, J. (1998). Posttraumatic Feeding Disorders in Infancy: Behaviors Predicting Treatment Outcome. *Infant Mental Health J* 19, pp. 409-421.
- Blanz, B., Remschmidt, H., Schmidt, M. H., Warnke, A. (2005). Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Schattauer.
- Dollase, J. (2005). Geschmacksschule. 2. Aufl. Wiesbaden: Tre Torri Verlag.
- Eder, L. (2003). Der systemische Ansatz in der Therapie sozialer Ängste. Eine fallorientierte Darstellung. *Psychotherapie im Dialog* 4, pp. 17-24.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- Keeney, B. (1987). Ästhetik des Wandels. Hamburg: Isko-Press.
- Omer, H., von Schlippe, A. (2002). Autorität ohne Gewalt. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Nardone, G. (1997). Systemische Kurztherapie bei Zwängen und Phobien. Einführung in die Kunst der Lösung komplizierter Probleme mit einfachen Mitteln. Bern: Huber.
- Papoušek, M. (2003). Regulationsstörungen der frühen Kindheit erkennen und behandeln. Ein diagnostisches und therapeutisches Konzept. *Nervenheilkunde* 22(9), pp. 432-440.
- Pleyer, K. H. (2003). Parentale Hilflosigkeit. Ein systemisches Konstrukt für die therapeutische und pädagogische Arbeit mit Kindern. *Familiendynamik* 28(4), pp. 467-491.
- Pleyer, K. H. (2004). Co-traumatische Prozesse in der Eltern-Kind-Beziehung. *Systema* 18(2), pp. 132-149.
- Pleyer, K. H. (2006). Coaching für Eltern – unverzichtbarer Baustein in der systemischen Kindertherapie. In: Tsirigotis, C., von Schlippe, A., Schweitzer, J. [Hrsg.]: *Coaching für Eltern. Mütter, Väter und ihr Job*. Heidelberg: Carl-Auer, pp. 102-117.

- Schweitzer, J., von Schlippe, A. (2006). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II – Das störungsspezifische Wissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Spitzcok von Brisinski, I. (1999a). Zur Nützlichkeit psychiatrischer Klassifikationen in der systemischen Therapie – DSM, ICD und MAS als Hypothesenkataloge dynamischer Systemkonstellationen. Zeitschrift für systemische Therapie 17, pp. 43-51.
- Spitzcok von Brisinski, I. (1999b). Diagnosen, Holzschnitte und asiatische Kochkunst. Zeitschrift für systemische Therapie 17, pp. 268-270.
- Spitzcok von Brisinski, I. (1999c). Ressourcenorientierung, Lösungsorientierung und systemische Theorie. Frühjahrsrundbrief der Arbeitsgemeinschaft Systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie. www.kinderpsychiatrie-systemisch.de/ASKREFL6.htm
- Spitzcok von Brisinski, I. (1999d). Diagnostische Klassifizierung – Teufelszeug für den Systemiker? Herbst-Rundbrief der Arbeitsgemeinschaft Systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie. www.kinderpsychiatrie-systemisch.de/DIAGTRB2.htm
- Spitzcok von Brisinski, I. (2001). Ist die Zukunft das Land, das der Station gehört? Oder ist die Station das Land, das niemandem gehört? Ethnologische und politische Metaphern zur Kontextgestaltung stationärer systemischer Kinderpsychotherapie. In: Rotthaus, W. [Hrsg.]: Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Heidelberg: Carl-Auer, pp. 278-298.
- Spitzcok von Brisinski, I. (2004). Selbstorganisation in der Therapie: Erinnerungen, Wahrnehmungen und Zukunftskonstruktionen. In: Ludewig, K., Levold, T. [Hrsg.]: V. Europäischer Kongress für Familientherapie und Systemische Praxis. Lengerich: Pabst Science Publishers, p. 113.
- Spitzcok von Brisinski, I. (2006a). Gefühle und Selbstorganisation in Beratung und Therapie von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien – Zusammenspiel von psychosozialen und neurobiologischen Aspekten. In: Reuser, B., Nitsch, R., Hundsalz, A. [Hrsg.]: Die Macht der Gefühle – Affekte und Emotionen im Prozess von Erziehungsberatung und Therapie. Weinheim: Juventa-Verlag, pp. 99-119.
- Spitzcok von Brisinski, I. (2006b). Systemische Narrative, Qualitätsmanagement, Psychiatrie & Krankenkassen: Eine Reflexionsliste zur systemischen Berichtgestaltung. Kontext 3, pp. 275-296.
- Spitzcok von Brisinski, I. (2007). Das Asperger-Syndrom – eine autistische Störung. In: Eikenbusch, G., Spitzcok von Brisinski, I. [Hrsg.]: Jugendkrisen und Krisenintervention in der Schule. Hamburg: Bergmann+Helbig Verlag, pp. 81-92.
- Spitzcok v. Brisinski, I., Herma-Boeters, M., Theill, O., Wusowski, B. (1999). Improving compliance – a systemic approach. European Child & Adolescent Psychiatry Vol. 8 Suppl 2, p. 201.
- Spitzcok von Brisinski, I., Kleemann, J. (2003). Eltern-Kind-Station: Indikationen, therapeutische Konzepte und Erfahrungen. In: Lehmkuhl, U. [Hrsg.]: Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Von den Therapieschulen zu störungsspezifischen Behandlungen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, p. 122.
- Spitzcok von Brisinski, I., Lüttger, F. (2007). Familientherapie bei Enkopresis. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 56, pp. 549-564.
- Task Force on Research Diagnostic Criteria (2003). Research diagnostic criteria for infants and preschool children: the process and empirical support. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 42(12), pp. 1504-1512, www.infant institute.com/WebRDC-PA.pdf.
- Tsirigotis, C., von Schlippe, A., Schweitzer, J. [Hrsg.] (2006). Coaching für Eltern. Mütter, Väter und ihr Job. Heidelberg: Carl-Auer.

- Vogt-Hillmann, M., Burr, W., Illhardt, A. (2000). Kurzzeittherapie bei Kinderängsten. In: Hargens, J., Eberling, W. [Hrsg.]: Einfach kurz und gut Teil 2. Dortmund: Borgmann.
- von Hofacker, N., Lehmkuhl, U., Resch, F., Papoušek, M., Barth, R., Jacubeit, T. (2007). Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter (0-3 Jahre). Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u. a. [Hrsg.]: Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 3. Aufl., pp. 357-378.
- White, M., Epston, D. (2006). Die Zähmung der Monster. Der narrative Ansatz in der Familientherapie. 5. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer.
- Zero To Three (2005). Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised Edition – DC:0-3R. Washington, DC: Zero To Three Press.

Simone Lamerz

Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski