

WORKSHOP I
Herzlich Willkommen



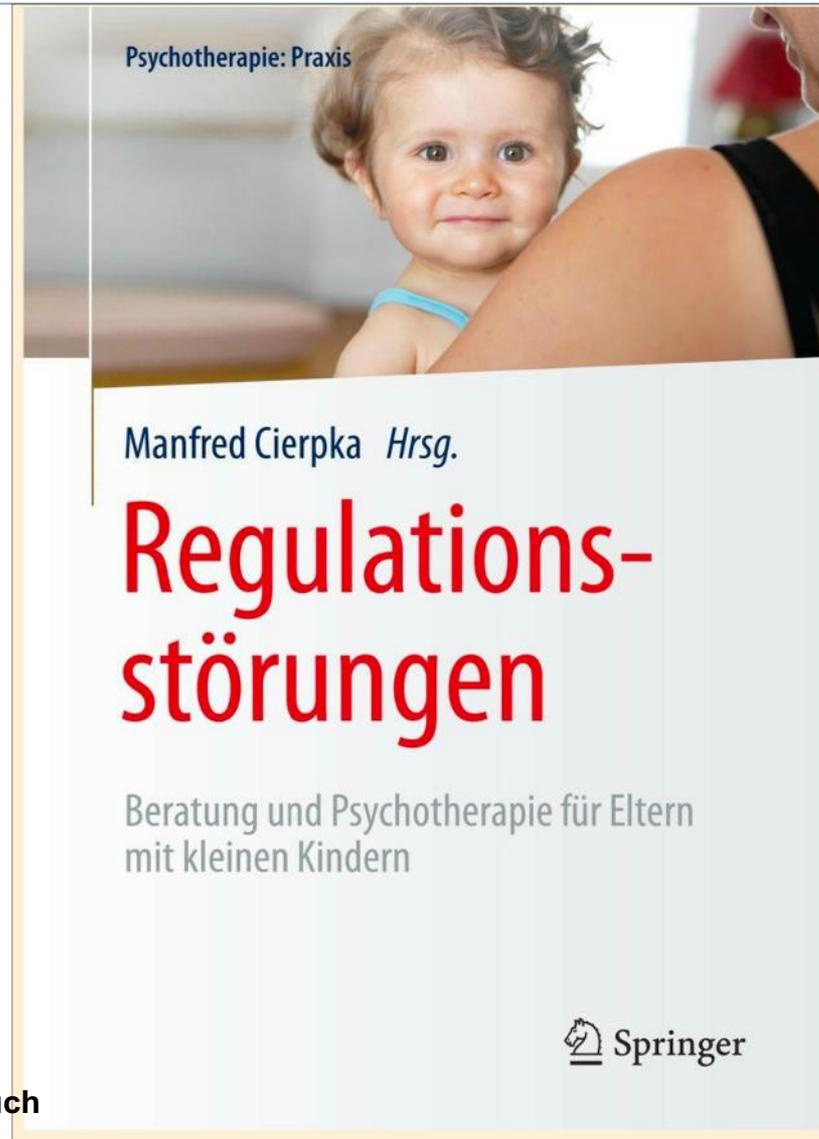
Regulationsstörungen im Säuglingsalter



CC BY-SA 2.0, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=639618>

Manfred Cierpka (Hrsg.). (2015). Regulationsstörungen
Psychotherapie: Praxis 10.1007. Springer-Verlag Berlin
Heidelberg

Manfred Cierpka (2015). Regulationsstörungen: Beratung und
Psychotherapie für Eltern mit kleinen Kindern (Psychotherapie:
Praxis). Springer Berlin Heidelberg. Kindle-Version.



diverse Grafiken aus diesem Buch

als Begriff....

meint (in erster Linie und jenseits von Krankheit), die **Störung der Regulation:**

- In der Passung (Anpassung)
- In der Bewältigung der frühen Entwicklungsaufgaben

Regulationsstörungen sind insofern:

Selbstregulationsstörung

Störungen der neuronalen Passung in der Interaktion mit der Umwelt

Inadäquate Umwelтанforderungen oder Umweltbedingungen

Papoušek (2008)

Oberbegriff/Sammelbegriff

der wertneutral sein sollte

der weder das Kind noch die Eltern stigmatisiert

der nicht vorschnell zu einer klinischen Diagnose führt

die Interaktion Kind-Eltern betrifft

zu einer Kommunikationsstörung in der Kind-Eltern-Beziehung
führt

Frühkindliche Regulations- und Beziehungsstörung

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Unter **Regulationsstörung** wird eine für das Alter bzw. den Entwicklungsstand des Säuglings bzw. Kleinkindes außergewöhnliche Schwierigkeit verstanden, sein Verhalten in einem, häufig aber in mehreren Interaktions- und regulativen Kontexten (Selbstberuhigung, Schreien, Schlafen, Füttern, Zwiegespräch und Spiel, kurze Trennung, Grenzsetzung u. a.) angemessen zu regulieren. Regulationsstörungen äußern sich in alters- und entwicklungsphasentypischen kindlichen Symptomen [...] und bestehen typischerweise aus einer Kombination von gestörter Regulation des kindlichen Verhaltens, assoziierten elterlichen physischen und psychischen Belastungen sowie belasteten oder gestörten Interaktionen zwischen dem Säugling/Kleinkind und seinen primären Bezugspersonen (Symptomtrias). Regulationsstörungen können in spezifischen Beziehungskonstellationen mit bestimmten Bezugspersonen auftreten, mit anderen Bezugspersonen dagegen nicht. (Von Hofacker et al., 2007, S. 358)

Körperliche Erkrankungen des Kindes muss an erster Stelle ärztlich abgeklärt werden

Fütter- und Gedeihstörungen → Schluckreflex, physische
Entwicklung des Speiseröhren-, Magen- und Darmtraktes

Überregulierende Säuglinge (Schreibabys,
Schlafrythmusstörungen) → **Kopfgelenk-**
induzierte **Symmetrie-Störung** (KISS-Syndrom), andere
mögliche (schmerzmachende) Erkrankungen

Psychosoziale Belastung der Familie

„Kind in Not“

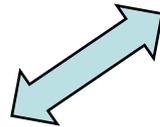
Psychische und körperliche Vernachlässigung
(Deprivationssyndrom/Hospitalismus)

Gewalt ...

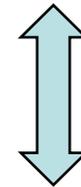
Schütteln des Kindes (Schütteltrauma)

Meist aber (60-80%) betrifft es Kinder (Familien), bei denen nicht
zwangsläufig derart massive Defizite und Notlagen vorliegen
(soziale Schichten übergreifend)

**Selbstregulationsstörung
des kindlichen Verhaltens
psychophysisches Gleichgewicht**



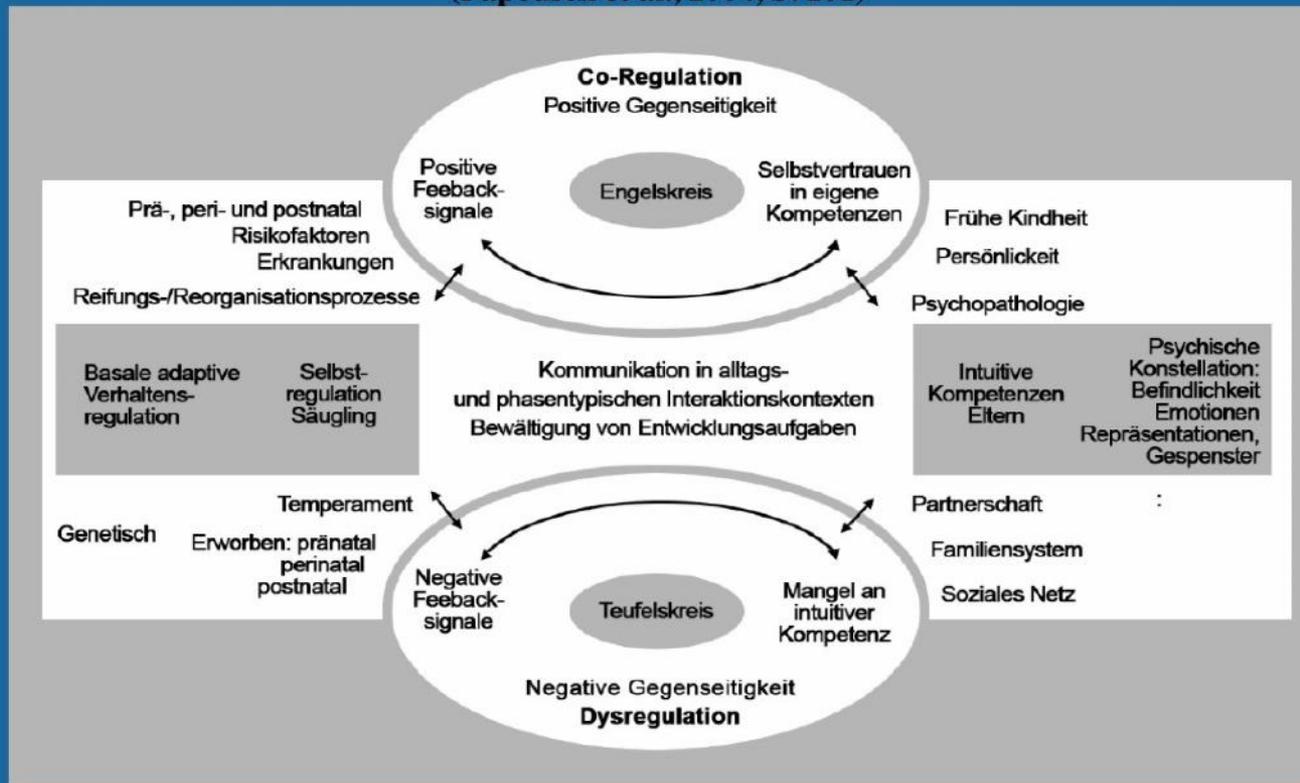
**Assoziierte psychische
und physische Belastung
der Eltern**



**Belastete und gestörte Interaktion
Zwischen Säugling und Kleinkind
und den primären Bezugspersonen**

Entwicklungsdynamisches, kommunikationszentriertes Modell zur Genese frühkindlicher Regulations- und Beziehungsstörungen

(Papoušek et al., 2004, S. 101)



a) präpartale Faktoren:

Mutter/Eltern:

- Stressbelastung der Mutter
- Ängste der Mutter
- Schwangerschaftsdepression
- Partnerschaftskonflikte
- Unerwünschte Schwangerschaft

Kind:

- Infertilitätsbehandlung
- Alter der Mutter
- Mehrlingsschwangerschaft
- Substanzabusus (Drogen, Alkohol, Nikotin)

b) peripartale Faktoren:

Mutter / Eltern:

- traumatisch erlebte Geburt
- frühe Trennung von Mutter und Neugeborenem

Kind:

- Früh-oder Mangelgeburt
- Geburtskomplikationen

c) postpartale Faktoren:

Mutter/Eltern:

- anhaltende Paarkonflikte
- psychische Störungen der Eltern
- soziale Isolation
- Traumen
- finanzielle Belastung
- unerfahrene (junge) Eltern
- beziehungsabhängige Eltern (Großelternmaßstab)
- ängstliche Eltern

Kind:

- neurologische Auffälligkeiten
- Entwicklungsstörungen
- Hospitalisationen

Säuglingsalter

Exzessives Schreien

Ein- und Durchschlafstörungen (Schlafrythmusstörungen oder zirkadiane Störungen)

Fütterstörungen (in Folge Gedeihstörungen)

Persistierende (anhaltende) Unruhe

Relativ umschriebene „Störungsbereiche“ auch bzgl. der Ursachen

Die unter dem Begriff „Regulationsstörung“ zusammengefassten Störungen weisen im Hinblick auf Entstehungsbedingungen, Risikobelastung, Verlauf und Prognose erhebliche Gemeinsamkeiten auf. Sie treten in Abhängigkeit von den Entwicklungsphasen oft nacheinander, häufig aber auch zeitgleich und manchmal mit einer hohen Persistenz bis ins Kleinkind- oder Vorschulalter auf (Papoušek 2004). Auch hinsichtlich des Schweregrads reichen alle frühkindlichen Regulationsstörungen von Krisen in einem isolierten Bereich (z. B. Einschlafschwierigkeiten am Abend) bis hin zu persistierenden Störungen, die mehrere oder gar alle Bereiche der Regulationsentwicklung betreffen.

Konzept
der
frühkindlichen Regulationsstörung
(„Misfit“ Kind-Umwelt-Störung)

Exzessives Schreien

Schwerpunkt: Interaktionsstörung (60% der Schreibabys)

Im Grunde ist das Schreien des Babys ein elementares Signal an die Umwelt (Stress)

Ungerichteter physiologischer Erregungszustand (Hinweis an die Umwelt zu Bedürfnissen des Kindes)

Jeder 5. Säugling quengelt und schreit „über das Maß hinaus“:

Kriterien für „Schreibabys“

Mehr als 3 Stunden am Tag an mindestens 3 Tagen die Woche über 3 Wochen hinweg
(3er-Regel nach Wessel – 1954)

Definition des exzessiven Schreiens (von Hofacker et al. 2007)

- Episoden von Unruhe/Quengeln und scheinbar grundlosem, anfallsartigem Schreien
- Fehlendes Ansprechen auf Beruhigungshilfen
- Beginn meist in der 2. Lebenswoche, Höhepunkt der Intensität und Häufigkeit in der 6. Lebenswoche, abfallend bis zum Ende des 3. Lebensmonats; zeitweise Persistenz bis in den 6. Lebensmonat
- Gehäuftes Auftreten in den frühen Abendstunden
- Beeinträchtigte Schlaf-Wach-Regulation, kumulative Überreizung/Übermüdung bei bestehender Unfähigkeit „abzuschalten“; ausgeprägte Einschlafprobleme, kurze Tagesschlafphasen und verminderter Gesamtschlaf

Trigger für frühe Misshandlungen (Lee et al. 2007)

Misshandlungsrisiko bei exzessivem Schreien (5,6 %, anonyme Befragung N=3300) bei Kindern unter 6 Monaten

Schlagen, Ersticken und Schütteln

Schütteltrauma-Syndrom (mit und ohne Todesfolge bei Säuglingen im ersten Lj.) bei 88.5 % von 26 Fällen hatten sich Eltern im Vorfeld hilflos an Spezialisten gewandt

Unstillbares Schreien → akute Stressreaktion der Eltern →
tiefgreifende Erschöpfung und Überlastung/Schlafdefizit

→ **Inadäquate Kommunikation mit dem Kind**

Hohe Verunsicherung bezüglich der eigenen Kompetenzen

Versagen, Selbstzweifel, Isolation, Partnerstreit

Eltern fühlen sich vom Kind zurückgewiesen (eigene
Projektion), Pflegebemühungen werden nicht belohnt,
eigene Bedürfnisse werden vernachlässigt

25% der Mütter mit „Scheibabys“ klinisch relevante Depression
als Folge dieser Situation

Organische Faktoren

Freeman et al. 2009: 5-7% der Schreibabys hatten organische Erkrankung

Infektionen

Gastrointestinale Störungen

Atopie (Hautirritationen)

Neuropädiatrische Erkrankungen

Andere Prä-/perinatale Einflussfaktoren

(Sondergaard, 2001)

Nikotinexposition: 2-fach erhöhtes Risiko bei Rauchen in der Schwangerschaft

Niedriges Geburtsgewicht < 2500 g: 2-fach erhöhtes Risiko

pränatale organische Erkrankungen führten bei 73% zum exzessiven Schreien

Vorzeitige Wehen und Anwendung von Wehenhemmern

Tokolyse: künstliche Hemmung der Wehentätigkeit

Schlaf-Wach-Organisation (Zirkadiane Störungen, Ziegler, 2004)

Säuglinge mit exzessivem Schreien gem. Wessel-Regel schliefen zur Kontrollgruppe im Schnitt mind. 90 Minuten weniger

Sie benötigten ca. 20 Minuten länger zum Einschlafen bis mehrere Stunden und waren nachts häufiger wach

Physiologisches Erklärungsmodell (Jenni, 2009)

Es wird kein kompensatorisch wirkender homöostatischer Schlafdruck „produziert“

Zirkadiane Wachheit mit Gipfel um ca. 18 Uhr

Störung des endorphinabhängigen Belohnungssystems

Eine Gabe von wenigen Tropfen Zuckerlösung führte bei 6 Wochen alten unruhigen Säuglingen zur Beruhigungseffekten

Bei Schreibabys trat dieser Effekt nicht auf

→ Endorphines Belohnungs- und Beruhigungssystem zeigt verminderte Reaktion: nur kurze Beruhigung

Responsivitätsschwelle

Barr (1998) weist auf eine „transient erhöhte Responsivität“ des exzessiv schreienden Säuglings hin: Seine Antwortbereitschaft (Responsivität) und Erregbarkeit (Reaktivität) durch Umweltreize sind erhöht, die Selbstregulationsfähigkeit ist jedoch vermindert, und der vermehrt unruhige Säugling benötigt mehr Zeit, um sich zu beruhigen und zu erholen.

Ursache Temperament - Katamnese (Langzeitstudien)

Mangelnde Anpassungsfähigkeit und Hartnäckigkeit im älteren Alter

Daten dazu jedoch kaum repräsentativ

Anhaltender Stress und abnorme Ängste der Kindesmutter in der Schwangerschaft

Bereits Pränatal:

Unbewältigte Paarkonflikte

Depressionen der Mütter und Väter

Hoffnungslosigkeit

Kritische Lebensereignisse

**Gestresste Mütter
Stressregulationsstörung
Pränatales Gedächtnis**

Pränataler Stress kann die körperliche und konstitutionelle Entwicklung des Feten über die stressinduzierte Aktivierung des autonomen Nervensystems und der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-(HPA-)Achse beeinträchtigen (Kinsella u. Monk 2009) und die emotionalen Ressourcen der Eltern und den Zugang zu ihren intuitiven Kompetenzen in der Interaktion mit ihrem neugeborenen Kind mindern. In einer klinischen Population (Ziegler et al. 2004) waren 64 Prozent der Probanden von pränatalen psychosozialen Risiken betroffen. Ein Review von Studien zur Vorhersage des kindlichen

Konzept
der
frühkindlichen Regulationsstörung
(„Misfit“ Kind-Umwelt-Störung)

Fütterstörung

Entwicklung der Essfertigkeit

- Biologisches Grundbedürfnis mit vielfältigen insbesondere physiologischen (organischen Voraussetzungen)
- Physiologische Signalisierung von Hunger und Sättigung **vom Körper (somatisch) und vom Kind (interaktiv)**
- **Stillen als interaktiver Akt (emotionale und Stressregulation, Stress in diesem Fall einfach Hunger)**
- **EntAufg.: Trink-/Nahrungsmenge selbst zu regulieren**

Sensibles Fenster (Papousek) 4.-8. Monat

Geschmacksrichtungen und Nahrungskonsistenz (Löffelnahrung)

Selbstständiges Essen (motorisch koordinative Fähigkeiten)

Tab. 5.1 Frühkindliche Entwicklungsaufgaben im Kontext der Fütterung und Nahrungsaufnahme

Alter	Nahrung	Entwicklungs- und Anpassungsaufgabe
1. Trimenon 3 Monate	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

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 ko-regulatorischen elterlichen Unterstützung,
- elterliches Überforderungssyndrom mit Belastung oder Störung der Eltern-Kind-Beziehung .

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.

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).

Verzögerung der somatischen Entwicklung

Auffälligkeiten in der motorischen und psycho-sozialen Entwicklung

Der Begriff Gedeihstörung bezieht sich nicht auf ein eigenständiges Krankheitsbild sondern auf eine Symptomatik, der unterschiedliche Krankheitsbilder zugrunde liegen.

Die pathogenetischen Faktoren dieser Krankheitsbilder sind:

Unzureichende Nahrungsaufnahme

Mangelnde Digestion und Resorption von Nährstoffen
(Malabsorption)

Gesteigerter Energieumsatz

Man unterscheidet organische und nichtorganische Ursachen der Gedeihstörung

Nichtorganischen (psychosozialen) Ursachen häufiger bei ungünstigen sozioökonomischen Verhältnissen

Unter den organischen Ursachen, zu denen auch eine Reihe chronischer, pulmonaler, renaler, kardialer, infektiöser, endokriner, neurologischer, onkologischer, metabolischer oder syndromatischer Krankheiten gehören, dominieren gastrointestinal- und ernährungsbedingte Erkrankungen

Es gibt also mehr Ursachen als die Fütterstörung

Säuglinge und Kleinkinder zeigen **unklare Signale** von Hunger und Sättigung (Eltern erkennen den Zustand nicht oder nur begrenzt) (Lindberg et al. 1996)

Kinder: spucken Nahrung aus, drehen den Kopf weg, verweigern passiv, wehren sich beim Füttern, sind ablenkbar

Jacobi et al. 2003: angstgetönte Abwehr bei der Berührung im Gesicht, Mund oder Rachbereich → später dann nur wenn sie die Flasche den Teller erblicken

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).

Emotionaler Druck der Eltern →

- schnelles Nachfüttern
- Druck, Zwang
- in der Familie dreht sich alles um das Thema Essen
- Freudiger Austausch der Eltern oder mit dem Kind reduziert sich

- Keine positive Rückmeldung an das Kind
- Spielangebote beim Essen, als Ablenkungsmanöver gedacht, konditionieren das Kind

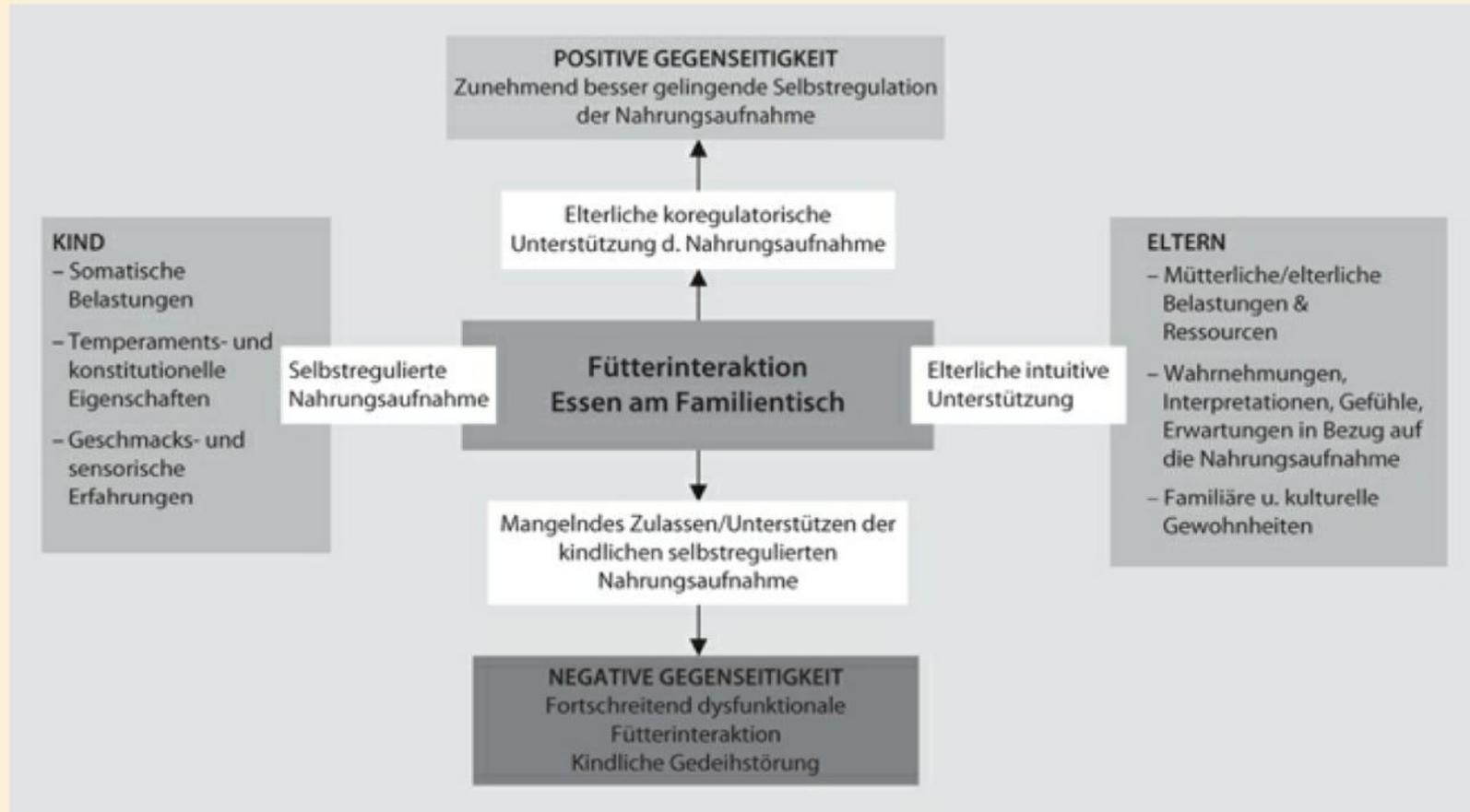


Abb. 5.1 Modell einer interaktions- und beziehungs-fokussierten Ätiologie frühkindlicher Fütterstörungen (aus von Hofacker 2009)

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).

... Auch exzessives Schreien

sind eine Disposition für eine Störung der Bindungsentwicklung (als Folge der Regulationsstörungen)

Unsichere Bindungsorganisationen (ambivalent oder vermeidend) aufgrund der **mangelnden Feinfühligkeit**

(.... angemessen, prompt und konsistent zu antworten)

Gesteigertes Entwicklungsrisiko

Vorübergehende Fütterstörungen sind nicht unüblich

1/3 im 1. Lj. (Forsyth&Canny, 1991)

Leichte bis mittelschwere 25% im 1. Lj. (Fergusson et al., 1985)

Schwere Fütterstörungen bei 3-12 %

Gedeihstörungen 3-7%

Kinder mit Entwicklungsstörungen zeigen 35-80%
Fütterstörungen (Burklow et al., 1998)

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

In der Entstehungsgeschichte von Fütter- und Gedeihstörungen finden sich gehäuft traumatische Erfahrungen des Kindes im Gesichts-Mund-Rachen- 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 „post-traumatische Fütterstörung“.

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).

Auch psychosoziale mütterliche und elterliche Belastungen vor und nach der Geburt wie Depressionen, 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).

DC 0-3 (Zero To Three 2005)

- *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. Lebenmonat, 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 oral-motorischen und sprachlichen Entwicklung auf.
- Meist besteht keine Gedeihstörung.

Diese Fütterstörung entspricht der „vermeidenden“ Subgruppe in der DSM-5-Kategorie „restriktiv-vermeidende Fütter- und Essstörung“.

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.

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 nonverbale 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

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.

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 Grenzsetzungsmomenten), 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 Fütterepisoden übertragen werden können. Der Vater sollte immer in das Gespräch und in die Beobachtung dyadischer und triadischer kommunikativer Momente einbezogen sein.

Strukturelle Anforderungen an das Hilfssystem

1. !!! Organische Abklärung

Niedrigschwellige Hilfen

ambulante Hilfen (Beratung)

Elternbildung

Höher Schwellige Hilfen

Schreiambulanz

Für „ältere Kinder“ mit Ängsten, Trotz, Aggression ist eine fachliche (Psychologen, Ärzte) Abklärung notwendig, da die Ursachen vielfältiger sein können

die Interaktion - das Verhalten der Eltern

das Belastungserleben der Eltern (Schuld, Angst, Versagen, Aggression, Ablehnung des Kindes)

Eltern stärken!

keine Vorwürfe und Fehlerunterstellung

„schnelles“ Reagieren: öffnen für die Bereitschaft sich in professionelle Hilfe zu begeben, kein Ausdruck von Schwäche (Vorbehalte)

Lernprogramm Baby-Lesen

Übungsfilme mit Begleitbuch für die Beratung von Eltern

Ute Ziegenhain
Sigrid Gebauer
Birgit Ziesel
Anne Katrin Künster
Jörg M. Fegert

2. aktualisierte Auflage



Baby-Lesen

Die Signale des Säuglings sehen und verstehen

Bärbel Derksen
Susanne Lohmann

2., aktualisierte Auflage



Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit und ihre Geduld

Skript:

www.psychotherapie-hofmann.com

Infothek