

Klassifikation und Diagnostik von frühkindlichen Fütter- und Essstörungen

Von Dipl. Psych. Susanne Hommel

Probleme wie wählerisches Essverhalten, mangelnde Akzeptanz altersangemessener Nahrungsmittel hinsichtlich Geschmack, Textur und Konsistenz, Probleme bei der Einführung von Löffelkost und fester Nahrung sowie Nahrungsverweigerung sind die häufigsten Gründe, warum Eltern kinderärztliche Beratung suchen. Da Säuglinge und Kleinkinder im Alter von 0 bis 5 Jahren sich noch nicht selbstständig ernähren können, werden Probleme beim Füttern und Essen im Hinblick auf den dyadischen Aspekt der Nahrungsaufnahme zwischen dem Kind und seiner Bezugsperson als Fütterstörungen bezeichnet. Bei Fütterstörungen im frühen Kindesalter, um deren Definition, Klassifikation und Diagnostik es im Folgenden geht, handelt es sich um eine für dieses Alter spezifische Form der Essstörung, die sich in der Phase des Gefüttert-Werdens und des Erlernens des selbstständigen Essens manifestiert.

Im Rahmen des Konzepts frühkindlicher Störungen der Verhaltensregulation können Fütterstörungen in den ersten Lebensjahren auch mit Störungen anderer Regulationsbereiche wie der affektiven Regulation, der Schlaf-Wach-Regulation und der Integration von Lernerfahrungen einhergehen. Ebenso wie bei anderen Regulationsstörungen zeigt sich auch bei Fütterstörungen eine typische Symptomtrias aus kindlichen Schwierigkeiten der Verhaltensregulation bei der Nahrungsaufnahme, dysfunktionalen Fütterinteraktionsmustern und elterlichen Überlastungssyndromen beziehungsweise Anpassungsstörungen, wie die diagnostischen Erfahrungen der

Münchener Sprechstunde für Schreibabys und deren Daten belegen (1, 2). Wegen der intensiven Entwicklungs- und Reifungsprozesse im frühen Kindesalter sind regulative Beeinträchtigungen des Säuglings und Kleinkindes noch nicht als manifeste, geschweige denn isolierte kindliche Psychopathologie zu bewerten (3). Vielmehr kann man hier von einer Psychopathologie der frühen Eltern-Kind-Beziehung sprechen – mit den diagnostischen und therapeutischen Konsequenzen, die sich aus solch einer psychosomatischen Sichtweise ergeben. Fütterstörungen sind in ihrem Erscheinungsbild – je nach Alter des Kindes, Fütterungsweise der Eltern, Art und

Menge der angebotenen Nahrung, somatischen Vorbelastungen des Kindes und weiteren Entstehungsbedingungen – sehr vielgestaltig und schliessen ein breites Spektrum von einfachen, vorübergehenden Verhaltensproblemen beim Essen bis zu vollständiger Nahrungsverweigerung mit eventuell lebensbedrohlichen Gedeihstörungen mit ein (4). Es handelt sich häufig um schwere Störungen mit der Tendenz zur Persistenz, die ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung späterer Essstörungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter beinhalten. Im Folgenden werden die vorliegenden Klassifikationssysteme für frühkindliche Fütter- und Essstörungen dargestellt, die Grundzüge der Diagnostik beschrieben und Ansätze für die Therapie daraus abgeleitet.

Klassifikation von Fütterstörungen

Überblick über die Klassifikation von Fütterstörungen

Die Klassifikation von Fütterstörungen hat inzwischen eine relativ lange Geschichte, allerdings gibt es nach wie vor keine allgemein akzeptierten und ausreichend validierten Klassifikationssysteme. Untersuchungen zu Fütterstörungen sind durch methodische Schwierigkeiten limitiert, wie unscharfe und fragwürdige Definitionen sowie subjektive Einschätzungen von Diagnose und Schweregrad der Fütterstörungen, die häufig vor allem auf den Berichten der Eltern basieren (5, 6). Dadurch fällt es schwer, die vorhandenen Studien miteinander zu vergleichen. Dies wird zusätzlich durch die Vielzahl physiologischer und psychosozialer kindlicher Faktoren erschwert, die an der

Entwicklung von ungestörtem Fütter- und Essverhalten beteiligt sind, und durch die Komplexität und Wechselwirkung kindlicher und elterlicher Charakteristika, die für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Fütterstörungen verantwortlich gemacht werden.

