

Fütterstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern

Consolata Thiel-Bonney und Nikolaus von Hofacker

- 5.1 Trinken, essen und füttern: Entwicklung von Essfertigkeiten im sozialen Kontext – 78**
- 5.2 Definition und Symptomtrias der Fütterstörung – 78**
 - 5.2.1 Störung der kindlichen Verhaltensregulation beim Füttern – 80
 - 5.2.2 Dysfunktionale Interaktion – 80
 - 5.2.3 Elterliches Überforderungssyndrom – 80
- 5.3 Prävalenz, Verlauf, Prognose – 80**
- 5.4 Einflussfaktoren bei der Entwicklung von Fütterstörungen – 81**
 - 5.4.1 Organische Belastungsfaktoren – 81
 - 5.4.2 Probleme der Verhaltensregulation und Temperamentsfaktoren – 82
 - 5.4.3 Traumatische frühkindliche Erfahrungen – 82
 - 5.4.4 Elterliche und familiäre Einflussfaktoren – 83
 - 5.4.5 Fütterstörung und Bindung – 83
- 5.5 Diagnostik – 84**
 - 5.5.1 Diagnostische Klassifikationssysteme – 84
 - 5.5.2 Diagnostische Schritte im Fütterkontext – 87
- 5.6 Beratung und Therapie – 88**
 - 5.6.1 Somatische Ebene – 90
 - 5.6.2 Entwicklungsbezogene Ebene – 90
 - 5.6.3 Interaktions- und kommunikationszentrierte Ebene – 93
 - 5.6.4 Psychodynamisch-beziehungszentrierte Ebene:
Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Psychotherapie – 95
 - 5.6.5 Indikationen für die ambulante und die stationäre Behandlung – 97
- Literatur – 100**

Frühkindliche Fütter- und Gedeihstörungen mit kindlicher Nahrungsverweigerung oder mangelnder Akzeptanz neuer Geschmacksrichtungen, Nahrungskonsistenzen und -texturen sind für besorgte Eltern häufig ein Grund, den Kinderarzt aufzusuchen. Da für die Eltern nicht selten das kindliche Überleben auf dem Spiel steht, zeigen sie sich meist emotional hoch belastet. Persistierende Fütterstörungen können mit Beeinträchtigungen der kindlichen Entwicklung und der Eltern-Kind-Beziehung einhergehen. Dieses Kapitel ermöglicht einen Einblick in Diagnostik, Beratung und Therapie von Fütterstörungen. Durch Aufzeigen frühzeitiger, konkreter und problemorientierter Interventionsmöglichkeiten soll ein Beitrag zur Prävention schwerwiegenderer Fehlentwicklungen des Kindes wie auch der Eltern-Kind-Beziehung geleistet werden.

5.1 Trinken, essen und füttern: Entwicklung von Essfertigkeiten im sozialen Kontext

Trinken und Essen sind überlebensnotwendig und ein biologisches Grundbedürfnis des Menschen. Darüber hinaus benötigen Kind und Eltern aber erfüllende emotionale und soziale Erfahrungen im Zwiegespräch, im gemeinsamen Spiel und beim Füttern und Gefüttertwerden, um sich kennenzulernen, Befriedigung und Kompetenz zu erleben, ihre Beziehung zu festigen und körperlich-seelisches Wohlbefinden in einer positiven Gegenseitigkeit zu erfahren.

Das gesunde Neugeborene verfügt über die Fähigkeit, Hunger und Sättigung zu signalisieren und die Trink- und Nahrungsmenge selbst zu regulieren (Papoušek 2002). In seiner weiteren Entwicklung gelingt es dem Kind, sich an neue Geschmacksrichtungen, veränderte Konsistenzen und Texturen anzupassen und den Übergang vom Trinken zur Löffelnahrung zu bewältigen. Spezifische sensible Zeitfenster, z. B. für das Einführen neuer Geschmacksrichtungen und Texturen zwischen dem 4. und 8. Lebensmonat, erleichtern die Bewältigung dieser Entwicklungsaufgaben. Neben Hunger, Durst und Appetit, die für die innere Motivation des Kindes zur Nahrungsaufnahme

eine wichtige Rolle spielen, hat das Kind auch das Bedürfnis, sich aktiv an der Fütterinteraktion zu beteiligen und schließlich selbstständig zu essen. Die Eltern unterstützen es dabei regulatorisch und bieten Nahrung in intuitiver Abstimmung auf seine Hunger- und Sättigungssignale sowie seine motorischen, kognitiven und sozial-emotionalen Fertigkeiten an (Papoušek 2002).

Die kindlichen Entwicklungsaufgaben im Kontext der Ernährung sind in **Tab. 5.1** zusammengefasst (für eine differenzierte Übersicht s. Papoušek et al. 2004; Wolke 2005; van den Engel-Hoek 2008). Für eine ungestörte Nahrungsaufnahme ist ein komplexes und koordiniertes Wechselspiel unterschiedlicher somatopsychischer und interaktioneller Prozesse verantwortlich. Kürzlich herausgegebene Handlungsempfehlungen sollen Eltern und Ärzte in diesem Prozess unterstützen (Koletzko et al. 2013) und Orientierung geben, da sich betroffene Eltern nicht selten im Dschungel widersprüchlicher Aussagen in unterschiedlichsten Medien verlieren. Bei der Bewältigung der nachstehend aufgeführten Entwicklungsaufgaben kann es immer wieder zu Anpassungsschwierigkeiten kommen. Wenn diese nicht von Eltern und Kind gemeinsam gemeistert werden, können sie zu tief greifender elterlicher Verunsicherung und Ängsten führen und sind dann oft Grund einer Vorstellung beim Kinderarzt.

5.2 Definition und Symptomtrias der Fütterstörung

Fütterstörung

Eine Fütterstörung liegt gemäß den Leitlinien (von Hofacker et al. 2007) vor, wenn

- die Störung seit mindestens einem Monat besteht und die Fütterinteraktion von den Eltern als problematisch und belastend empfunden wird,
- die einzelne Mahlzeit durchschnittlich mehr als 45 Minuten beansprucht und/oder
- das Intervall zwischen den Mahlzeiten weniger als 2 Stunden beträgt.

■ **Tab. 5.1** Frühkindliche Entwicklungsaufgaben im Kontext der Fütterung und Nahrungsaufnahme

Alter	Nahrung	Entwicklungs- und Anpassungsaufgabe
1. Trimenon	Muttermilch/Flaschennahrung	Saugen (Brust/Flasche), Rhythmus von Hunger und Sättigung
2. Trimenon	Flaschennahrung, Beginn mit pürierter, breiiger Nahrung	Übergang zur Flaschennahrung, erhöhte Intensität des Saugens, Anpassung an die Löffelkost
2. Halbjahr	Löffelkost, zunehmend stückig, grob und handlich	Neue Geschmacksrichtungen, Konsistenzen und Texturen, zunehmend sitzende Position
2. Jahr	Grob gehackte und klein geschnittene Nahrung, rohes Obst und Gemüse, später regelmäßige Mahlzeiten am Tisch; Trinken aus der Tasse	Selbstständiges Essen und Trinken
3. Jahr	Tischkost	Zunehmende Übernahme familiärer und kultureller Konventionen

Die Fütterstörung kann mit einer frühkindlichen Gedeihstörung einhergehen, die entsprechend den fachspezifischen Leitlinien die in der folgenden Definition aufgeführten Kriterien aufweist (von Hofacker et al. 2007; GPGE 2007).

Gedeihstörung

- für Säuglinge mit einem Geburtsgewicht \geq 3. Perzentile:
 - Gewichtsabfall $<$ 3. Perzentile und/oder
 - Wechsel von mehr als 2 Perzentilenkurven durch Gewichtsverlust oder -stillstand über einen Zeitraum von mindestens 2 bzw. 3 Monaten (Alter des Kindes \leq 6. Lebensmonat bzw. $>$ 6. Lebensmonat)
- für Säuglinge mit einem Geburtsgewicht $<$ 3. Perzentile:
 - jede fehlende Gewichtszunahme über mindestens einen Monat
 - erniedrigtes Längensollgewicht

Der mangelnden Gewichtszunahme oder der Gewichtsabnahme folgt in der Regel eine Wachstumsstörung.

und interaktionellen Aspekten in der Entstehung von Fütterstörungen hin. Entsprechend sollte die Trennung zwischen organischer und nicht organischer Fütter- und Gedeihstörung nicht weiter aufrechterhalten werden (Benoit 2000; Papoušek 2002; von Hofacker et al. 2004; Wolke 2005; Bryant-Waugh et al. 2010). Fütterstörungen sind von dem Beziehungskontext, in dem sie sich entwickeln, nicht zu trennen. Sie sind wie andere frühkindliche Regulationsstörungen (► Kap. 1, Kap. 3, Kap. 4 und Kap. 8) durch eine Symptomtrias gekennzeichnet (Papoušek et al. 2004; von Hofacker et al. 2004):

Symptomtrias der Fütterstörung

- Fehlentwicklung in der kindlichen Regulation der Nahrungsaufnahme und des Trink-/Essverhaltens,
- dysfunktionale Interaktions- und Kommunikationsmuster zwischen Eltern und Kind im Fütterkontext; Beeinträchtigung der koregulatorischen elterlichen Unterstützung,
- elterliches Überforderungssyndrom mit Belastung oder Störung der Eltern-Kind-Beziehung.

Die hohe »Komorbidität« zwischen organischen Belastungsfaktoren und Problemen in der Fütterinteraktion weist von Beginn an auf ein komplexes Zusammenspiel von somatischen, psychosozialen

Die multifaktorielle Entstehungsgeschichte von Fütterproblemen erfordert von Beginn an eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Diagnostik und Therapie.

5.2.1 Störung der kindlichen Verhaltensregulation beim Füttern

Viele Säuglinge und Kleinkinder mit Fütterproblemen zeigen unklare Signale von Hunger und Sättigung, was die Kommunikation im Fütterkontext erschwert (Lindberg et al. 1996). Die Kinder haben scheinbar keinen Appetit, drehen den Kopf weg, spucken Nahrung aus oder verweigern passiv die Nahrungsaufnahme. Manche Kinder wehren sich gegen das Sitzen am Tisch, sind überaus ablenkbar und stellen die Nahrungsaufnahme bei attraktiven äußeren Reizen sofort ein; andere lassen sich erst unter solchen Ablenkungsmanövern füttern. Einige Kinder zeigen ein überaus wählerisches Essverhalten (Jacobi et al. 2003; Papoušek et al. 2004; Zero To Three 2005), andere eine heftige angstgetönte Abwehr bei der Berührung im Gesichts-, Mund- oder Rachenbereich oder auch schon vor Beginn der Mahlzeit, wenn sie die Flasche oder den Teller erblicken.

Insbesondere bei jungen Säuglingen finden sich neben den Fütterproblemen häufig weitere regulatorische Probleme (► Kap. 3), was die Nahrungsaufnahme und das Einführen eines passenden Schlaf-, Mahlzeiten- und Spielrhythmus erschwert. In ihrer Not weichen die Eltern auf nächtliche Stillmahlzeiten aus oder füttern ihr Kind im Halbschlaf.

5.2.2 Dysfunktionale Interaktion

Die Eltern eines Kindes, das schlecht isst, geraten schnell unter einen immensen emotionalen Druck, sind sie doch »Garanten« für die Ernährung und das Gedeihen ihres Kindes. Isst ein Kind bei einer Mahlzeit nicht ausreichend, füttern es die Eltern häufig aus Sorge, es könnte an Gewicht abnehmen, schon nach kurzer Zeit erneut. Die Mahlzeiten dauern lange, sind hoch angespannt, und nicht selten wird unter Druck oder Zwang gefüttert, um eine genügende Kalorienaufnahme zu sichern. In der Familie dreht sich bald alles nur noch um das Thema »Essen« – ein freudiger Austausch im Spiel findet kaum noch statt. So schilderte ein Vater, er habe sein Kind »nur noch als Bauch wahrgenommen«. Den Eltern gelingt es immer weniger,

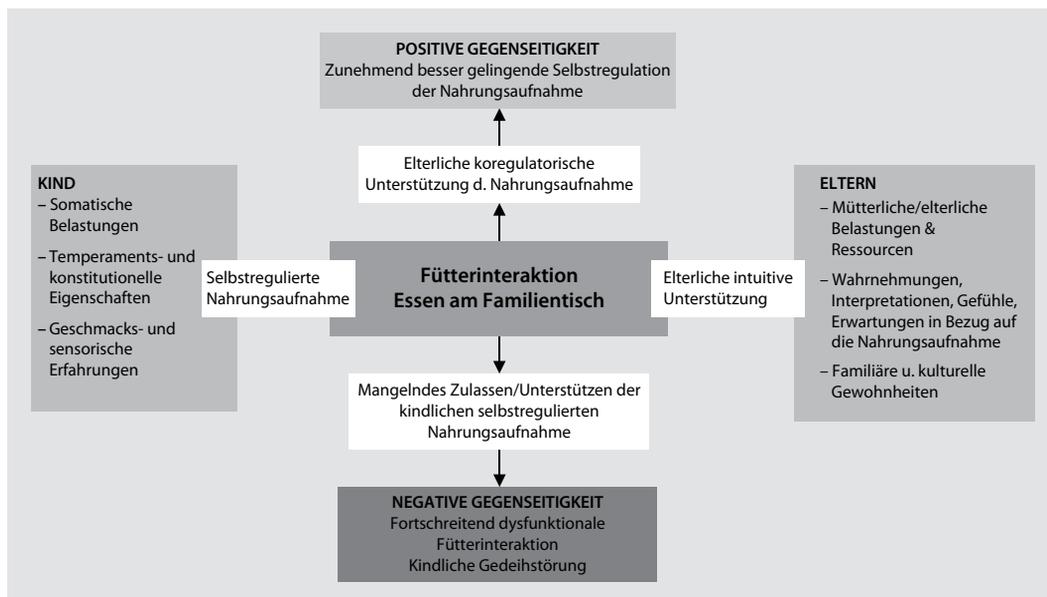
während der Mahlzeit eine angenehme Atmosphäre zu schaffen und dem Kind positive Rückmeldungen zu geben, wenn es z. B. Hunger, Interesse an der Nahrung oder Essenslust zeigt. Wird das Kind, um es zur Nahrungsaufnahme zu motivieren, z. B. durch Spielangebote abgelenkt, machen diese Angebote das Verweigern möglicherweise besonders »interessant« (Lindberg et al. 1996; Papoušek et al. 2004). In einem solch angespannten Kontext wehrt sich das Kind zunehmend gegen die elterliche Kontrolle und Einschränkung seines Bedürfnisses nach Selbstregulation der Nahrungsaufnahme. Das soziale Miteinander ist in einen Kreislauf negativer Gegenseitigkeit geraten (s. auch Ammaniti et al. 2004).

5.2.3 Elterliches Überforderungssyndrom

Insbesondere die Mütter von Kindern mit einer Fütterproblematik erleben sich bald in ihrer genuinen Rolle als »Nährende«, die das Überleben des Babys sicherstellt, infrage gestellt (s. auch »Mutterschaftskonstellation«, Stern 1998). War oder ist das Überleben des Kindes zudem durch Frühgeburtlichkeit, Erkrankungen oder Behinderungen bedroht, kann dies von Beginn an zu vermehrten Ängsten der Eltern im Rahmen der Fütterinteraktion führen. Sie fühlen sich erschöpft und der Verweigerung ihres Kindes hilflos ausgeliefert. Verletztes Selbstwertgefühl, Depressionen und/oder heftige Ambivalenzkonflikte mit Schuldgefühlen und wütend-aggressiven Impulsen können die Folge sein.

5.3 Prävalenz, Verlauf, Prognose

Vorübergehende Fütterschwierigkeiten sind in der Entwicklung gesunder Säuglinge häufig und werden von ca. einem Drittel der Eltern im 1. Lebensjahr des Kindes berichtet (Forsyth u. Canny 1991). Leichte bis mittelschwere Fütterstörungen treten bei 20 bis 25 Prozent der Kinder in den ersten Lebensjahren auf (Fergusson et al. 1985; Wright et al. 2007), während schwere Fütterstörungen mit 3 bis 12 Prozent deutlich weniger Kinder betreffen. Die Prävalenz von Gedeihstörungen beträgt ca. 3 bis



■ **Abb. 5.1** Modell einer interaktions- und beziehungsfokussierten Ätiologie frühkindlicher Fütterstörungen (aus von Hofacker 2009)

4 Prozent; sie lag in einer Population der Münchner Sprechstunde für Schreibabys bei 7 Prozent (von Hofacker et al. 2004). Kinder mit Entwicklungsstörungen sind zu 35 bis 80 Prozent durch Fütterstörungen belastet (Burklow et al. 1998).

Frühkindliche Fütter- und Gedeihstörungen weisen eine erhebliche Persistenzrate bis ins Grundschulalter auf (Dahl et al. 1994; Marchi u. Cohen 1990; McDermott et al. 2008). Dabei gehen insbesondere Gedeihstörungen mit einem Risiko für die gesundheitliche Entwicklung des Kindes sowie für das Längenwachstum einher (Dahl 1987; Benoit 2000; Lindberg et al. 2006; Wright et al. 2007). Die Befundlage zur kognitiven Entwicklung bei Fütterstörungen ohne begleitende Gedeihstörung ist weniger einheitlich (Wolke et al. 1990; DREWETT et al. 1999; Benoit 2000; Chatoor et al. 2004); eine neue Untersuchung von Wolke et al. (2009) fand einen geringen, aber signifikanten Effekt von Schrei- und Fütterproblemen auf die kognitive Entwicklung von Risikokindern im Vorschulalter. Die sozial-emotionale Entwicklung der Kinder erscheint bei allen Formen der Fütterstörung mit einer erhöhten Rate an kindlichen Verhaltensproblemen belastet, insbesondere hyperaktiven und

ängstlich-depressiven Symptomatiken (Dahl 1987; Dahl u. Sundelin 1992; Burklow et al. 1998, Wolke 2005; McDermott et al. 2008).

5.4 Einflussfaktoren bei der Entwicklung von Fütterstörungen

In der neueren Forschung und Literatur setzen sich im Hinblick auf die Entwicklung von Fütterproblemen zunehmend systemische und multifaktorielle Sichtweisen durch. Fütter- und Gedeihstörungen entstehen in einer komplexen Wechselwirkung zwischen multiplen organischen, psychosozialen, elterlichen und kindlichen Faktoren (Papoušek et al. 2004) und können in einem biopsychosozialen Bedingungsgefüge negativer Gegenseitigkeit verstanden werden (■ Abb. 5.1).

5.4.1 Organische Belastungsfaktoren

Organische Erkrankungen allein finden sich in Populationsstichproben nur in unter 10 Prozent als

ursächlich für eine Fütterstörung (► Abschn. 5.2; Drewett et al. 2002; Wolke 2005). In klinischen Stichproben liegt die Rate medizinischer Belastungen je nach untersuchter Population bei 25 bis 80 Prozent (Benoit 2000; Rommel et al. 2003). Alle Erkrankungen, die mit chronischem Appetitverlust, Erbrechen, Beeinträchtigung der Nahrungsaufnahme und Verdauung einhergehen, können mit Fütterproblemen in direktem Zusammenhang stehen (Papoušek 2002; von Hofacker 2014). Auch bei primär gesunden füttergestörten Säuglingen und Kleinkindern zeigen sich in 43 Prozent leichtere, passagere neurologische Auffälligkeiten, die dem Kind die Nahrungsaufnahme möglicherweise erschweren (von Hofacker et al. 2004). Kinder mit Fütterproblemen wiesen vermehrt ein geringes Geburtsgewicht auf (Unlü et al. 2008). Mundmotorische und -sensorische Probleme sowie Störungen der Saug-Schluck-Atmungskoordination sollten insbesondere angesichts erhöhter Überlebensraten extrem frühgeborener Säuglinge in Betracht gezogen werden (Mathisen et al. 1989; von Hofacker et al. 2004; Papoušek et al. 2004; Arvedson 2008).

Frühgeborene, untergewichtige oder unreife Kinder sind ohnehin mit einem Anteil von mehr als einem Drittel innerhalb der Gruppe von Kindern mit Fütterstörung überrepräsentiert (Hawdon et al. 2000; Rommel et al. 2003; Thiel-Bonney 2006). In der Heidelberger Spezialambulanz für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern (Cierpka 2012, Kap. 30) werden frühgeborene Säuglinge signifikant häufiger als reifgeborene von ihren Eltern aufgrund von Fütterproblemen vorgestellt. Dabei steigt das relative Risiko für die Notwendigkeit der Inanspruchnahme einer Beratung mit sinkendem Geburtsgewicht deutlich an. Frühgeborene mit niedrigem bis extrem niedrigem Geburtsgewicht sind besonders gefährdet, eine Fütterstörung zu entwickeln (Erb et al. 2014).

Sensorische Empfindlichkeiten können die Nahrungsakzeptanz beeinflussen und den Kindern Übergänge zu neuen Geschmacksrichtungen und Texturen erschweren. Studien konnten belegen, dass manche Erwachsene (»Supertaster«) bestimmte Geschmacksrichtungen sehr viel intensiver empfinden als andere – die Dichte ihrer Zungenpapillen ist signifikant höher (von Hofacker 2009; Chatoor 2012).

Ergibt die körperliche Untersuchung des Kindes keinen Hinweis auf eine organische Ursache, so ist die Wahrscheinlichkeit, bei weiteren invasiven Untersuchungen doch noch auf eine solche zu stoßen, sehr gering (von Hofacker et al. 2004). Daher sollte mit eingreifenden Untersuchungen zurückhaltend umgegangen werden, insbesondere um dem Kind weitere oral-aversive Erfahrungen zu ersparen.

5.4.2 Probleme der Verhaltensregulation und Temperamentsfaktoren

Bedeutsamer als organische Bedingungsfaktoren sind oft zusätzliche, assoziierte regulatorische Probleme (Miller-Loncar et al. 2004; von Hofacker et al. 2004; Wolke 2005; von Kries et al. 2006). In einer Stichprobe aus der Münchner Sprechstunde für Schreibabys waren Fütterstörungen, je nach Alter des Kindes, sehr häufig mit anderen regulatorischen Problemen verbunden (z. B. Schlafproblemen, exzessivem Schreien und Trotzen, dysphorischer Unruhe, aggressiven Verhaltensweisen; von Hofacker et al. 2004).

Das Verhalten des Kindes in der Füttersituation wird zudem durch sein Temperament maßgeblich beeinflusst. »Schwierige« Temperamentsmerkmale wie Unruhe/Schwierigkeit, Unvoraussagbarkeit, mangelnde Anpassungsfähigkeit, Irritabilität, Hartnäckigkeit und mangelnde Tröstbarkeit (von Hofacker et al. 2004) und eine negative Affektivität (»mealtime negativity«; Farrow u. Blisset 2006b) erschweren es dem Kind, sich auf eine Mahlzeit, neue Geschmacksrichtungen und Texturen einzustellen, und machen es den Eltern nicht leicht, ihr Kind beim Füttern passend zu unterstützen. Kindliche Temperamentsmerkmale und elterliche interaktive Merkmale interagieren dabei häufig miteinander (Wolke et al. 1990; Hagekull et al. 1997).

5.4.3 Traumatische frühkindliche Erfahrungen

In der Entstehungsgeschichte von Fütter- und Ge-deihstörungen finden sich gehäuft traumatische Erfahrungen des Kindes im Gesichts-Mund-Ra-

chen- und Magen-Darm-Bereich, z. B. im Rahmen intensivmedizinischer Erfahrungen, medizinischer Eingriffe, Operationen und Untersuchungen, aber auch bei schmerzhaften Erkrankungen (z. B. gastroösophagealer Reflux). Auch ein als traumatisch erlebtes Verschlucken mit Erstickungsangst (Chatoor et al. 1988) oder, leider häufig, die Anwendung von Zwang beim Füttern (Festhalten, gewaltsames Mundöffnen, Füttern trotz Schreien) können dazu führen, dass jegliche Nahrungsaufnahme für das Kind mit Angst vor neuerlichen aversiven Reizen verbunden ist. Das Kind zeigt in der Folge eine angstgetönte bis phobische Abwehr gegenüber jeglicher Berührung und Stimulation im Mund-Rachen-Bereich und verweigert die Nahrungsaufnahme und das Schlucken von Nahrung (Chatoor et al. 2001). Es entwickelt sich eine »posttraumatische Fütterstörung«.

5.4.4 Elterliche und familiäre Einflussfaktoren

Soziodemografische Faktoren wie Sozialschicht, sozioökonomischer Status, Geschlecht, Bildung, Alter der Eltern, Anzahl der Geschwister etc. scheinen, entgegen früheren Forschungen, kaum einen Zusammenhang mit Fütterstörungen zu zeigen (Wolke 2005; Wright et al. 2007). Allerdings findet sich in klinischen Stichproben von Kindern mit schwerer Gedeihstörung auch eine Untergruppe von Familien mit multiplen psychosozialen Belastungen und dysfunktionalen familiären Beziehungsmustern (Benoit 2000; Papoušek et al. 2004). Gedeihstörungen sind jedoch nur in ca. 9 Prozent der Fälle direkter Ausdruck von emotionaler Deprivation und Vernachlässigung (Wolke 2005).

Elterliche biologische und psychosoziale Belastungen stehen in enger Wechselwirkung mit kindlichen Einflussfaktoren. Daten aus der Münchner Sprechstunde für Schreibabys demonstrieren eine erhöhte Rate von prä-, peri- und postnatalen Belastungsfaktoren, die die intuitive Kompetenz der Eltern im Fütterkontext und die kindliche Selbstregulation beeinträchtigen können (von Hofacker et al. 2004; Papoušek et al. 2004).

Auch psychosoziale mütterliche und elterliche Belastungen vor und nach der Geburt wie De-

pressionen, Ängste, Paarkonflikte etc. zeigten sich bei Fütterstörungen im Kindesalter in den ersten 3 Lebensjahren deutlich gehäuft (von Hofacker et al. 2004; Wright et al. 2006), wobei offenbar elterliche psychische Belastungen auch die Wahrnehmung von Fütterproblemen beeinflussen (McDermott et al. 2008).

Neuere Studien betonen zudem Zusammenhänge zwischen mütterlichen Essstörungen und frühkindlichen Fütterproblemen, ja sogar dem Untergewicht des Säuglings bereits bei der Geburt (Sollied et al. 2004; Blissett et al. 2005; Blissett u. Meyer 2006; Micali et al. 2009): Die Fütterinteraktion ist bei Müttern mit einer Essstörung häufig durch vermehrte Konflikte bei den Mahlzeiten gekennzeichnet. Die Mütter zeigen Schwierigkeiten, die Signale des Kindes bei den Mahlzeiten zu erkennen und passend zu beantworten, und sind damit weniger in der Lage, die Autonomiebestrebungen des Kindes während der Mahlzeit zu unterstützen. Beim Füttern werden vermehrt kontrollierend-intrusive Verhaltensweisen und eine negative Emotionalität beobachtet (Stein et al. 1994, 1999), was mit dem kindlichen Bedürfnis nach Selbstregulation des Essverhaltens negativ interferiert (Farrow u. Blissett 2006a; Scaglioni et al. 2008; Farrow u. Blissett 2008; Haycraft u. Blissett 2008; Reba-Harrelson et al. 2010). Insgesamt scheinen frühkindliche Konflikte bei den Mahlzeiten eher Risikofaktoren für die Entwicklung von unspezifischen Essstörungen im Jugend- und frühen Erwachsenenalter zu sein, während Hinweise für eine Begünstigung von spezifischen Essstörungen (Anorexie, Bulimie) gegenwärtig fehlen (Kotler et al. 2001; s. auch Cooper et al. 2004).

5.4.5 Fütterstörung und Bindung

Noch stärker als exzessives Schreien oder schwerwiegende Schlafprobleme können Fütterstörungen, insbesondere wenn sie mit einer Störung des kindlichen Gedeihens einhergehen, die Beziehung zwischen Eltern und Kind belasten (Papoušek et al. 2004). Umgekehrt können Probleme der Eltern, eine positive Beziehung (auch im Sinne des »Bonding«) zu ihrem Kind zu entwickeln und zu gestalten, das kindliche Essverhalten beeinträchtigen.

Ist die Eltern-Kind-Beziehung bei Fütterstörungen belastet, so kann dies die kindliche Bindungsentwicklung gefährden (Brinich et al. 1989; Chatoor et al. 1998; Ward et al. 2000; Papoušek et al. 2004).

5.5 Diagnostik

Die somatische und psychosoziale Diagnostik sollte von Beginn an als integrativer und interdisziplinärer Prozess gestaltet sein. Nur so ist es möglich, den komplexen Wechselwirkungen zwischen somatischen, psychosozialen, interaktionellen und beziehungsorientierten Faktoren bei einer Fütterstörung gerecht zu werden.

5.5.1 Diagnostische Klassifikationssysteme

Noch immer fehlt es an international verbindlichen und einheitlichen Kriterien zur Diagnostik der Fütterstörung (Papoušek et al. 2004). Das für die ersten 3 Lebensjahre entwickelte diagnostische Klassifikationssystem DC:0–3R nimmt zwar eine kriterienbezogene Differenzierung der Fütterstörungen in Untergruppen vor, ist aber bislang international nicht uneingeschränkt anerkannt. Als einzige unter den frühkindlichen Regulationsstörungen wurde die Fütterstörung in die diagnostischen Systeme ICD-10 (Dilling et al. 2010) und DSM-5 (APA 2013) aufgenommen (s. die Übersichten im Kasten). Die Komplexität der Störung bildet sich in der ICD-10 nur ungenügend ab, während das DSM-5 inzwischen den Versuch einer spezifischeren Formulierung unternimmt, eine Unterteilung in Untergruppen auch andeutet, diese dann aber nicht weiter – wie in der DC:0–3R – kriterienbezogen differenziert.

Vor dem Hintergrund ihrer langjährigen Forschungstätigkeit und ausgedehnten therapeutischen Erfahrung brachte die Arbeitsgruppe von Irene Chatoor (Chatoor 2012) ihr differenziertes Klassifikationssystem der frühkindlichen »Essverhaltensstörung« bereits 2005 in die diagnostische Klassifikation 0–3R der Arbeitsgruppe Zero To Three ein (Zero To Three 2005). Die im Kasten dargestellten Untergruppen werden auf der Achse I

(»Klinische Störungen«) verschlüsselt. Das Klassifikationsschema trägt den Entwicklungsbedingungen der ersten Lebensjahre mit der Einführung der Achse II zur Klassifikation der Eltern-Kind-Beziehung besondere Rechnung (von Hofacker et al. 2007). Die Achsen III bis V nehmen schließlich medizinische Konditionen/umschriebene Entwicklungsstörungen, psychosoziale Belastungsfaktoren und das emotionale Entwicklungs- und Funktionsniveau auf (► Kap. 1).

Fütterstörung nach DC:0–3R (Zero To Three 2005)

Achse I: Fütterstörungen (600ff.)

- 601. Fütterstörung mit Beeinträchtigung der homöostatischen Regulation
 - Beginn im Neugeborenenalter.
 - Probleme des Kindes, einen ruhigen, ausgeglichenen Wachzustand beim Füttern zu erreichen oder aufrechtzuerhalten (»Regulationsstörung«).
 - Das Kind nimmt nicht genügend zu oder verliert an Gewicht.
- 602. Fütterstörung mit unzureichender Eltern-Säuglings-Reziprozität
 - Beginn meist im 2. bis 8. Lebensmonat.
 - Mangel an sozialer Wechselseitigkeit mit der Bezugsperson (z. B. Blickkontakt, Lächeln, Vokalisieren). Häufig Hinweise für Vernachlässigung.
 - Es besteht eine Gedeihstörung.
 - Der Mangel an Bezogenheit und die bestehende Gedeihstörung sind nicht allein auf eine körperliche Erkrankung oder eine tief greifende Entwicklungsstörung zurückzuführen.
 - Häufig in Verbindung mit psychischer Erkrankung der Mutter/Eltern, Armut, Alkohol, Drogen, Vernachlässigung, Missbrauch.
- 603. Infantile Anorexie
 - Beginn vor dem 3. Lebensjahr, meist zwischen dem 8. und 18. Lebensmonat, beim Übergang von der Flaschen- zur Löffelnahrung und beim Erlernen des selbstständigen Essens.

- Dauer: mindestens 1 Monat.
- Das Kind zeigt kaum Hungersignale oder Interesse am Essen, jedoch ein starkes Interesse an der Exploration und/oder an der Interaktion mit der Bezugsperson.
- Es besteht ein deutliches Gedeih-/Wachstumsdefizit.
- Die Nahrungsverweigerung steht zeitlich nicht im Zusammenhang mit einem traumatischen Ereignis und ist nicht Folge einer medizinischen Erkrankung. Diese Fütterstörung entspricht der »restriktiven« Subgruppe in der DSM-5-Kategorie »restriktiv-vermeidende Fütter- und Essstörung«.
- **604. Sensorische Nahrungsverweigerung**
 - Das Kind verweigert konsequent bestimmte Nahrungsmittel aufgrund der Konsistenz, des Geschmacks, der Textur und/oder des Geruchs.
 - Die Verweigerung beginnt während der Einführung eines neuen Nahrungsmittels.
 - Wenn ihm die bevorzugten Nahrungsmittel angeboten werden, isst das Kind ohne Schwierigkeiten.
 - Es treten Ernährungsdefizite oder eine Verzögerung der oralmotorischen und sprachlichen Entwicklung auf.
 - Meist besteht keine Gedeihstörung. Diese Fütterstörung entspricht der »vermeidenden« Subgruppe in der DSM-5-Kategorie »restriktiv-vermeidende Fütter- und Essstörung«.
- **605. Fütterstörung im Zusammenhang mit einer somatischen Erkrankung**
 - Das Kind beginnt bereitwillig mit der Mahlzeit, zeigt jedoch zunehmende Anzeichen von Stress im weiteren Verlauf des Fütterns und verweigert schließlich die weitere Nahrungsaufnahme.
 - Es besteht gleichzeitig eine aktuelle medizinische Erkrankung, auf welche der Arzt die Fütterproblematik zurückführen kann.

- Mit der medizinischen Behandlung bessert sich das Fütterproblem, wird jedoch nicht vollständig behoben.
- Das Kind nimmt nicht ausreichend an Gewicht zu oder verliert an Gewicht.
- **606. Posttraumatische Fütterstörung (PTFS)**
 - Die Nahrungsverweigerung folgt auf eine bedeutende aversive Erfahrung oder auf wiederholte Eingriffe im Mund-Rachen-Raum oder Gastrointestinaltrakt, die für eine intensive Stresserfahrung des Kindes verantwortlich sind.
 - Der Beginn der FS ist in jedem Alter möglich.
 - Erinnerungen an das traumatische Ereignis belasten das Kind und zeigen sich in antizipatorischen angstgetönten Reaktionen, z. B. wenn das Kind in die Fütterposition gebracht wird. Die Abwehr steigert sich beim Anblick der Nahrung, und das Kind zeigt großen Widerstand, die in den Mund eingeführte Nahrung zu schlucken. Es vermeidet z. B. jegliche orale oder feste Nahrung, trinkt nur im Schlaf aus der Flasche, oder es trinkt gar nicht aus der Flasche, akzeptiert jedoch die Nahrung vom Löffel.
 - Die Nahrungsverweigerung bedeutet eine akute oder langfristige Bedrohung der Gesundheit des Kindes, seines Ernährungszustands und Wachstums und eine Beeinträchtigung seiner (oralmotorischen) Essentwicklung.

Die Klassifikation der Fütterstörung in der DC:0–3R wird im deutschsprachigen Raum kontrovers diskutiert (Kroll 2011), erfreut sich aber nach einer Reihe von Trainingsworkshops von Chatoor und der Übersetzung ihres Buches ins Deutsche (Chatoor 2012) wegen ihrer klinischen Praktikabilität zunehmender Anwendung und Beliebtheit. Chatoors Beobachtungen beschränken sich allerdings auf ein bestimmtes klinisches Setting, und die vorgeschlagenen Subgruppen, Behandlungsprogramme und -ergebnisse sind empirisch noch nicht ausreichend validiert (Bryant-Waugh u. Lask 2008; von Hofacker et al. 2007; von Gontard 2010).

Fütterstörung im frühen Kindesalter nach ICD-10 (F98.2) (Dilling et al. 2010)

Laut der ICD-10 handelt es sich um eine für das frühe Kindesalter spezifische Störung beim Gefüttertwerden mit unterschiedlicher Symptomatik. Die Störung umfasst Nahrungsverweigerung und extrem wählerisches Essverhalten bei

- angemessenem Nahrungsangebot,
- einer einigermaßen kompetenten Betreuungsperson,
- Abwesenheit einer organischen Erkrankung.

Die Fütterstörung kann auch von Rumination begleitet sein. Weil geringere Schwierigkeiten beim Essen im frühen Kindesalter recht verbreitet sind, sollte eine Störung nur dann diagnostiziert werden, wenn

- ihr Ausmaß deutlich außerhalb des Normbereichs liegt,
- das Essproblem qualitativ abnorm ist oder
- das Kind nicht zunimmt bzw. über einen Zeitraum von mindestens einem Monat an Gewicht verliert.

Auszuschließen sind

- Umstände, bei denen das Kind von anderen Erwachsenen als den gewöhnlichen Betreuungspersonen problemlos Nahrung annimmt,
- organische Krankheiten, die die Nahrungsverweigerung hinreichend erklären,
- umfassendere psychiatrische Störungen,
- Fütterschwierigkeiten im Kontext von Betreuungsfehlern,
- Fütterprobleme bei Neugeborenen.

Die Definition nach ICD-10 weist vielfältige Mängel und Ungenauigkeiten auf, z. B. stellt sich die Frage, wie genau eine »einigermaßen kompetente Bezugsperson« zu definieren ist. Ein Teil der Probleme dieser Definition wurde im DSM-5 vermieden, z. B. der kategorische Ausschluss einer organischen oder psychiatrischen Erkrankung, auch muss im DSM-5 nicht eine Gedeihstörung vorliegen, es reicht eine

»bedeutsame Einschränkung psychosozialer Funktionen«. Zu hoffen ist, dass die ICD-11 die im DSM-5 aufgestellten Kriterien noch weiterentwickelt und differenziert.

Fütterstörung im Säuglings- und Kleinkindalter nach DSM-5 (APA 2013)

In das DSM-5 wurden im Kapitel »Essstörungen« auch frühkindliche und kindliche Fütter- und Essstörungen unter der Kategorie 307.59 als sog. »restriktiv-vermeidende Fütter- und Essstörung« aufgenommen. Voraussetzung ist allerdings, dass die Fütter- und Essstörung nicht Teil einer andernorts klassifizierbaren medizinischen oder psychiatrischen Erkrankung ist. Ist dies der Fall, muss die primäre Diagnose klassifiziert werden, es sei denn, die Fütterstörung ist so schwer, dass sie eigenständig und spezifisch neben der Primärdiagnose zu behandeln ist (s. unten). Die restriktiv-vermeidende Fütter- und Essstörung wird folgendermaßen definiert:

- A. Der Nahrungs- und/oder Energiebedarf ist nicht ausreichend gesichert, wobei eins oder mehrere der folgenden Kriterien erfüllt sind:
 - signifikante Gewichtsabnahme (bzw. mangelhaftes Gewichts- oder Längenwachstum),
 - signifikanter Mangel an notwendigen Nahrungsstoffen,
 - Sondenernährung,
 - bedeutsame Einschränkung psychosozialer Funktionen.
- B. Es gibt keinen Hinweis darauf, dass mangelnde Verfügbarkeit von Nahrung oder assoziierte kulturell sanktionierte Bräuche die Störung ausreichend erklären.
- C. Tritt nicht ausschließlich in Zusammenhang mit Anorexie oder Bulimie auf, keine Körperschemastörung.
- D. Bei Assoziation mit medizinischen oder psychiatrischen Begleiterkrankungen muss die Störung schwer genug sein, um eigenständig behandlungsbedürftig zu sein.

Unter Kriterium A ist explizit erwähnt, dass bereits eines der vier aufgeführten Kriterien für die Diagnose ausreicht und damit auch eine »bedeutsame Einschränkung psychosozialer Funktionen« allein, also ohne begleitende Gedeihstörung, die Kriterien erfüllt. Dies ist ein entscheidender Fortschritt gegenüber der ICD-10. Der Begriff »restriktiv-vermeidende Fütter- und Essstörung« zielt auf drei wesentliche Untergruppen von Fütter- und Essstörungen ab, die sowohl in der DC:0–3R für das Säuglings- und Kleinkindalter als auch von der englischen Arbeitsgruppe um Rachel Bryant-Waugh (Bryant-Waugh et al. 2010) für das Kindesalter sehr ähnlich, wenn auch unter unterschiedlichen Termini beschrieben wurden. Während die eine Subgruppe Kinder umfasst, die zu wenig essen (»infantile Anorexie«/DC:0–3R, »restriktive Essstörung«/Bryant-Waugh et al. 2010), bezieht sich eine weitere Subgruppe auf Kinder, die zwar genügend, aber hoch selektiv essen (»sensorische Nahrungsverweigerung«/DC:0–3R, »selektive Essstörung«/Bryant-Waugh et al. 2010), während eine dritte Untergruppe aufgrund aversiver Erfahrungen eine konditionierte, angstgetönte Abwehr entwickelt (»posttraumatische Fütterstörung«/DC:0–3R, »konditionierte Dysphagie«/Bryant-Waugh et al. 2010). Alle drei Subgruppen sind im DSM-5 unter der Gruppe »Restriktiv-vermeidende Fütter- und Essstörung« zusammengefasst. Obwohl eine detaillierte Differenzierung in Subgruppen wie im DC:0–3R (Zero To Three 2005) nicht erfolgt, erwähnt das DSM-5 unter »Diagnostische Kriterien« sowie unter »Entwicklung und Verlauf« explizit auch kleine Säuglinge, die nach DC:0–3R der sog. »Fütterstörung mit Beeinträchtigung der homöostatischen Regulation« entsprechen, sowie Säuglinge, die der »Fütterstörung mit Beeinträchtigung der Eltern-Säuglings-Reziprozität« entsprechen. Mit Ausnahme der Fütterstörung bei medizinischen Grunderkrankungen, die gemäß DSM-5-Kriterien andernorts zu klassifizieren ist, sind damit in die Kategorie 307.59 alle fünf Fütterstörungen der Klassifikation DC:0–3R in das DSM-5 eingegangen.

Da das Füttern junger Kinder ein »fundamental beziehungsorientierter und multisystemischer Prozess« ist, schlagen Davies et al. (2006) Kriterien einer »Fütterstörung zwischen Eltern und Kind«

vor, die die gesamte Komplexität der Fütterstörung von Beginn an umfasst. Eine multiaxiale Diagnostik sollte dementsprechend kindliche Komponenten (medizinische, entwicklungs- und verhaltensorientierte Charakteristiken), elterliche Anteile, die Eltern-Kind-Beziehung und den sozialen und ernährungsbezogenen Kontext des Fütterns gleichermaßen beschreiben.

5.5.2 Diagnostische Schritte im Fütterkontext

Die Diagnostik erfolgt leitlinienorientiert (von Hofacker et al. 2007; s. auch von Hofacker 2009) mit

- einer störungsspezifischen Anamnese der Symptomatik, jeweils bezogen auf
 - das Kind und die Eltern,
 - die Interaktion und Beziehung,
 - die Familie/das kindliche Umfeld;
- einer (videogestützten) Verhaltensbeobachtung und Analyse der Fütterinteraktion und weiterer interaktiver Kontexte,
- Verhaltensprotokollen und Tagebüchern (z. B. Schrei-, Fütter-, Schlafprotokollen (vgl. ► Kap. 1)
- symptom-spezifischen Fragebögen, z. B.
 - Fragebogen zum Schreien, Füttern und Schlafen (Groß et al. 2007),
 - Fragebogen zur Ess- und Fütteranamnese (von Hofacker et al. 2002),
 - Anamnesebogen frühkindliche Fütterstörung und Sondenentwöhnung (Wilken u. Jotzo 2009),
- Elternfragebögen
 - zum kindlichen Verhalten (z. B. Child Behaviour Checklist 1½–5; Achenbach u. Rescorla 2000),
 - zum kindlichen Temperament (z. B. Inventar zum kindlichen Temperament/IKT),
 - zu den elterlichen Belastungen (z. B. Elterliches Belastungsinventar/EBI),
- einer strukturierten Einschätzung der Eltern-Kind-Beziehung (z. B. Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale/PIR-GAS im DC:0–3R; Zero To Three 2005).

■ Tab. 5.2 Beurteilung der Fütterinteraktion

Kindliches Verhalten	Elterliches Verhalten	Interaktions- und Beziehungsmerkmale
<ul style="list-style-type: none"> – Stimmungslage – Ess-/Fütterfertigkeiten (Saugaktivität, Kauen, Schlucken) – Zeichen von Interesse an aktiver, selbstständiger Beteiligung – Klarheit kindlicher Signale von Appetit, Hunger, Durst, Sättigung – Hinweis auf sensorische Besonderheiten, selektive Nahrungsverweigerung – Ablenkbarkeit, angstgetönte Abwehr, provokativ-trotzige Verhaltensweisen 	<ul style="list-style-type: none"> – Positionierung von Kind und Bezugsperson – Grundstimmung der Bezugsperson(en) – Strukturierung der Mahlzeit, Klarheit von Beginn und Ende sowie von Grenzen – Responsivität bzgl. kindlicher funktionaler vs. dysfunktionaler Verhaltensweisen – Positive/negative verbale und non-verbale Begleitung und Rückmeldungen an das Kind; Konsistenz der Botschaften – Art und Angemessenheit motivationaler Unterstützung, Ablenkung vs. Kontrolle, Druck, Zwang – Unterstützung kindlicher Autonomie und Selbstregulation bei der Nahrungsaufnahme – Elterliche Modellfunktion 	<ul style="list-style-type: none"> – Gelingende Sequenzen positiver Gegenseitigkeit, erfolgreiches, an kindliche Signale und Bedürfnisse angepasstes Fütterverhalten – Dysfunktionale, nicht angepasste Interaktionsabläufe – Ausmaß an Anspannung, Konflikten, Machtspielen während der Mahlzeit – Hinweis auf inkonsistente Verhaltensweisen auf Paarebene; Paarkonflikte

Um *funktionale und dysfunktionale Muster* aufzufinden und die Eltern möglichst konkret beraten zu können, ist es von besonderer Bedeutung, eine Fütter- und Esssituation zu beobachten und möglichst eine Videoaufzeichnung anzufertigen, die später ressourcenorientiert mit den Eltern besprochen werden kann (s. auch ► Kap. 10). Eine einfache Möglichkeit ist, die Eltern zu bitten, zu Hause eine Fütter- und Esssituation, möglichst am Familientisch, mit Kamera oder Smartphone zu filmen (Homevideo) und mitzubringen. Die Fütter- und Esssituation wird gemäß der Trias kindlicher, elterlicher und interaktioneller Anteile analysiert (Papoušek et al. 2004; von Hofacker et al. 2004; vgl. ■ Tab. 5.2).

Der *Schweregrad* einer Fütterstörung (von Hofacker et al. 2007; Papoušek et al. 2004) bemisst sich an

- der Dauer der Fütterproblematik,
- der Generalisierung und Pervasivität der Regulationsproblematik (z. B. in Verbindung mit exzessivem Schreien, Trotzen und Schlafproblemen),
- der Beeinträchtigung der somatischen (Gedehstörung), mentalen, psychosozialen und

sprachlichen Entwicklung des Kindes und der Bewältigung seiner Entwicklungsaufgaben und

- dem Ausmaß der Belastung der Eltern-Kind-Beziehung.

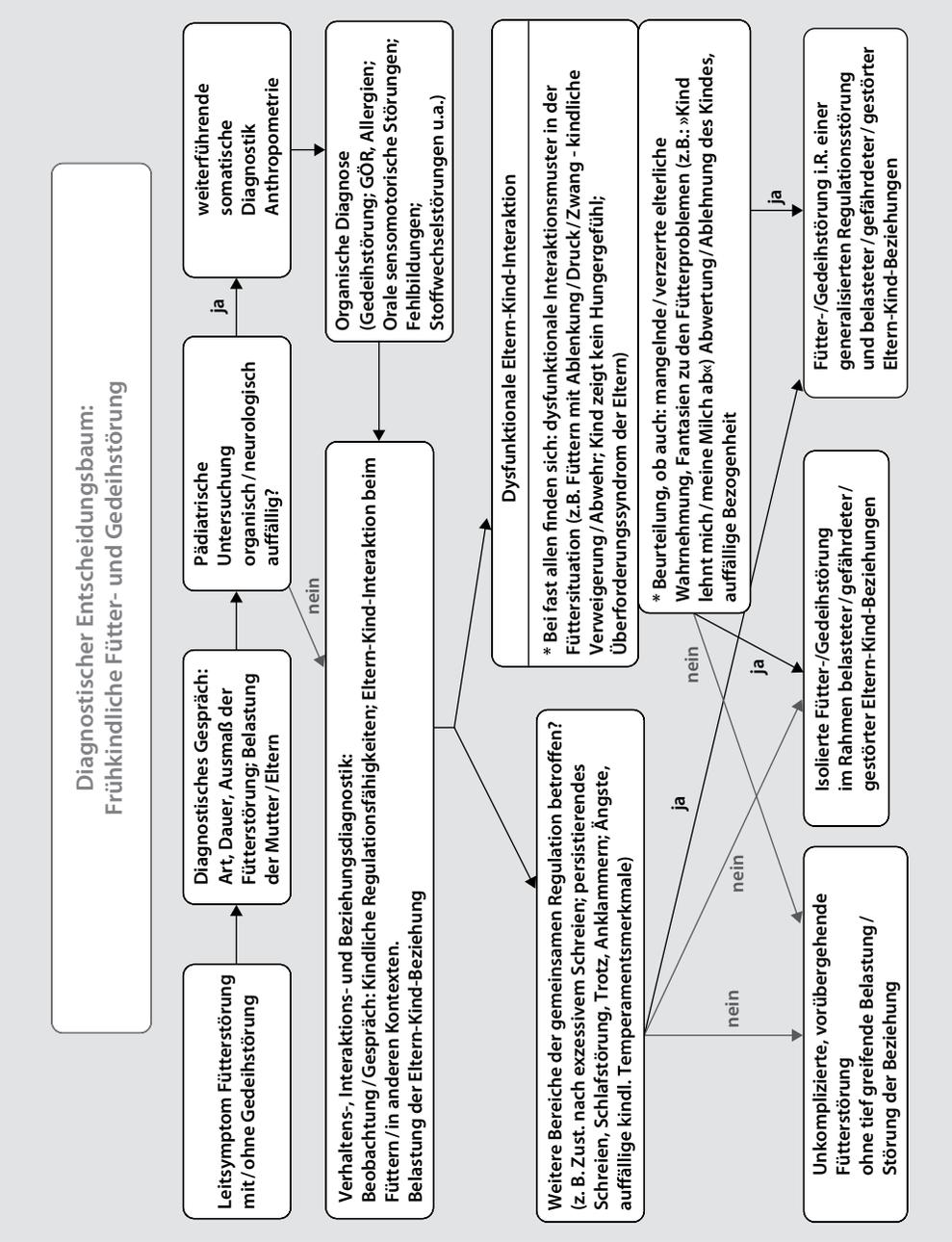
Die ■ Abb. 5.2 fasst die diagnostischen Schritte nochmals in einem »diagnostischen Entscheidungsbaum« zusammen.

5.6 Beratung und Therapie

Eine erfolgreiche Therapie der frühkindlichen Fütterstörung kann nur in einer tragfähigen Beziehung zwischen den Eltern und dem/den Helfer(n) gelingen. Häufig geht einem ersten therapeutischen Kontakt ein langer Weg der Familie durch verschiedene Institutionen voraus, der die Eltern weiter verunsichert und ihre Schuldgefühle vertieft.

Fallbeispiel 1

Eine Mutter eines Säuglings mit Fütterstörung äußert: »Wir waren schon überall, aber die Ärzte haben organisch nichts gefunden. Nun haben sie uns zu Ihnen geschickt und gesagt, das Essproblem



▣ Abb. 5.2 Diagnostischer Entscheidungsbaum (aus Papoušek et al. 2004; mit freundlicher Genehmigung der Autoren und der Stiftung Kindergesundheit)

unseres 18 Monate alten Sohnes sei sicher seelisch bedingt. Da im Alltag meist ich für die Mahlzeiten zuständig bin, habe ich wohl bisher alles falsch gemacht. Ich habe das Gefühl, schuld daran zu sein, dass er nicht isst. Wir wissen nicht mehr weiter!«

Das Beratungs- und Therapiekonzept sollte somatische, entwicklungsorientierte und verhaltensnahe Interventionen ebenso einschließen wie psychodynamische und familiendynamische Aspekte. In einer wertschätzenden Begegnung können sich die Eltern mit ihren Sorgen, aber auch mit ihren Kompetenzen in dem Bemühen um ihr Kind anerkannt und respektiert fühlen. Nur dies ermöglicht es den Eltern, auch ambivalente Gefühle bis hin zu aggressiven Impulsen, die sie ihrem Kind gegenüber manchmal empfinden, zu artikulieren und Vertrauen in die eigenen Kräfte zu entwickeln, die sie als Verbündete im therapeutischen Prozess benötigen.

Oftmals sind mehrere Therapeuten mit einem Kind befasst, z. B. Kinderärzte, Logopäden, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten und Experten für Kinderpsychosomatik. Ein solches Setting kann im voll- oder teilstationären Bereich einer Klinik leichter als im ambulanten Setting zur Verfügung gestellt werden, doch empfehlen wir auch im ambulanten Rahmen den Aufbau regionaler, individueller therapeutischer »Netzwerke« zur Betreuung betroffener Familien. Für den Erfolg einer Behandlung ist die Kooperation aller am Prozess Beteiligten entscheidend. Nur eine reibungslose Zusammenarbeit gewährleistet größtmögliche Sicherheit für das Kind und seine Eltern, die sich sonst schnell unterschiedlichen Sicht- und Handlungsweisen ausgesetzt fühlen.

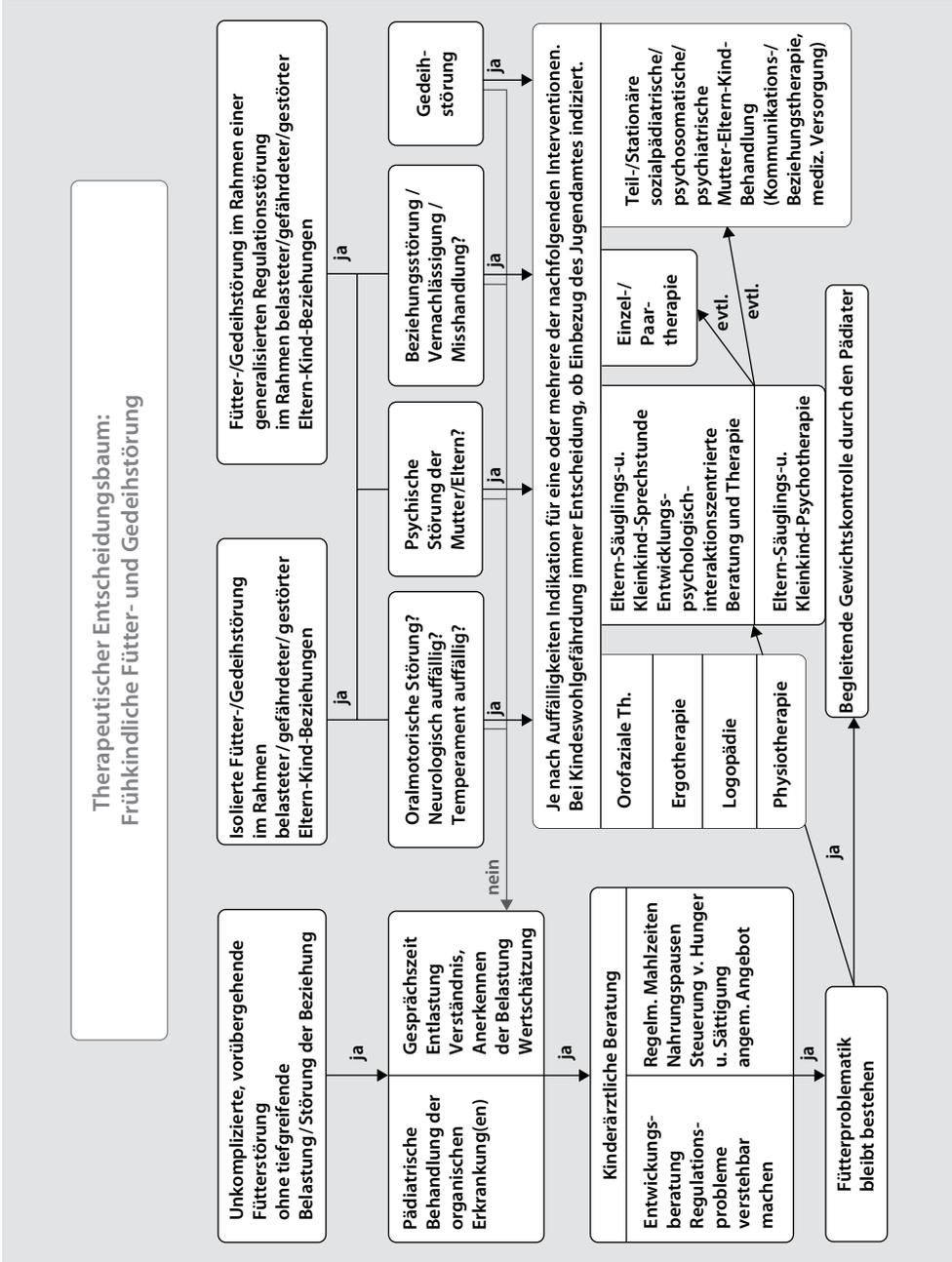
Der »therapeutische Entscheidungsbaum« (vgl. ■ Abb. 5.3; Papoušek et al. 2004) fasst das Vorgehen in der Beratung und Behandlung der Fütterstörung zusammen. Von einer vorübergehenden Krise im Fütterkontext bei ausreichenden kindlichen und elterlichen Ressourcen bis zu schweren Beeinträchtigungen der Beziehung zwischen Eltern und Kind umfasst das therapeutische Spektrum vier Ebenen, die im Folgenden erläutert werden sollen.

5.6.1 Somatische Ebene

Somatische Grund- und Begleiterkrankungen (► Abschn. 5.4.1) müssen ausreichend berücksichtigt und ggf. mitbehandelt werden (vgl. ■ Abb. 5.2 und ■ Abb. 5.3). Die Eltern werden sich nur dann emotional auf den oft belastenden und langwierigen therapeutischen Prozess einlassen können, wenn sie nicht die alleinige Sorge um das körperliche Wohl des Kindes tragen müssen. In diesem Zusammenhang raten wir zur Vorsicht im Umgang mit ambulanten, insbesondere internetbasierten Sondenentwöhnungsprogrammen. Wenn Kinder ausreichend wachsen/gedeihen und sich normal entwickeln, sollten die Eltern von den Ärzten eine Rückversicherung erhalten, dass keine weitergehenden körperlichen Untersuchungen indiziert sind (Bernard-Bonnin 2006). Eine Ernährungsberatung ist insbesondere bei einer stagnierenden Gewichtsentwicklung hilfreich, um die Kalorienaufnahme im Rahmen einer Mahlzeit zumindest vorübergehend zu erhöhen (z. B. durch kalorisches Anreichern der Nahrung oder das Angebot hochkalorischer Zusatznahrung). Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie sind in vielen Fällen unverzichtbar, insbesondere bei der Behandlung eines Kindes mit (oral-)sensorischen und (oral-)motorischen Entwicklungsproblemen. Ein gutes medizinisches Management bedeutet jedoch nicht immer, dass das Fütterproblem im Anschluss gelöst ist (Bernard-Bonnin 2006; Nelson et al. 1998; Mathisen et al. 1999).

5.6.2 Entwicklungsbezogene Ebene

Die entwicklungspsychologisch orientierte Beratung informiert und berät die Eltern im Hinblick auf die Reifung und Entwicklung des kindlichen Essverhaltens (► Abschn. 5.1) und die Bereitschaft zur Anpassung an neue Ernährungsgewohnheiten, die Bedeutung von Hunger und Sättigung für die Regulation der Nahrungsaufnahme, eine qualitativ und quantitativ altersgerechte Ernährung und das Erkennen und entwicklungsgerechte Beantworten der kindlichen Signale im Fütterkontext. Es wird besprochen, mit welchen entwicklungspsychologischen Themen sich das Kind und seine Eltern



■ Abb. 5.3 Therapeutischer Entscheidungsbaum (modifiziert nach Papoušek et al. 2004; mit freundlicher Genehmigung der Autoren und der Stiftung Kindergesundheit)

gerade auseinandersetzen (z. B. verstärkte Autonomiebestrebungen des Kindes), wie diese Themen in die Fütterthematik eingebettet sind und wie die Eltern sie im Kontext der Mahlzeiten passend berücksichtigen können.

Schließlich werden »Essensregeln« (s. Übersicht im Kasten) eingeführt, die sich am kindlichen Entwicklungsstand orientieren und individuell mit den Eltern abgestimmt werden. Sie verfolgen das Ziel, dem Kind eine durch Hunger und Sättigung gesteuerte eigenständige Regulation der Nahrungsaufnahme zu ermöglichen (von Hofacker et al. 2004).

Essensregeln (nach Papoušek et al. 2004; von Hofacker et al. 2004; Bernand-Bonnin 2006)

- ─ Feste Mahlzeiten in einem regelmäßigen Tagesablauf, möglichst gemeinsam mit anderen Familienmitgliedern (Lernen am Modell, soziale Verstärkung).
- ─ Kein Nahrungsangebot zwischen den Mahlzeiten; Wasser ad libitum, jedoch nicht kurz vor der Mahlzeit.
- ─ Die Eltern bestimmen, wann, wie oft und was das Kind isst.
- ─ Das Kind bestimmt, ob und wie viel es isst.
- ─ Schaffen einer entspannten, angenehmen Atmosphäre während der Mahlzeit.
- ─ Beachtung kindlicher Hunger- und Sättigungssignale: kein Nahrungsangebot ohne kindliches Signal!
- ─ Kleine Portionen anbieten.
- ─ Kein Spiel, keine Ablenkung während der Mahlzeiten.
- ─ Vermeiden von Druck oder Zwang, keine Forcierung der Nahrungsaufnahme.
- ─ Positive Zuwendung bei Interesse am Essen und aktiver Teilnahme; Unterstützen und Verstärken von altersangemessenem, zunehmend selbstständigem Essverhalten.
- ─ Ignorieren von Zeichen kindlicher Vermeidung, Abwehr, Ablenkung; evtl. pausieren während der Mahlzeit, bis das Kind wieder Interesse zeigt.

- ─ Dauer der Mahlzeiten: höchstens 30 Minuten.
- ─ Grenzsetzung nach festgesetzten Regeln bei unangemessenem Essverhalten, z. B. durch Wegräumen des Essens nach 10 bis 15 Minuten, wenn das Kind nur mit der Nahrung spielt, oder Beenden der Mahlzeit, wenn das Kind wütend Essen umherwirft.
- ─ Mund abwischen nur nach Beenden der Mahlzeit.
- ─ Nahrungsmittel sollten nicht als Belohnung oder Geschenk eingesetzt werden.

Geht die Fütterstörung mit weiteren Regulationsproblemen einher (z. B. mit Schlafproblemen), so sollten diese zuerst bzw. mit behandelt werden; häufig lässt sich so auch die Regulation der Nahrungsaufnahme verbessern (von Hofacker et al. 2007). Bei frühen Regulationsstörungen (z. B. in Verbindung mit exzessivem Schreien, erhöhter Irritabilität und chronischer Unruhe; s. auch ► Abschn. 5.4.2) erhalten die Eltern Unterstützung und Anleitung, auf welche Weise sie ihr Baby beruhigen und es in seiner Selbstregulation stärken können (von Hofacker 2009). Die Eltern sollten ihr Kind möglichst bei ersten Hungersignalen in einem wachen und ausgeruhten Zustand und in einer altersangemessenen Position füttern.

Fallbeispiel 2

Ein 4 Monate alter Säugling wird wegen einer ausgeprägten Regulationsstörung mit exzessivem Schreien, ausgeprägter Schlaf-Wach-Regulationsstörung und Fütterproblemen in einer Schreispprechstunde vorgestellt. Der Säugling wache nachts bis zu 10-mal auf, könne nur durch die Flasche beruhigt werden und müsse tags und nachts zur Beruhigung herumgetragen werden. Tagsüber habe er kaum ruhige Wachphasen, besonders stark schreie er, wenn er hungrig sei. Dann trinke er aber nicht selten so hastig, dass er sich verschlucke und in der Folge die Flasche verweigere. Beide Eltern, vor allem die Mutter sind chronisch erschöpft und am Ende ihrer Kräfte.

In der Intervention wird im Rahmen eines hierarchisierten Vorgehens zunächst mit den Eltern erarbeitet, wie die Schlaf-Wach-Regulation des Säuglings verbessert werden kann. Mit ergotherapeutischer Unterstützung werden Wege gefunden (Babyhängematte u. a.), wie sich der Säugling ohne Herumtragen in Schrei- und Unruhephasen beruhigen kann. Insbesondere lernen die Eltern, auf Zeichen der Überreizung und Müdigkeit zu achten. Nachts wird das Nahrungsangebot auf zwei Flaschenmahlzeiten reduziert. Im Verlauf von einer Woche schafft es der Säugling, nachts bis zu 4 Stunden am Stück zu schlafen, auch die Einschlafsituation verbessert sich merklich und verläuft nicht mehr protrahiert über eine Stunde. Durch den besseren und erholsameren Nachtschlaf verbessert sich die Wachregulation tagsüber erheblich, der Säugling hat zunehmend längere aufmerksame und ruhige Wachphasen, in denen die Füttersituation meist recht entspannt abläuft. Nahrungsangebote erfolgen nur noch bei ruhigem Verhaltenszustand und in regelmäßigen Abständen und nicht mehr zur Beruhigung.

Generell sollte auf ruhige und störungsfreie Umgebungsbedingungen bei den Mahlzeiten geachtet werden – dies gilt insbesondere für das Essen mit älteren, leicht ablenkbaren Kindern. Diese sollten zudem dazu angehalten werden, den Tisch nicht vor Beendigung der gemeinsamen Mahlzeit zu verlassen, da sie häufig nur bei ausreichender Mahlzeitendauer genügend essen; der Anreiz, ein neues Spiel zu beginnen, ist meist größer als die Motivation, sich so lange mit dem Thema »Essen« zu beschäftigen, bis eine ausreichende Sättigung erreicht ist (s. auch den Überblick in ► Abschn. 5.5.1, Fütterstörung nach DC 0–3R, »Infantile Anorexie«, sowie Chatoor 2012).

5.6.3 Interaktions- und kommunikationszentrierte Ebene

Die interaktions- und kommunikationszentrierte Beratung möchte die Eltern verstärkt für die Bedürfnisse ihres Kindes sensibilisieren (vgl. ► Kap. 3). Die Eltern werden, meist videogestützt (Thiel-Bonney

2002; vgl. ► Kap. 10), angeleitet und ermutigt, entwicklungsangemessen und kontingent auf die Signale des Kindes zu antworten. Dies geschieht in belasteten Kontexten (z. B. beim Füttern, Zubettbringen, in Grenzsatzungsmomenten), sollte jedoch auch in unbelasteten Interaktionsmomenten (z. B. im Spiel) berücksichtigt werden, um Ressourcen zu erkennen und Eltern in ihrer Kompetenz zu stärken. Dabei verleiht der Therapeut dem Kind eine Stimme und »übersetzt« seine Signale so, dass die Eltern sie besser verstehen und feinfühlig beantworten können (vgl. auch Wilken et al. 2008). Dies geschieht z. B. in Fragen an die Eltern, wie sie ein bestimmtes Zeichen (z. B. von kindlicher Abwehr beim Trinken oder Essen) verstehen, welche möglichen Alternativen es bei der »Interpretation« dieses Signals gibt (z. B. »Ablehnung der Mutter« vs. »Wunsch, etwas selbst zu machen«) und welche Antwort der Eltern die kindliche Selbstregulation und Autonomie unterstützen und somit zu einer Entspannung bei der Mahlzeit beitragen kann. Bei der Arbeit mit Videosequenzen wird den Eltern im Sinne eines kompetenzstärkenden und ressourcenorientierten Vorgehens zunächst eine gelingende Fütterepisode gezeigt und gemeinsam überlegt, warum diese Situation gerade für Eltern und Kind entspannt verläuft. Im Weiteren werden dann eher dysfunktionale Sequenzen betrachtet und erörtert. Gemeinsam wird diskutiert, wie Aspekte des Gelingens auf weitere Füttereisoden übertragen werden können. Der Vater sollte immer in das Gespräch und in die Beobachtung dyadischer und triadischer kommunikativer Momente einbezogen sein.

Die Sorge um die Ernährung eines Kindes mit einer Fütterstörung beherrscht das Alltagsleben der Familie meist vollständig; Zwiegespräch, Spiel und Entspannung sind kaum noch präsent. Der therapeutischen Unterstützung gemeinsamer freudiger Interaktions- und Beziehungsmomente im Spiel kommt daher eine besondere Bedeutung zu.

■ Besonderheiten bei sensorischer Nahrungsverweigerung und posttraumatischer Fütterstörung

Das Nahrungsmittelspektrum ist aufgrund einer sensorischen Überempfindlichkeit mancher Kinder und in Wechselwirkung mit elterlichen Verhaltensweisen oft erheblich eingeschränkt. Die

kindliche Abwehr lässt sich bei einer sensorischen Nahrungsverweigerung und bei posttraumatischen Fütterstörungen durch Hunger allein nicht einfach beseitigen. Im Rahmen einer *systematischen und graduellen Desensibilisierung* wird das Kind bei der sensorischen Nahrungsverweigerung nach einem abgesprochenen Plan schrittweise an neue, ursprünglich abgelehnte Speisen gewöhnt, wobei das Modellverhalten von Eltern und ggf. Geschwistern am Familientisch eine große Rolle spielt.

Fallbeispiel 3

Lukas, ein 1½-jähriger Junge, hatte seit der Einführung von stückiger Kost ab dem Alter von ca. 10 Monaten ein zunehmend wählerisches Essverhalten entwickelt. Zeitweilig habe er noch weiche Nahrung wie Banane oder auch weich gekochtes Gemüse toleriert, inzwischen akzeptiere er nur noch fein pürierte Nahrung und reagiere auf kleinste Stückchen im Essen mit Grimassieren, Ausdruck von Ekel und teilweise auch mit Würgen. Klinische Anamnese und Untersuchung ergaben keine Hinweise auf mundmotorische Probleme. Im Temperamentsfragebogen zeigten sich eine erhöhte Abwehr gegenüber neuen Reizen und Änderungen in den Routinen mit verlängerten Anpassungsphasen sowie eine erhöhte Ängstlichkeit.

Mit den Eltern wurde zunächst, ähnlich wie bei einer Angststörung, eine Hierarchie der abgelehnten Nahrungsmittel aufgestellt. Dann begannen die Eltern, das Nahrungsmittel mit den geringsten aversiven Reaktionen (Banane), welches Lukas auch schon einmal akzeptiert hatte, regelmäßig im Wochenspeiseplan anzubieten. Sie aßen mit Lukas zusammen Banane, motivierten ihn, kleine Mengen auszuprobieren, und gaben ihm entsprechend positive Rückmeldungen, wenn er Bananenstücke in den Mund nahm. Zunächst lehnte Lukas Banane als Zwischenmahlzeit ab, nach einer Nahrungspause wurde sie ihm erneut angeboten und bevorzugte Nahrung erst offeriert, nachdem er ein kleines Stückchen Banane probiert hatte. Nachdem Lukas sich über einen Zeitraum von 2 Wochen an Banane gewöhnt hatte, wurde ihm das nächste Nahrungsmittel in der Nahrungsmittelhierarchie angeboten. Innerhalb von 8 Wochen gelang es so, seine Akzeptanz stückiger Kost deutlich zu verbessern und sein Nahrungsspektrum zu erweitern.