Die in der Literatur über lange Zeit verfolgte Unterscheidung in organische und nicht-organische Gedeihstörungen erwies sich wegen des hohen Anteils gemischter Störungen (z.B. mit neuromotorischen Auffälligkeiten) als nicht sinnvoll (7). Zudem unterscheiden sich auch die Art der Fütterprobleme und die Fütterinteraktion bei organischen und nicht-organischen Gedeihstörungen nicht wesentlich, da in beiden Gruppen 50 Prozent der Mütter Interaktionsauffälligkeiten zeigen (8). Infolgedessen werden Fütterstörungen als primär von Wachstumsverzögerungen und Gedeihstörungen unabhängiges Störungsbild definiert (9). Eventuell assoziierte Gedeihstörungen sollten allein durch Wachstumsparameter definiert und beschrieben werden (10).

Aktuell orientieren sich Definition, Klassifikation und Diagnostik von frühkindlichen Fütterstörungen an verschiedenen Klassifikationssystemen, die für unterschiedliche Altersgruppen entworfen wurden. Dementsprechend gibt es neben einigen zentralen Übereinstimmungen erhebliche Unterschiede, die häufig für Unklarheit sorgen.

Der Begriff Fütterstörung ist nach DSM-IV und ICD-10 auf das frühe Kindesalter, also die Altersgruppe von 0 bis 5 Jahren begrenzt. Der Beginn der Störung liegt laut Definition vor dem 6. Lebensjahr.

Die Klassifikation nach DC:0-3R (Diagnostic Classification of Infant Mental Health and Development Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised Edition; [11]) ist für die Altersgruppe bis zu 3 Jahren definiert, wird aber von der Vielzahl der an der Überarbeitung beteiligten Kollegen bis ins 5. Lebensjahr benutzt. Die für die Forschung definierten diagnostischen Kriterien für das Vorschulalter RDC-PA (Research Diagnostic Criteria Preschool Age; [12]) werden bis zum 7. Lebensjahr benutzt (13).

Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10

In der 10. Fassung der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 der WHO (14, 15) finden sich in der Kategorie *Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* zwei Diagnosen, die Störungen der Nahrungsaufnahme beschreiben:

◉ *Fütterstörung im frühen Kindesalter ICD-10 F98.2*, die *Rumination* (gezieltes Hochwürgen von Nahrung) einschließt

◉ *Pica im Kindesalter* (Essen von nicht essbaren Substanzen) *ICD-10 F98.3*.

Obwohl Letzteres im Kleinkindalter recht häufig ist, ist die *Pica* als isoliert auftretende Störung selten. Meist ist dieses Essverhalten mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen assoziiert und steht im Zusammenhang mit psychosozialen Risikofaktoren, Deprivation und Trennungserfahrungen (16). Die ICD-10 unterscheidet nicht zwischen Fütter- und Essstörungen, sondern bezeichnet auch Essstörungen des Kleinkind- und Vorschulalters global als Fütterstörungen.

Die klassischen Essstörungen nach ICD-10 wie *Anorexia nervosa ICD-10 F50.0*

und *Bulimia nervosa ICD-10 F50.2* treten im Vorschulalter noch nicht auf (17) und sind daher in dieser Altersgruppe nicht erwähnt. Atypische Essstörungen (siehe DSM-IV) werden im ICD-10 nicht adäquat abgebildet.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV

In der 4. Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV (18, 19) sind drei verschiedene Diagnosen unter *Fütter- und Essstörungen im Säuglings- oder Kleinkindalter* aufgeführt:

◉ *Pica DSM-IV 307.52*

◉ *Rumination DSM-IV 307.53*

◉ *Fütterstörung des frühen Kindesalters DSM-IV 307.59*.

Die im DSM-IV definierte Gruppe der nicht näher bezeichneten Essstörungen (*Eating Disorders Not Otherwise Specified EDNOS*) scheint für die Altersgruppe von 0 bis 5 Jahren nicht relevant, da die einzige der relativ früh einsetzenden Störungen, die *Binge Eating Disorder DSM-IV 307.50*, erst ab dem Alter von 6 Jahren beschrieben ist (17).

Die in den Klassifikationen DSM-IV und ICD-10 erwähnten Leitsymptome von

Tabelle 1:
Diagnostische Kriterien nach ICD-10 und DSM-IV

ICD-10 F 98.2

Fütterstörung im frühen Kindesalter

Diagnostische Kriterien

- Ständiges Unvermögen adäquat zu essen, kontinuierlich mangelnde Nahrungsaufnahme ohne deutliche Gewichtszunahme bzw. mit deutlichem Gewichtsverlust, über einen Zeitraum von mind. 1 Monat.
- Die Fütterstörung geht nicht auf eine Erkrankung des Magen-Darm-Trakts oder andere medizinische Krankheitsfaktoren (z.B. Reflux, neurologische oder endokrinologische Erkrankungen) zurück.
- Ohne psychische Störung (Ruminationsstörung) oder Nahrungsmangel als Erklärung für die Fütterstörung.
- Beginn der Störung vor dem 6. Lebensjahr.

DSM-IV 307.59

Fütterstörung des frühen Kindesalters

Diagnostische Kriterien

- Anhaltende Unfähigkeit, adäquat zu essen oder anhaltende Rumination oder Regurgitation von Speisen.
- Mangelnde Gewichtszunahme, Gewichtsverlust oder andere eindeutige Gesundheitsstörungen über einen Zeitraum von mind. 1 Monat (angesichts der Häufigkeit vorübergehender Essstörungen wird ein Mindestzeitraum von 3 Monaten empfohlen).
- Beginn der Störung vor dem 6. Lebensjahr.
- Keine anderen psychischen oder Verhaltensstörungen der ICD-10, ausser Intelligenzminderung nach F 70–F 79.
- Keine organische Krankheit, die die Essstörung erklären könnte.

Fütterstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter (siehe *Tabelle 1*) sind teilweise oder vollständige orale Nahrungsverweigerung, Rumination (s.o.) und/oder Regurgitation (Erbrechen) – bei ausreichendem Nahrungsangebot und einer ausreichend kompetenten Bezugsperson. Der Beginn der Störung liegt vor dem 6. Lebensjahr und medizinische Erkrankungen sowie andere psychische oder Verhaltensstörungen, die die Essstörung erklären könnten müssen ausgeschlossen sein.

Aus klinischer Perspektive sind die Klassifikationen nach DSM-IV und ICD-10 nicht relevant, da sie die Störung zu global definieren und keine Schweregradeinteilung vornehmen. Sie beinhalten Störungsbilder, die selten isoliert auftreten. Die Beschreibung spezifischer Formen von Fütterstörungen fehlt jedoch vollständig. Zentraler Kritikpunkt an beiden Klassifikationssystemen ist zudem, dass sie Fütterstörungen ohne Gewichtsverlust und Fütterstörungen, die mit medizinischen Erkrankungen assoziiert sind, vollkommen ausschliessen.

Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter

Die Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie [20]) bieten eine für die klinische Praxis verwendbare Definition frühkindlicher Fütterstörungen (3). Fütterstörungen werden im Kapitel *Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter (0–3 Jahre) (98.2 u.a.)* beschrieben und nach ihrem Schweregrad eingeordnet, der verschiedene ätiologische Aspekte beinhaltet, aber keine Klassifikation von Subtypen vornimmt. Die *post-traumatische Fütterstörung* ist das einzige Störungsbild auf das spezifisch hingewiesen wird. Trotz des hier begrenzten Altersbereichs von nur 0 bis 3 Jahren trägt die Bezeichnung *Fütter- und Essstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter* der Tatsache Rechnung, dass sogenannte Fütterstörungen nicht ausschliesslich in der Phase des Gefüttert-Werdens vorkommen.

Für den klinischen Alltag hat es sich bewährt, dann von einer Fütterstörung zu sprechen, wenn das Füttern oder die Nahrungsaufnahme des Säuglings oder Kleinkindes von den Eltern über einen längeren Zeitraum (> 1 Monat bzw. > 3 Monate) als Problem empfunden wird und sie deswegen Hilfe suchen (3). Ab dem 4. Lebensmonat gelten

1. die lange Dauer einzelner Fütterungen (≥ 45 Minuten) und/oder
2. der kurze zeitliche Abstand zwischen den Mahlzeiten (≤ 2 Stunden) als objektive Kriterien für eine Fütterstörung (8).

Gemäss den Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (3) werden folgende Kriterien für eine assoziierte Gedeihstörung empfohlen:

Für Säuglinge:

- mit einem Geburtsgewicht über der 3. Perzentile:
Gewichtsabfall unter die 3. Perzentile und/oder Wechsel von mehr als 2 Gewichtsperzentilenkurven (z.B. von der 75. unter die 25. Perzentile) durch Gewichtsverlust oder -stillstand über einen Zeitraum von mindestens 2 Monaten (bei einem Alter von bis zu 6 Lebensmonaten) bzw. mindestens 3 Monaten (bei einem Alter von über 6 Lebensmonaten)
- mit einem Geburtsgewicht unter der 3. Perzentile:
jede fehlende Gewichtszunahme, die einen Monat oder länger andauert.

Für Kleinkinder und Kindergartenkinder bis zu 6 Jahren können folgende Kriterien (21) als Anhaltspunkte dienen:

- bei unauffälligem Geburtsgewicht:
Gewicht unter der 3. Perzentile über mindestens 3 Monate
- bei einem Geburtsgewicht unter der 3. Perzentile:
keine Gewichtszunahme über mindestens 1 Monat/30 Tage.

Bezüglich des Schweregrads von Fütterstörungen unterscheidet man Fütterstörungen ohne beziehungsweise mit einer Gedeihstörung und solche mit eventuell notwendiger Sondenernährung. Wie auch die anderen Regulationsstörungen, werden Fütterstörungen zusätzlich anhand ihrer Dauer, Pervasivität (Anzahl

der betroffenen Regulationsbereiche, z.B. Fütterstörungen, die mit einer Schrei- und Schlafproblematik einhergehen), dem Ausmass der Beeinträchtigung der kindlichen Entwicklung und dem Ausmass der Beziehungsbelastung zwischen Eltern und Kind (eingeschätzt anhand des PIR-GAS, DC:0-3-R, 2005) beurteilt. Ausschlussdiagnosen für eine Fütterstörung sind schwere somatische Störungen, die eine auch nur annähernd reguläre Nahrungsaufnahme unmöglich machen (z.B. schwere anatomische Fehlbildungen aufgrund von Syndromen) und tief greifende Entwicklungsstörungen sowie Autismus (3).

Entwicklungspsychopathologische Klassifikation von Fütterstörungen nach Chatoor

Die von Irene Chatoor und Kollegen vorgeschlagene Klassifikation von Fütterstörungen basiert auf einer entwicklungsphasenspezifischen Sichtweise unter Einbezug psychodynamischer Aspekte und beschreibt die für jede Entwicklungsphase typischen Erscheinungsbilder von Fütterstörungen und deren Fütterinteraktionsmuster (22–27). Demnach werden sechs verschiedene Formen von Fütterstörungen definiert.

Störungen mit einem Beginn zwischen 0 und 18 Monaten werden folgendermassen eingeordnet:

1. *Fütterstörung mit Beeinträchtigung der homöostatischen Regulation*
Beginn im Zeitraum zwischen 0 und 2 Monaten: Die Kinder zeigen Probleme in der Erregungssteuerung. Sie haben Schwierigkeiten, einen ruhigen Wachzustand zu erreichen, sind für das Füttern zu müde oder aufgeregt, ermüden rasch, ohne ausreichend Nahrung zu sich genommen zu haben. Eltern, vor allem wenn sie selber belastet sind, haben Schwierigkeiten, mit der Irritabilität oder mangelnden Responsivität ihres Kindes umzugehen.
2. *Fütterstörung mit Beeinträchtigung der reziproken Interaktion*
Beginn im Zeitraum zwischen 2 und 8 Monaten: Es geht um eine Problematik der frühen Interaktion zwischen Säugling und Bezugsperson. Diese Kinder zeigen wenig soziale Responsivität während der Füttersituation mit der

primären Bezugsperson, vermeiden Augenkontakt, lächeln oder plappern kaum oder gar nicht, sind nicht anschmiegsam, wirken hypoton und schlafen oft ungewöhnlich lange, ohne Nahrung einzufordern. Die Eltern scheinen wegen der Fütterprobleme und der häufig bestehenden Wachstumsdefizite des Kindes nicht besorgt zu sein und sind meist schwer in die Therapie einzubeziehen. Manche Eltern verbringen wenig Zeit mit dem Kind, füttern sehr unregelmässig und zeigen vernachlässigende Verhaltensweisen.

3. *Fütterstörung mit Beeinträchtigung der Individuation und Separation, sogenannte infantile Anorexie oder frühkindliche Anorexie*

Beginn im Alter zwischen 6 und 18 Monaten beziehungsweise bis zum 3. Lebensjahr: Die Kinder nehmen nur unzureichend Nahrung zu sich, verweigern weiterzuessen und den Mund zu öffnen, spielen mit der Nahrung, zeigen oft keine Hungersignale sowie wenig Interesse am Essen, aber grosses Interesse an Exploration und Interaktion mit der Bezugsperson. Die Eltern erleben ihr Kind meist als eigensinnig und fordernd, haben oft grosse Angst bezüglich seiner Ernährung und versuchen es durch gutes Zureden, Ablenken, Anbieten von Nahrung während des Spiels und einer grossen Auswahl an Nahrungsmitteln zum Essen zu bringen.

Die drei weiteren Formen von Fütterstörungen sind weitgehend unabhängig von einem konkreten Entwicklungsalter:

4. *Sensorisch bedingte Nahrungsaversion*, die sich auf Textur, Geschmack und Geruch bestimmter abgelehnter Nahrungsmittel bezieht und im Zusammenhang mit sensorischen Überempfindlichkeiten zu stehen scheint: Die Kinder beginnen (häufig bei Einführung von Löffelkost) mit zunehmenden Geschmacks- und Konsistenzvariationen bestimmte Nahrungsmittel abzulehnen und reagieren mit Gesichtverziehen, Ausspucken, Würgen oder Erbrechen. Ältere Kinder meiden oft soziale Situationen, die gemeinsames Essen mit sich bringen. Die Eltern sind besorgt und versuchen häufig mit

Tricks, verweigerte Nahrungsmittel doch einzuführen. Die Mahlzeiten verlaufen meist konfliktreich.

5. *Fütterstörung im Zusammenhang mit medizinischen Erkrankungen*, bei der die Nahrungsverweigerung im Kontext von Schmerzen, Atemschwierigkeiten oder rascher Ermüdung bei der Nahrungsaufnahme auf der Basis somatischer Probleme oder Grunderkrankungen entsteht: Die Kinder wollen essen, haben meist einen guten Kontakt zur Bezugsperson, verweigern aber die Nahrungsaufnahme, sobald Schmerzen oder Ähnliches auftreten. Manchmal ist die medizinische Erkrankung noch nicht klar diagnostiziert und das Symptom der Nahrungsverweigerung ist das Hauptsymptom. Die Fütterproblematik verbessert sich zwar durch medizinische Behandlung, wird aber häufig dadurch nicht vollkommen gelöst.

6. *Posttraumatische Fütterstörung*: Diese Form der Fütterstörung geht auf aversive Erfahrungen im Mund-Rachen-Raum zurück und ist durch eine angstbesetzte, teilweise bis vollständige Abwehr oraler Nahrungsaufnahme gekennzeichnet, da die Angst vor dem Essen jegliches Bewusstsein von Hunger zu übertreffen scheint. Kinder, die jegliche Nahrung verweigern, benötigen akute Behandlung, um nicht zu dehydrieren oder zu verhungern. Diese Form der Fütterstörung wird in der revidierten Fassung der Klassifikation DC:0-3R als *Fütterstörung infolge von Insulten des gastrointestinalen Trakts* (606.) bezeichnet, was inhaltlich nicht ganz richtig ist, da sie auch durch nicht invasive Erfahrungen ausgelöst werden kann. Diese traumatischen Erfahrungen stellen einen eigenständigen kindlichen Faktor für die Entstehung von Fütterstörungen dar. Sie führen dazu, dass jegliche Stimulation im Gesichts-, Mund- und Rachen-Bereich wie Berührung mit Sauger oder Löffel, als potenziell bedrohlich erlebt wird, weil sie mit unangenehmen, angstbesetzten Reizen assoziiert ist. Als traumatisch können nicht nur aversive Erfahrungen im Zusammenhang mit somatischen Erkrankungen und medizinischen Prozeduren erlebt werden, sondern auch Füttern mit Druck und Zwang, Fest-

halten oder Verschlucken beim Füttern, gewaltsames Öffnen des Mundes oder Füttern, während das Kind schreit. Den genannten Erfahrungen wird eine traumatische Qualität zugeschrieben, da sie im Sinne einer klassischen Konditionierung (28) – mit dem ursprünglich angenehmen Reiz der Nahrungsaufnahme bei Hunger des Kindes gekoppelt – einen aversiven Reiz ergeben, der Abwehr gegenüber jeglicher oder bestimmter Stimulation im Mund-Rachen-Schlund-Bereich hervorruft und damit zur Nahrungsverweigerung führt. Die so entstehende Form der Fütterstörung wird von Chatoor als *posttraumatische Fütterstörung* bezeichnet (24, 29).

Diese von Chatoor und Mitarbeitern vorgelegte Klassifikation stellt einen klinisch relevanten Ansatz für Diagnostik und Therapie von Fütterstörungen dar, der Eingang in die beiden wichtigsten englischsprachigen diagnostischen Manuale für psychische Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter, die Klassifikation DC:0-3R (11) und die für die Forschung definierten diagnostischen Kriterien für das Vorschulalter RDC-PA (12), gefunden hat.

Allerdings zeigt sich im Rahmen der klinisch-diagnostischen Anwendung, dass diese Operationalisierung insofern kritisch zu betrachten ist, als die einzelnen Formen von Fütterstörungen häufig unscharf voneinander abgegrenzt scheinen. So zeigen zum Beispiel Säuglinge mit einer *posttraumatischen Fütterstörung* auch sensorische Überempfindlichkeiten und lehnen nicht zuletzt auch im Zusammenhang damit Nahrung ab, ein Symptom, das Chatoor unter *sensorisch bedingter Nahrungsverweigerung* aufführt. Zudem wird der Begriff der *infantilen Anorexie* von verschiedenen anderen Autoren mit der Begründung kritisiert, dass es bisher weder Daten gäbe, die die klare Abgrenzung vom Störungsbild einer frühkindlichen Gedeihstörung belegen (5), noch sei ein Zusammenhang mit der jugendlichen Anorexia nervosa belegt (30). Grundlegend für die Benennung der *infantilen Anorexie* ist laut Autorin allerdings nicht der symptomatische Zusammenhang mit der juvenilen Anorexia nervosa, sondern lediglich die Tatsache