Etwas anders verläuft die Desensibilisierung bei der posttraumatischen Fütterstörung. Hier werden dem Kind häufig (z. B. alle ein bis zwei Stunden) und für kurze Zeit kleine Mengen an Nahrung angeboten, bis an die Schwelle erster angstgetönter Reaktionen und ohne Forcierung der Nahrungsaufnahme (von Hofacker et al. 2007). Aversive Reize oder unangenehme Erfahrungen müssen unbedingt vermieden werden. Kinder dürfen anfangs frei mit Nahrungsmitteln experimentieren (»Spielessen«, Dunitz-Scheer et al. 2001; »Baby-Picknick«, Wilken et al. 2008). Eine Exposition von Nahrung unterschiedlicher Geschmacksrichtungen und Konsistenzen in der Nähe des Kindes außerhalb der Füttersituation (»Herumliegenlassen« von Nahrung) unterstützt die autonome und angstfreie Annäherung des Kindes an Nahrungsmittel im Spiel und den allmählichen Abbau der kindlichen Abwehr.

Wenn jegliche Berührung im Mundbereich zur Ablehnung führt, ist häufig auch eine Desensibilisierung im Mundbereich notwendig. Dann sollte eine Berührung des Kindes zunächst außerhalb der Füttersituation erfolgen, zuerst spielerisch durch Streicheln und leichtes Massieren des Körpers, dann durch die Berührung des Kopfes, der oberen Gesichtshälfte und zuletzt des Mundbereichs (Wangen, Kinn, Lippen) sowohl mit der Hand als auch mit Spielzeug (Wolke 2005). Eine begleitende mundmotorische/orofaziale Therapie, Trainersets zum Zähneputzen, das Greifen nach dem Löffel und das Spiel mit Essutensilien unterstützen die kindliche Exploration und Desensibilisierung. So lernen Säuglinge und Kleinkinder, vielfältige sensorische Reize hungerunabhängig als eine angenehme, nicht bedrohliche Form der Stimulation zu empfinden (s. auch van den Engel-Hoek 2008).

Alternative Verfahren wie das wiederholte Überschreiten der kindlichen Abwehrschwelle im Sinne des »Flooding«, z. B. durch wiederholtes kurzes Berühren der Lippen mit Nahrung trotz kindlicher Abwehr, benötigt große Erfahrung und Sicherheit des Therapeuten, ist noch wenig empirisch abgesichert und aus unserer Sicht angesichts der traumatischen Vorerfahrungen der meisten dieser Kinder ethisch nicht vertretbar (Benoit u. Coolbear 1998; Überblick über verhaltenstherapeutische Methoden: Wolke 2005).

Bei Säuglingen mit akut aufgetretener posttraumatischer Nahrungsverweigerung kann vorübergehend eine *Fütterung im Schlaf* über 2 bis 3 Monate hilfreich sein und die angstbedingte Abwehr im Wachzustand schrittweise »löschen«. Idealerweise erhält das Kind durch die Schlafütterung so viel Nahrung, dass es im Wachzustand nur bis jeweils an die Schwelle angstgetönter Reaktion gefüttert werden muss. Schließlich kann die Nahrungsmenge am Tag langsam wieder gesteigert werden.

Während Kinder mit sensorischer Nahrungsverweigerung in der Regel ausreichend, aber hoch selektiv essen, sind Kinder mit posttraumatischer Fütterstörung häufig zunächst nur mit Sonde zu ernähren. Eine *Sondenentwöhnung* kann unter besonderen Voraussetzungen ambulant durchgeführt werden, erfolgt jedoch meist unter stationären Bedingungen und kann hier nicht ausführlicher dargestellt werden. Dunitz-Scheer et al. (2007) beschreiben eine neue Gruppe von kleinen Patienten, die als »sondendependent« bezeichnet wird. Dies sind Kinder, die als Frühgeborene oder nach chirurgischen Eingriffen meist primär mit einer nasogastri- schen Sonde versorgt und dann sekundär von der Sondenernährung abhängig wurden, da der Übergang zum selbstgesteuerten Essenlernen nicht erfolgte. Bei Sondenversorgung sollten daher immer die erwartete Dauer besprochen und sekundärpräventive Maßnahmen ergriffen werden, um eine Gewöhnung an die Sondenernährung zu verhindern.

5.6.4 Psychodynamisch-beziehungs- zentrierte Ebene: Eltern-Säuglings-/Kleinkind- Psychotherapie

Aufgrund der vitalen Bedeutung der Ernährung und der Sorge um das Gedeihen und Überleben sind die Eltern eines Kindes mit einer Fütterproblematik meist hoch belastet. Bei den sich mehrmals täglich wiederholenden gemeinsamen Mahlzeiten werden tief sitzende elterliche Ängste aktiviert, die nicht selten in eigenen Verlusterfahrungen ihren Hintergrund haben (► Abschn. 5.4.4). Die Eltern fühlen sich zutiefst infrage gestellt und haltlos (Wilken et al. 2008) und benötigen eine tragende therapeutische Beziehung, um sich eigenen Unsicherheiten, Ängsten und Ambivalenzen stellen

zu können, aber auch, um Ressourcen und Stärken bei sich selbst und ihrem Kind zu entdecken. Begleitende psychodynamisch-psychotherapeutische Gespräche sind daher unverzichtbar.

Erfahrungen, Erinnerungen und Fantasien aus der Lebensgeschichte der Eltern können in der Fütterinteraktion (vgl. auch ► Kap. 3), als »Gespenster« aus der elterlichen Vergangenheit auftauchen und auf der wiederkehrenden Bühne der Mahlzeiten »Regie führen« (Jacubeit 2004). Die Eltern sehen dann nicht das »reale« Kind mit seinen Stärken und Schwächen vor sich, sondern wiederholen in der Interaktion mit ihrem Baby Beziehungsmuster aus der Vergangenheit. Dies kann zu einer verzerrten/ abwertenden Wahrnehmung und Fehlinterpretation der kindlichen Signale führen und eine entwicklungsgemäße Unterstützung des Kindes behindern. In diesen Fällen sollte in der elterlichen Biografie auf frühkindliche Vernachlässigung, Trennungs- und Verlusterlebnisse und traumatische Erfahrungen (Gewalt, sexueller Missbrauch) geachtet werden. Bei organischen Erkrankungen oder sensomotorischen Problemen des Kindes benötigen die Eltern ein hohes Maß an Flexibilität und Adaptationsbereitschaft, um das Kind bei der Mahlzeit angemessen zu unterstützen. Sind die Bezugspersonen selbst durch Sorgen um die Gesundheit ihres Kindes (z. B. nach Frühgeburtlichkeit), durch einen schwelenden Paarkonflikt, durch transgenerationale Konflikte (z. B. Abhängigkeits-/Autonomiekonflikte) oder eine eigene psychische Erkrankung belastet, beeinträchtigt dies ihre intuitiven Kompetenzen und überlagert die Interaktion im Fütterkontext (Jacubeit 2004). Die im Kasten beispielhaft zusammengestellten Äußerungen von Eltern stammen aus Beratungskontexten und zeigen einige psychodynamische Aspekte auf, die die Eltern-Kind-Interaktion dysfunktional (mit-)gestalten können.

Psychodynamische Aspekte der Fütterinteraktion

- Angst um Leben, Gedeihen und Wachstum
 - »Mein Kind ist schon in meinem Bauch fast verhungert und kam dann zu früh auf die Welt – und jetzt schaffe ich es immer noch nicht, es ausreichend zu ernähren.«

- Angst vor Verlust
 - »Mein erstes Kind hatte einen Herzfehler und hat nicht getrunken – es starb kurz nach der Geburt. Das werde ich nicht noch einmal zulassen!«
- Kontrolle/Zwang vs. Autonomie
 - »Sie will immer alleine essen – aber das kann sie doch noch gar nicht!«
 - »Ein bisschen Druck muss sein – das ist immer noch besser als die Sonde.«
- Symbiose, Selbstwert, eigene Bedürftigkeit/narzisstische Kränkung
 - »Obwohl ich mich beim Kochen wieder besonders bemüht habe, hat sie *mir* nicht gegessen.«
 - »Wenn meine Tochter schlecht gegessen hat, ist der Tag für mich gelaufen.«
- Paarkonflikte
 - »Mein Mann traut ihr zu, dass sie von alleine genug isst und das Essen selbst regeln kann – er würde sie glatt verhungern lassen!«
 - »Wie beim Essen will meine Frau auch sonst immer sagen, wo's lang geht!«
- Essstörung der Eltern
 - »Ich war früher sehr dünn, und man hat mich zum Essen gezwungen. Heute bin ich übergewichtig und habe kein Gefühl für die Mengen – mein Kind soll nicht so dick werden!« (Adipositas des Vaters)
 - »Wenn sie nicht aufgeessen hat, dann esse ich den Rest und erbreche ihn wieder.« (Bulimie der Mutter)

Bei der Beobachtung des sozialen Miteinanders während der Mahlzeiten offenbaren sich bedeutungsvolle Interaktionsmuster und Konflikte in einer ungewohnten emotionalen Dichte; sie liegen buchstäblich »auf dem Tisch« (von Hofacker et al. 2004). Um zu erkennen, wie das Fütterproblem in die jeweilige Beziehungskonstellation eingebettet ist und welche (psycho-)therapeutische Unterstützung das Kind und seine Familie benötigen, ist die Erweiterung des therapeutischen Blickwinkels von der Dyade über die Triade hin zum komplexen familiären

Beziehungsgefüge von großer Bedeutung und die Beobachtung einer gemeinsamen Mahlzeit im therapeutischen Setting oder mithilfe eines Homevideos unabdingbar.

Fallbeispiel 4

Eine Mutter stellte ihre 1¼-jährige Tochter Clara wegen Essproblemen vor. Die Erhebung der Vorgeschichte ergab eine unauffällige Fütteranamnese bis zum Beginn des selbstständigen Essens ab dem 11. Lebensmonat. Mit zunehmenden Autonomiebedürfnissen Claras wurde die Fütter- und Esssituation dann mehr und mehr konfliktuell. Insbesondere ihr Bedürfnis, mit Essen zu manövrieren, es in die Hand zu nehmen und damit zu experimentieren, war für die Mutter, die zwanghaft um Reinlichkeit bemüht war, kaum auszuhalten. Die Mahlzeiten, bei denen die Mutter versuchte, Claras Explorationsbedürfnis einzugrenzen und sie kontrolliert zu füttern, was diese vehement ablehnte, zogen sich bis zu einer Stunde hin.

Neben der Fütterproblematik bestand eine Schlafproblematik, die die Mutter belastete: Clara und ihre Mutter schliefen in einem Bett, während der Vater im Wohnzimmer schlief. Die Mutter berichtete, selbst bis zum 16. Lebensjahr mit ihrer Mutter in einem Bett geschlafen zu haben, dann mit 17 Jahren mit ihrem ersten Freund im Rahmen ihrer Berufsausbildung rasch von zu Hause ausgezogen zu sein. Heute habe sie nach wie vor eine sehr enge Beziehung zu ihrer Mutter, telefoniere täglich mit ihr. Obwohl sie selbst sich wünsche, dass Clara lerne, im eigenen Bett zu schlafen, und sie wieder mit ihrem Ehemann das Bett teilen wolle, rate ihre Mutter ihr unter Verweis auf die Gefahr, das Kind in seiner Bindungsentwicklung zu beeinträchtigen, dringend davon ab.

Die Intervention zielte zunächst auf eine Bearbeitung des transgenerationalen Autonomie-Abhängigkeits-Konflikts. Die Mutter wurde in ihren eigenen Autonomiebedürfnissen bestärkt. Mit Unterstützung des Vaters lernte Clara im Rahmen einer Schlafintervention rasch, im eigenen Bettchen einzuschlafen und durchzuschlafen. Dieser Erfolg bestärkte die Mutter in ihrem Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, sie grenzte sich nun ihrer eigenen Mutter gegenüber immer klarer ab. Parallel dazu fing sie an, die Autonomiebedürfnisse von

Clara und ihre aktive Beteiligung in der Esssituation positiv zu begleiten, zu unterstützen und zu genießen. In einer eigenen Psychotherapie begann sie, ihre Zwangssymptomatik zu bearbeiten.

Die Essenssituation stellt jedoch nicht nur die »Bühne« für tägliche Kämpfe und Konflikte dar, sondern ist auch ein Raum für Fürsorge und Nähe, für Regulationsprozesse und positive soziale Erfahrungen zwischen Eltern und Kind, für einen freudigen kommunikativen Austausch und für die kindliche Entwicklung von Hand- und Mundmotorik, Explorationsverhalten, Aufmerksamkeitssteuerung und Autonomiestreben. Diesen positiven Erfahrungsraum gilt es mit Eltern und Kind gemeinsam (wieder) zu gewinnen.

5.6.5 Indikationen für die ambulante und die stationäre Behandlung

Die ambulante, entwicklungspsychologisch fundierte und interaktionszentrierte *Beratung* kann durchgeführt werden, wenn

- das körperliche Wohl des Kindes (z. B. das Gedeihen) nicht oder nicht bedrohlich beeinträchtigt ist und keine Hinweise auf traumatische Vorerfahrungen des Kindes vorliegen,
- die Bezugspersonen über (noch) ausreichende psychosoziale Ressourcen verfügen und Zugang zu den eigenen intuitiven Kompetenzen haben,
- die Beziehung zwischen Eltern und Kind keine relevante Beeinträchtigung erfahren hat und keine Gefahr der Kindesvernachlässigung und -misshandlung besteht,
- die kindliche Störung nicht kontextübergreifend ist und seit maximal 3 Monaten besteht (s. auch von Hofacker et al. 2007).