Tabelle 2:
Subtypen von Fütterstörungen nach DC:0-3R, 2005

Diagnose	Leitsymptome	Beginn	Verhalten/Interaktion	Gewichtsentwicklung
601. Fütterstörung der homöostatischen Regulation	zu abgelenkt, unruhig oder zu schläfrig	ab Geburt	geringe Mutter-Kind-Reziprozität	beeinträchtigt
602. Fütterstörung mit Beeinträchtigung der reziproken Interaktion	Defizite in der sozialen Interaktion, fehlende elterliche Sorge, Vernachlässigung	1. LJ	defizitäre Mutter-Kind-Beziehung	beeinträchtigt, oft auch Wachstumsdefizite
603. frühkindliche Anorexie	geringer Appetit, häufig Nahrungsverweigerung, geringe Gewichtszunahme	< 3. LJ	erheblicher Mutter-Kind-Konflikt aufgrund der kindlichen Nahrungsverweigerung	beeinträchtigt
604. sensorisch bedingte Nahrungsaversion	anhaltende Verweigerung bestimmter Nahrungsmittel, -konsistenzen, -texturen	Einführung von Breikost, fester Nahrung	Mutter-Kind-Konflikt aufgrund der selektiven Nahrungsverweigerung	oft nicht beeinträchtigt, Ernährungsdefizite
605. Fütterstörung im Zusammenhang mit medizinischen Erkrankungen	erheblicher Stress des Kindes beim Füttern, nicht ausreichende Nahrungsaufnahme	unabhängig vom Alter	anfangs scheinbar entspannt, dann zunehmend Stress beim Füttern	beeinträchtigt
606. Fütterstörung assoz. mit Insulten des gastrointestinalen Trakts (nach Chatoor: posttraumatische Fütterstörung)	anhaltende Verweigerung von Flasche, fester oder jeglicher Nahrung	unabhängig vom Alter	erheblicher Stress schon beim Anblick, beim Hinsetzen oder Anbieten von Nahrung	oft nicht beeinträchtigt, abhängig von der Dauer

eines nicht vorhandenen oder nicht ausreichend spürbaren Hungergefühls (persönliche Mitteilung, Chatoor, 2010). Die bisher genannten Punkte und die den spezifischen Fütterstörungen zugeordneten Altersangaben, die sich in klinischen Stichproben häufig so nicht finden lassen, machen die diagnostische Differenzierung in der Praxis oft schwierig. Umso wichtiger erscheint daher der Hinweis der Autorin, dass diese Klassifikation keine festen Altersangaben macht, sondern lediglich einen häufig beobachteten Beginn der Störung definiert und dass mehrere Subtypen von Fütterstörungen gleichzeitig auftreten können und dann auch separat behandelt werden müssen (24). Ein Übersichtsartikel zur Validierung dieser Klassifikation befindet sich im Druck (31).

Research Diagnostic Criteria

Preschool Age: RDC-PA

Die Klassifikation für Fütterstörungen, die in den für die Forschung definierten diagnostischen Kriterien für das Vorschulalter RDC-PA enthalten sind (12) wurde mithilfe der Taskforce for Research Diagnostic Criteria for Infants and Preschool Children (40) überarbeitet. Nachdem die RDC-PA-Kriterien hinsichtlich der Fütterstörungen mit der diagnostischen Klassifikation DC:0-3R

(11) inhaltlich identisch sind und Letztere im deutschsprachigen Raum weiter verbreitet zu sein scheinen, wird hier nur die Klassifikation von Fütterstörungen nach dem DC:0-3R ausführlicher dargestellt.

Diagnostic Classification of Infant Mental Health and Development Disorders of Infancy and Early Childhood, Revised Edition: DC:0-3R

Die aktuelle diagnostische Klassifikation DC:0-3R (11) für Säuglinge und Kleinkinder von 0 bis 3 Jahren klassifiziert frühkindliche psychische Störungen auf fünf Achsen:

- Achse I: klinische Störungen
- Achse II: Einschätzung der Beziehungsqualität (Parent-Infant Relational Global Assessment Scale, PIR-GAS)
- Achse III: medizinische und entwicklungsassoziierte Störungen
- Achse IV: psychosoziale Belastungen
- Achse V: emotionales und soziales Funktionsniveau.

Die Fütterstörungen bilden eine eigene Kategorie *Essverhaltensstörung* (600.) als klinische Diagnose auf Achse I und sind damit von allgemeinen regulatorischen Schwierigkeiten abgegrenzt. Die folgenden Untergruppen von Fütterstörungen in Anlehnung an Chatoor (32) werden in *Tabelle 2* beschrieben.