Eine *Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Psychotherapie* ist indiziert (s. auch ■ Abb. 5.2 und von Hofacker et al. 2007), wenn

- die Fütterstörung über 3 Monate hinaus persistiert und sich nach einer entwicklungsorientierten Beratung keine wesentliche Besserung der kindlichen Symptomatik zeigt,

- weitere Interaktionskontexte betroffen sind und/oder längere störungsfreie Phasen in der kindlichen Entwicklung fehlen,
- die Fütterstörung mit dysfunktionalen, maladaptiven Interaktionsmustern und Vernachlässigungs- und Misshandlungsgefährdung einhergeht,
- sich deutliche Belastungen/Störungen in den Eltern-Kind-Beziehungen zeigen, z. B. bei Beobachtung eines feindseligen, aggressiven Umgangs, verzerrter Wahrnehmung der kindlichen Bedürfnisse mit Schuldzuschreibung, Beeinträchtigung der intuitiven elterlichen Kompetenzen und eingeschränktem emotionalem Zugang zum Kind.

Finden sich organische und/oder psychische/psychiatrische Erkrankungen (z. B. schweres Überlastungssyndrom, (postpartale) Depression, Angststörungen, Psychose) der Eltern oder schwerwiegende Paarkonflikte, sollten die Mütter/Väter in eine individuelle, z. B. psychotherapeutische/psychiatrische Behandlung oder in eine Paarberatung/-therapie vermittelt werden.

Zeigt die ambulante Therapie keinen ausreichenden Erfolg, misslingt die Umsetzung interventions- und beziehungsorientierter Interventionen im häuslichen Alltag, besteht eine ausgeprägte organische/konstitutionelle Belastung des Kindes (z. B. bei Frühgeburtlichkeit, organischer Erkrankung, schwerer Gedeihproblematik) und/oder eine schwere Psychopathologie der Eltern, so wird eine *teilstationäre oder stationäre Therapie* mit Aufnahme der Bezugsperson notwendig. Die (teil-)stationäre Aufnahme ermöglicht bei einer unmittelbaren Bedrohung des körperlichen oder seelischen Kindeswohls, bei schwerwiegender Belastung des psychosozialen Umfelds/sozialer Isolation sowie bei schwerer Interaktions- und Beziehungsstörung und/oder Erschöpfung der Eltern die engmaschige Überwachung und multimodale Therapie in einem interdisziplinären Team. Wie in Spezialambulanzen sollten auch in (Tages-)Kliniken die Fachdisziplinen Pädiatrie (insbesondere Neuropädiatrie und Gastroenterologie), Entwicklungspsychologie, nach Bedarf Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie und die Eltern-Säuglings-/

Kleinkind-Psychotherapie verfügbar sein. Die Mütter/Eltern können die Kontrolle der Kalorienzufuhr und des Gesundheitszustands an den Kinderarzt delegieren und erleben dies häufig als wesentliche Entlastung. Das therapeutische Team sollte besonders geschult sein, um die Mütter und Väter in ihrer hohen emotionalen Anspannung ruhig begleiten und stützen zu können und Eltern und Kind einen Entwicklungsraum für die Erfahrung von Selbstwirksamkeit, Autonomie und Kompetenz bereitzustellen. Schwere Gedeihstörungen, ausgeprägte posttraumatische Fütterstörungen und die Sondenentwöhnung werden meist unter stationären Bedingungen behandelt.

■ Eine Fallgeschichte

»Wenn das so weitergeht, dann gehen wir alle noch daran kaputt! Sein Verhalten beim Essen treibt uns noch in den Wahnsinn!« Voller Anspannung, Angst und Ärger berichten die Eltern des 2½-jährigen Simon L. von persistierenden Essschwierigkeiten, die bereits seit der Geburt (mit einem normalen Körpergewicht) bestünden.

Simon esse nur sehr wenige, ausgewählte Nahrungsmittel, behalte die Nahrung lange im Mund und »sortiere« sie dort. Was er nicht möge, spucke er wieder aus. »Zornig und aggressiv« wehre er sich gegen Fütterversuche der Eltern. Die Mutter ist stundenlang mit dem Essen beschäftigt, das unter Ablenkung oder Zwang erfolgt. Im verzweifelten Bemühen, »etwas in ihn hineinzubekommen«, laufe sie Simon durch verschiedene Räume hinterher und versuche ihn auf diese Weise »nebenbei« zu füttern.

Vor dem ersten Gesprächstermin in unserer Ambulanz hatte die Kinderärztin den Jungen zur Abklärung der Gedeihproblematik in die Kinderklinik überwiesen und den Eltern mitgeteilt, ihr Sohn befinde sich in einem bedrohlichen körperlichen Zustand und müsse »sofort über eine Sonde ernährt werden«. Sein Körpergewicht lag knapp unter der 3. Perzentile. Der Arzt der Klinik nahm jedoch zunächst Kontakt mit uns auf, da er bezüglich der Sondierung Zweifel hatte und befürchtete, diese Maßnahme könnte Simon »den letzten Rest seines Interesses am Essen nehmen«.

Die Eltern berichten *anamnestisch*, die Schwangerschaft mit Simon sei nach einer ICSI-Behand-

lung eingetreten. Schon in den ersten beiden Lebenswochen habe Simon schlecht getrunken. Aus Angst um sein Überleben hat Frau L. im 3. Lebensmonat ihres Sohnes begonnen, ihn mit Brei zu füttern, was er jedoch »ebenfalls abgelehnt« habe. Nur mit Mühe habe sie sein Körpergewicht auf der 3. Perzentile halten können. Die Beziehungsaufnahme nach der Geburt sei sehr belastet gewesen, da sie (die Mutter) Simon aufgrund einer Komplikation zwei Tage lang nicht sehen können und ihn dann als »fremd« erlebt habe. Zudem habe er vom 3. Lebenstag an »Schreiattacken« gezeigt – nur selten hätten sie entspannte und freudige Momente im Alltag mit ihrem Baby genießen können. Erst im 2. Lebenshalbjahr sei das Schreien und Quengeln des Jungen etwas zurückgegangen.

In der *Untersuchungssituation* präsentiert sich Simon als ein aufgeweckter, fröhlicher und feinsinniger Junge, der während seines wenig zentrierten und durch immer neue Impulse unterbrochenen Spiels den Eltern sehr aufmerksam zuhört und sich mit kurzen Kommentaren zu Wort meldet. Er findet einen Joghurt und beginnt diesen eigeninitiativ zu probieren. Sofort richten beide Eltern ihre Aufmerksamkeit vollständig auf Simon – unter ihren kontrollierenden und dysfunktionalen Versuchen, ihn beim Essen zu »unterstützen«, verliert er sofort das Interesse.

Zum zweiten Termin bringen die Eltern ein *Homevideo* mit, in welchem Simon zunächst unauffällig und mit Freude seine Mittagsmahlzeit isst. Bei eintretender Sättigung und nachlassendem Interesse am Essen greift die Mutter mit kontrollierenden Fütterversuchen ein. Simon schiebt schließlich wütend den Teller von sich und will den Tisch verlassen – es beginnt ein eskalierender Machtkampf.

In einer zweiten Sequenz sitzen Vater, Mutter und die Großmutter mütterlicherseits am Tisch und konzentrieren alle Aufmerksamkeit auf Simon. Nur kurze, heftige Aufforderungen vonseiten der Mutter, Simon solle endlich mit dem Essen beginnen, unterbrechen die hoch angespannte Stille am Tisch. Dabei entziehen Mutter und Großmutter Simon mehrfach den Teller, da das Essen nun kalt geworden sei und wieder erwärmt werden müsse. Schließlich führen intrusive Fütterversuche zu einem massiven Abwehrverhalten des Jungen, der das Essen schnell komplett verweigert.

Die Füttersituation gestaltet sich als ein Machtkampf zwischen Eltern und Kind, in dessen Verlauf heftige Affekte von Enttäuschung, Ohnmacht und Wut auftreten. Häufig ist auch die Großmutter beim Essen anwesend; sie bewohnt eine eigene, nicht abgeschlossene Wohnung im Haus der Familie.

In der Therapiesitzung wird die Mutter schnell laut und verbietend, während sich der Vater eher gewährend und zurückhaltend zeigt. Die elterliche Kommunikation befasst sich fast ausschließlich mit dem kindlichen Essverhalten; nahezu stündlich fragt der Vater von seinem Arbeitsplatz aus zu Hause an, was und wie viel Simon gegessen habe.

Unter *psychodynamischen Aspekten* relevant ist, dass Simons Mutter frühe depressive Stimmungen und eine deutliche Selbstwertproblematik beschreibt. Während der Adoleszenz habe sie nach einer Phase des Übergewichts eine Anorexie entwickelt, die inzwischen überwunden sei. Bis heute habe sie »immer für alle in der Familie gesorgt, jedoch nie genügt«. Nun erlebe sie sich als ungenügende Mutter und fühle sich besonders im Essenskontext von ihrem Sohn abgelehnt. Ihr Selbstvertrauen orientiert Frau L. intensiv am Verhalten ihres Sohnes, was zu einem ausgeprägt kontrollierenden Beziehungsmodus und einer Parentifizierung des Jungen führt: Immer wieder muss Simon der Mutter auf deren Aufforderung hin und in Übernahme der Verantwortung für ihr seelisches Wohlbefinden bestätigen: »Mama ist die Beste!«

Aus seinen biografischen Vorerfahrungen nachvollziehbar, versucht der Vater sich eher aus Konflikten herauszuhalten und erscheint im konkreten Alltagsgeschehen nur wenig präsent.

Die *Paardynamik* zeigt sich verdeckt konflikthaft: Die Eltern neigen dazu, Konflikte jenseits des Fütterkontextes zu verleugnen. Offenkundig werden Konflikte primär über Interaktionen mit Simon ausgetragen, in denen er bei Spannungen Verantwortung übernimmt und die Eltern über ritualisierte Handlungen wieder vereint.

Familiendynamisch wird eine massive Autonomie- und Abgrenzungsproblematik in Bezug auf die Großmutter und innerhalb des Paares erkennbar. Simon entzieht sich der elterlichen Grenzsetzung, indem er »einfach zur Oma hochgeht«. Es besteht eine hohe Ambivalenz bei Frau L., die sich einerseits wünscht, Simon möge auf sie »hören« und

mit Freude essen, ihn jedoch andererseits dafür bewundert, dass er sich mit Willensstärke und seinem »Nein!« durchsetzt, was ihr selbst nie gelungen ist.

Therapieverlauf In einem wechselnden Beratungssetting (Eltern/Kind; Großmutter/Mutter/Kind; Mutter alleine) fanden sechs Sitzungen statt. Zunächst war es wichtig, *Informationen* zu anstehenden kindlichen Autonomieschritten zu vermitteln, Simons Stärken und schöne Momente im Alltag mit ihm für die Eltern erfahrbar zu machen und mit ihnen zu vereinbaren, intrusive Fütterinteraktionen zu vermeiden. Simon durfte außerhalb der Mahlzeiten mit Essbarem selbstständig experimentieren und beim Zubereiten der Mahlzeiten helfen. Währenddessen begann er, verschiedene Nahrungsmittel zu probieren. Es gelang, den Vater intensiver in den Alltag zu involvieren und gemeinsame Mahlzeiten (unter Einführung der »Essensregeln«, ► Abschn. 5.6.2) in der Familie zu gestalten, bei denen die Eltern Simon mehr Freiraum zugestanden. Im *Spiel* konnte der Junge zunehmend initiativ werden; unter Anleitung nahmen die Eltern ihre Kontrolle langsam zurück und unterstützten Simon mit begleitender Sprache. Der Vater zeigte sich in der Folgezeit emotional weniger starr und wirkte im Kontakt freudiger und »lebendiger«. Vater und Sohn genossen anregende und körperorientierte »Papa-Spiele«.

Unter Einbezug der gesamten Familie in die Behandlung gab es nun Absprachen, wann sich Simon bei der Großmutter aufhalten konnte und wie sich die Erwachsenen in Grenzsetzungssituationen verhalten wollten. Frau L. übernahm mehr Verantwortung. Zu ihrer Überraschung zeigte sich ihre Mutter einsichtig und bereit, die Familie zu unterstützen. In dieser positiven Atmosphäre gelangen Autonomieschritte von Frau L. gegenüber ihrer Mutter. So gestärkt, konnte sie nun auch die entwicklungsgerechten Autonomiebestrebungen ihres Sohnes adäquat unterstützen und ihm in Konfliktsituationen passend begegnen. Mit der Beobachtung, dass Simon als pffiger, lebensfroher Junge zeigen kann, wann er Hunger hat und wann er satt ist, verloren die Eltern langsam die Sorge um sein Überleben. Die Eltern-Kind-Beziehung zeigte sich gestärkt. Simon interessierte sich für die Mahlzeiten und hatte genügend an Gewicht zugenommen.

Sechs Monate später meldeten sich die Eltern erneut, um über aufgetretene zwanghaft anmutende Verhaltensweisen des Kindes und neue Grenzsatzungskonflikte zu sprechen. Simons Körpergewicht war stabil geblieben; die Essenssituation hatte sich weiter entspannt. Die Eltern berichteten weiterhin über einen guten Gesprächskontakt zwischen ihnen als Paar und gelingende Absprachen mit Simons Großmutter. Die von den Eltern geschilderten Probleme waren nach einer weiteren Therapiesitzung kaum noch vorhanden, und die Eltern fühlten sich im Umgang mit Simon nun ausreichend sicher.

Fazit

Fütterstörungen neigen zur Persistenz und bedeuten somit eine Gefahr für die weitere körperliche, geistige und sozial-emotionale Entwicklung des Kindes und für die Beziehungsentwicklung in der Familie. Sie sollten ernst genommen und frühzeitig erkannt und behandelt werden. Unter Berücksichtigung der Symptomtrias von kindlichen und elterlichen Belastungen und interaktionellen Auffälligkeiten dient die Therapie im interdisziplinären Kontext und auf verschiedenen, sich ergänzenden Ebenen auch der Prävention mit dem Ziel, spätere Entwicklungs- und Beziehungsstörungen zu minimieren und Eltern und Kind ein freudiges soziales Miteinander zu ermöglichen.

Literatur

- Achenbach TM, Rescorla LA (2000) CBCL/1,5–5 & C-TRF/1,5–5 Profiles. Research Center for Children, Youth, and Families, Burlington
- American Psychiatric Association (APA) (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. American Psychiatric Publishing, Washington, DC
- Ammaniti M, Ambruzzi AM, Lucarelli L (2004) Malnutrition and dysfunctional mother-child feeding interactions: clinical assessment and research implications. *J Am Coll Nutr* 23(3): 259–271
- Arvedson JC (2008) Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: clinical and instrumental approaches. *Dev Disabil Res Rev* 14: 118–127
- Benoit D (2000) Feeding disorders, failure to thrive, and obesity. In: Zeanah CH (Hrsg) *Handbook of infant mental health*, 2. Aufl. Guilford Press, New York, S 377–391
- Bernard-Bonnin AC (2006) Feeding problems of infants and toddlers. *Can Fam Physician* 52: 1247–1251
- Blissett J, Meyer C (2006) The mediating role of psychopathology in the relationship between unhealthy core beliefs and feeding difficulties in a nonclinical group. *Int J Eat Disord* 39: 763–771
- Blissett J, Meyer C, Farrow C et al (2005) Maternal core beliefs and children's feeding problems. *Int J Eat Disord* 37: 127–134
- Blissett J, Meyer C, Haycraft E (2006) Maternal and paternal controlling feeding practices with male and female children. *Appetite* 47(2): 212–219
- Blissett J, Meyer C, Haycraft E (2007) Maternal mental health and child feeding problems in a non-clinical group. *Eat Behav* 8: 311–318
- Brinich EB, Drotar DD, Brinich PM (1989) Die Bedeutung der Bindungssicherheit vom Kind zur Mutter für die psychische und physische Entwicklung von gedeihsschwachen Kindern. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 38: 70–77
- Bryant-Waugh R, Lask B (2008) Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Rat und Hilfe für Eltern. Huber, Bern
- Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, Walsh BT (2010) Feeding and eating disorders in Childhood. *Int J Eat Disord* 43(2): 98–111
- Burklow KA, Phelps AN, Schultz JR et al (1998) Classifying complex pediatric feeding disorders. *J Ped Gastroenterol Nutr* 27: 143–147
- Chatoor I (2012) Fütterstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern. Klassifikation: Diagnostik und Behandlung. Klett Cotta, Stuttgart
- Chatoor I, Conley C, Dickson L (1988) Food refusal after an incident of cocking: a posttraumatic eating disorder. *J Am Acad Adolesc Psychiatry* 27(1): 105–110
- Chatoor I, Ganiban J, Colin VN, Harmon RJ (1998) Attachment and feeding problems: a reexamination of nonorganic failure to thrive and attachment insecurity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37(11): 1217–1224
- Chatoor I, Ganiban, J, Harrison J, Hirsch R (2001) Observation of feeding in the diagnosis of posttraumatic feeding disorder of infancy. *J Am Acad Adolesc Psychiatry* 40(5): 595–602
- Chatoor I, Surlis J, Ganiban J et al (2004) Failure to thrive and cognitive development in toddlers with infantile anorexia. *Pediatrics* 113(5): 440–447
- Cierpka M (Hrsg) (2012) Frühe Kindheit 0–3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Springer, Heidelberg
- Cooper PJ, Whelan E, Woolgar M et al (2004) Association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: role of the family environment. *Br J Psychiatry* 184: 210–215
- Dahl M (1987) Early feeding problems in an affluent society. III. Follow-up at two years – natural course, health, behaviour and development. *Acta Paediatr Scand* 76(6): 872–880
- Dahl M, Rydell AM, Sundelin C (1994) Children with early refusal to eat: follow-up during primary school. *Acta Paediatr* 83: 54–58

- Dahl M, Sundelin C (1992) Feeding problems in an affluent society. Follow-up at four years of age in children with early refusal to eat. *Acta Paediatr* 81(8): 575–579
- Davies WH, Satter E, Berlin KS et al (2006) Reconceptualizing feeding and feeding disorders in interpersonal context: the case for a relational disorder. *J Fam Psychol* 20(3): 409–417
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (2010) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), 7. Aufl. Huber, Bern
- Drewett RF, Corbett SS, Wright CM (1999) Cognitive and educational attainments at school age of children who failed to thrive in infancy: a population-based study. *J Child Psychol Psychiatr* 40(4): 551–561
- Drewett RF, Kasese-Hara M, Wright C (2002) Feeding behaviour in young children who fail to thrive. *Appetite* 40: 55–60
- Erb L, Thiel-Bonney C, Cierpka M (2014) Zum Zusammenhang von Frühgeburtlichkeit und frühkindlichen Fütterstörungen. *Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* 9: 19–25
- Dunitz-Scheer M, Wilken M, Scheitenberger S et al (2001) Sondenentwöhnung in der frühen Kindheit. *Monatsschr Kinderheilkd* 149: 1348–1359
- Dunitz-Scheer M, Tappauf M, Burmucic K, Scheer P (2007) Frühkindliche Essstörungen. *Kinder sind keine Gefäße!* *Monatsschr Kinderheilkd* 155: 795–803
- Engel-Hoec L van den (2008) Fütterstörungen. Ein Ratgeber für Ess- und Trinkprobleme bei Kleinkindern. Schulz-Kirchner, Idstein
- Farrow C, Blissett J (2006a) Does maternal control during feeding moderate early infant weight gain? *Pediatrics* 118: 293–298
- Farrow C, Blissett J (2006b) Maternal cognitions, psychopathologic symptoms, and infant temperament as predictors of early infant feeding problems: a longitudinal study. *Int J Eat Disord* 39: 128–134
- Farrow C, Blissett J (2008) Controlling feeding practices. Cause or consequence of early child weight? *Pediatrics* 121: 164–169
- Fergusson DM, Horwood LJ, Shannon FT (1985) Relationship between family life events, maternal depression and child rearing problems. *Pediatrics* 73: 773–788
- Forsyth BWC, Canny PF (1991) Perceptions of vulnerability 3½ years after problems of feeding and crying behavior in early infancy. *Pediatrics* 88: 757–763
- Gontard A von (2010) Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie. Ein Lehrbuch. Kohlhammer, Stuttgart
- GPGE (2007) Leitlinien der Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung: Gedeihstörung. AWMF Online: ► http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/068-002_S1_Gedeihstoerung_04-2007_04-2011.pdf. Zugegriffen: 26. September 2014
- Groß S, Reck C, Thiel-Bonney C, Cierpka M (2007) Fragebogen zum Schreien, Füttern und Schlafen. Unveröffentlichtes Manuskript, Universitätsklinikum Heidelberg
- Hagedull B, Bohlin G, Rydell AM (1997) Maternal sensitivity, infant temperament, and the development of early feeding problems. *Infant Ment Health J* 18(1): 92–106
- Hawdon JM, Beauregard N, Slattery J, Kennedy G (2000) Identification of neonates at risk of developing feeding problems in infancy. *Dev Med Child Neurol* 42: 235–239
- Haycraft E, Blissett J (2008) Controlling feeding practices and psychopathology in a non-clinical sample of mothers and fathers. *Eat Behav* 9: 484–492
- Hofacker N von (2009) Frühkindliche Fütterstörungen. Neuere Entwicklungen und ihre Relevanz für die Praxis. *Monatsschr Kinderheilkd* 157: 567–573
- Hofacker N von (2014) Fütter- und Essstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. In: Rosenecker J (Hrsg) *Pädiatrische Differenzialdiagnostik*. Springer, Berlin, S 287–291
- Hofacker N von, Tortorella S, Sobanski P (2002) Fragebogen zur Ess- und Fütteranamnese. Klinikum München Harlaching, unveröffentlicht
- Hofacker N von, Papoušek M, Wurmser H (2004) Fütter- und Gedeihstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. In: Papoušek M, Schieche M, Wurmser H (Hrsg) *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Huber, Bern, S 171–199
- Hofacker N von, Lehmkuhl U, Resch F et al (2007) Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. In: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Hrsg) *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. AWMF Online: ► <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/028-028.htm>
- Jacobi C, Agras WS, Bryson S, Hammer LD (2003) Behavioral validation, precursors, and concomitants of picky eating in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42(1): 76–84
- Jacubeit T (2004) »Gespenster am Esstisch«. Psychodynamische Aspekte in der Behandlung von Fütterstörungen. In: Papoušek M, Schieche M, Wurmser H (Hrsg) *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Huber, Bern, S 263–280
- Koletzko B, Armbruster M, Bauer CP, Bös K, Cierpka M, Crème RM, Dieminger B, Flothkötter M, Graf C, Heindl I, Hellmers C, Kersting M, Krawinkel M, Plöger A, Przyrembel H, Reichert-Garschhammer E, Schäfer T, Wahn U, Vetter K, Wabitsch M, Weißenborn A, Wiegand S (2013) Ernährung und Bewegung im Kleinkindalter. Handlungsempfehlungen des Netzwerks »Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie«, ein Projekt von IN FORM. *Monatsschr Kinderheilkd* 161: 1187–1200
- Kotler LA, Cohen P, Davies M et al (2001) Longitudinal relationship between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40(12): 1434–1440
- Kries R von, Kalies H, Papoušek M (2006) Excessive crying beyond 3 months may herald other features of multiple regulatory problems. *Arch Pediatr Adolesc Med* 160: 508–511

- Jacobi C, Stewart AW, Hammer L (2001) Predicting children's reported eating disturbances at 8 years of age. *J Am Acad of Child Adolesc Psychiatry* 40: 364–372
- Kroll M (2011) Interdisziplinäre Eltern-Kind-Behandlung von schweren komplexen Fütterstörungen. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 60(6): 452–465
- Lindberg L, Bohlin G, Hagekull B, Palmérus K (1996) Interactions between mothers and infants showing food refusal. *Infant Ment Health J* 17(4): 334–347
- Lindberg L, Ostberg M, Isacson IM, Danneus M (2006) Feeding disorders related to nutrition. *Acta Paediatr* 95(4): 425–429
- Marchi M, Cohen P (1990) Early childhood eating behaviours and adolescent eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29 (1): 112–117
- Mathisen B, Skuse D, Wolke D, Reilly S (1989) Oral-motor dysfunction and failure to thrive among inner-city infants. *Dev Med Child Neurol* 31: 293–302
- Mathisen B, Worrall L, Masel J, et al (1999) Feeding problems in infants with gastro-oesophageal reflux disease: a controlled study. *J Paediatr Child Health* 35: 163–169
- McDermott BM, Mamun A, Najman J et al (2008) Preschool children perceived by mothers as irregular eaters: physical and psychosocial predictors from a birth cohort study. *J Dev Behav Pediatr* 29: 197–205
- Micali N, Simonoff E, Treasure J (2009) Infant feeding and weight in the first year of life in babies of women with eating disorders. *J Pediatr* 154: 55–60
- Miller-Loncar C, Bigsby R, High P et al (2004) Infant colic and feeding difficulties. *Arch Dis Child* 89: 908–912
- Nelson SP, Chen EH, Syniar GM et al (1998) One-year follow-up of symptoms of gastroesophageal reflux during infancy. *Pediatrics* 102(6): e67
- Papoušek M (2002). Störungen des Säuglingsalters. In: Esser G (Hrsg) *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Thieme, Stuttgart, S 80–100
- Papoušek M, Rothenburg S, Cierpka M, Hofacker N von (2004) Regulationsstörungen der frühen Kindheit. CD-basierte Fortbildung. Stiftung Kinder-gesundheit: ► <http://www.kindergesundheit.de/angebot-fortbildung.html>. Zugriffen: 26. September 2014
- Reba-Harrelson L, VonHolle A, Hamer RM et al (2010) Patterns of maternal feeding and child eating associated with eating disorders in the Norwegian mother child cohort study (Moba). *Eat Behav* 11(1): 54–61
- Rommel N, De Meyer AM, Feenstra L, Veereman-Wauters G (2003) The complexity of feeding problems in 700 infants and young children presenting to a tertiary care institution. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 37(1): 75–84
- Scaglioni S, Salvioni M, Galimberti C (2008) Influence of parental attitudes in the development of children eating behaviour. *Br J Nutr* 99(Suppl 1): 22–25
- Sollid CP, Wisborg K, Hjort J, Secher NJ (2004) Eating disorder that was diagnosed before pregnancy and pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol* 190(1): 206–210
- Stein A, Woolley H, Cooper SD, Fairburn CG (1994). An observational study of mothers with eating disorders and their infants. *J Child Psychol Psychiatr* 35(4): 733–748
- Stein A, Woolley H, McPherson K (1999) Conflict between mothers with eating disorders and their infants during mealtimes. *Br J Psychiatry* 175: 455–461
- Stern D (1998) Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Thiel-Bonney C (2002) Beratung von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Videogestützte Verhaltensbeobachtung und Videomikroanalyse als Interventionsmöglichkeit. *Psychotherapeut* 47: 381–384
- Thiel-Bonney C (2006) Deskriptive Daten aus dem Elternfragebogen der interdisziplinären Spezialambulanz für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, Universitätsklinikum Heidelberg, unveröffentlicht
- Unlü G, Aras S, Eminağaoğlu N et al (2008) Developmental characteristics of children aged 1–6 years with food refusal. *Public Health Nurs* 25(1): 2–9
- Ward MJ, Lee SS, Lipper EG (2000) Failure-to-thrive is associated with disorganized infant-mother attachment and unresolved maternal attachment. *Infant Ment Health J* 21(6): 428–442
- Wilken M, Jotzo M (2009) Anamnesebogen frühkindliche Fütterstörung und Sondenentwöhnung (AFS). Pädiatrisches Dysphagiezentrum, Darmstadt, unveröffentlicht
- Wilken M, Jotzo M, Dunitz-Scheer M (2008) Therapie frühkindlicher Fütterstörungen. In: Borke J, Eickhorst A (Hrsg) *Systemische Entwicklungsberatung in der frühen Kindheit*. Facultas, Wien, S 189–208
- Wolke D (2005) Fütter- und Essstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. In: Schlottke P, Silbereisen RK, Schneider S, Lauth GW (Hrsg) *Störungen im Kindes- und Jugendalter – Grundlagen und Störungen im Entwicklungsverlauf*. Hogrefe, Göttingen, S 381–417
- Wolke D, Skuse D, Mathisen B (1990) Behavioural style in failure-to-thrive infants: a preliminary communication. *J Pediatr Psychol* 15(2): 237–254
- Wolke D, Schmid G, Schreier A, Meyer R (2009) Crying and feeding problems in infancy and cognitive outcome in preschool children born at risk: a prospective population study. *J Dev Behav Pediatr* 30(3): 226–238
- Wright CM, Parkinson KN, Drewett RF (2006) The influence of maternal socioeconomic and emotional factors on infant weight gain and weight faltering (failure to thrive): data from a prospective birth cohort. *Arch Dis Child* 91: 312–317
- Wright CM, Parkinson KN, Shipton D, Drewett RF (2007) How do toddler eating problems relate to their eating behaviour, food preferences, and growth. *Pediatrics* 120(4): 1069–1075
- Zero To Three (2005) *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: revised edition (DC:0–3R)*. Zero To Three Press, Washington, DC