Differenzialdiagnostisch müssen hier andere psychische Störungen und strukturelle somatische Probleme (Lippen-Kiefer-, Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte, gastroösophagealer Reflux u.a.) ausgeschlossen werden, die die Fähigkeit Nahrung zu kauen, zu schlucken und zu verdauen beeinträchtigen können. Diese medizinischen Faktoren sollen auf der Achse III des DC:0-3R diagnostiziert werden und schliessen die Diagnose Fütterstörung auf Achse I primär aus. Diese kann erst dann gestellt werden, wenn die medizinischen Faktoren behandelt wurden und die Fütterstörungssymptomatik danach weiterhin besteht. Die Änderung der Bezeichnung *posttraumatische Fütterstörung* (Posttraumatic Feeding Disorder PTFD) in *Fütterstörung assoziiert mit Insulten des gastrointestinalen Trakts* wird von einigen Kollegen als sinnvoll erachtet, weil dadurch Verwechslungen mit der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ausgeschlossen werden (33). Andere kritisieren die Änderung der Bezeichnung, da die ursprüngliche Bezeichnung einen prägnanten Hinweis auf die Symptomatik und auf den entsprechenden Behandlungsansatz beinhaltet und mit den aktuellen Publikationen von Chatoor und Kollegen übereinstimmt (24, 25, 31).

Diagnostik frühkindlicher Fütterstörungen

Das von den meisten Autoren angenommene biopsychosoziale Erklärungsmodell zur Entstehung frühkindlicher Fütterstörungen beinhaltet physiologische, psychische, soziale sowie verhaltenstheoretische Aspekte (24–26, 34–36). Grundsätzlich werden eine Vielzahl unterschiedlicher kindlicher und mütterlicher/elterlicher Faktoren mit der Ätiologie von Fütter- und Gedeihstörungen in Zusammenhang gebracht (10). Ebenso wie die Ätiologie von Fütterstörungen ist auch ihr Erscheinungsbild stark von den anstehenden Entwicklungsaufgaben geprägt. Die Befunde der Münchner Sprechstunde für Schreibabys zeigen, dass kindliche und elterliche somatische und psychosoziale Belastungen, die häufig bis in die Schwangerschaft, Geburt und die jeweilige Biografie der Eltern zurückreichen, in enger Wechselwirkung miteinander stehen (2). In der Literatur werden frühkindliche Fütterstörungen aufgrund ihrer komplexen Entstehungsbedingungen daher auf der Ebene der Leitsymptomatik, des beobachtbaren Verhaltens, der

Interaktion in der Füttersituation und der Gewichtsentwicklung differenziert (37, 38).

Im Hinblick auf die Komplexität der kindlichen und elterlichen Wechselwirkungen (siehe *Abbildung*) empfiehlt sich für die Diagnostik frühkindlicher Fütterstörungen ein interdisziplinäres Vorgehen.

Die wichtigsten diagnostischen Aspekte zur Abklärung frühkindlicher Fütterstörungen sind:

Somatische Diagnostik

- ◉ Anthropometrie: Grösse, Gewicht, Kopfumfang
- ◉ pädiatrisch-entwicklungsneurologische Untersuchung
- ◉ orientierende Blutuntersuchung (Standardlaborparameter)
- ◉ fakultativ eventuell Bauchsonografie, Ph-Metrie zum Ausschluss eines gastroösophagealen Reflux, weitere Labor- oder apparative Diagnostik bei Verdacht auf/oder bei bestehenden somatischen, genetischen Erkrankungen.

Anamnese

- ◉ Still-/Fütter- und Ernährungsanamnese zur orientierenden Einschätzung somatischer und interaktioneller Faktoren mittels Elternfragebogen und diagnostischem Interview
- ◉ Fütter- und Ernährungsprotokolle zu kindlichem Verhalten in der Füttersituation sowie Art, Menge und Häufigkeit von Nahrungsangeboten
- ◉ Essgewohnheiten und kulturelle Besonderheiten in der Familie
- ◉ kindliche Belastungsfaktoren und Ressourcen (somatische, psychische und sensorische Besonderheiten und sensomotorischer Entwicklungsverlauf/-stand)
- ◉ elterliche Belastungsfaktoren und Ressourcen (Trennungserfahrungen, mangelnde soziale Unterstützung, Belastungen und Ressourcen der Paarbeziehung)
- ◉ mütterliche psychopathologische Auffälligkeiten während der Schwangerschaft und nach der Geburt des Kindes (Essstörungen, Depressionen, traumatische Lebensereignisse)

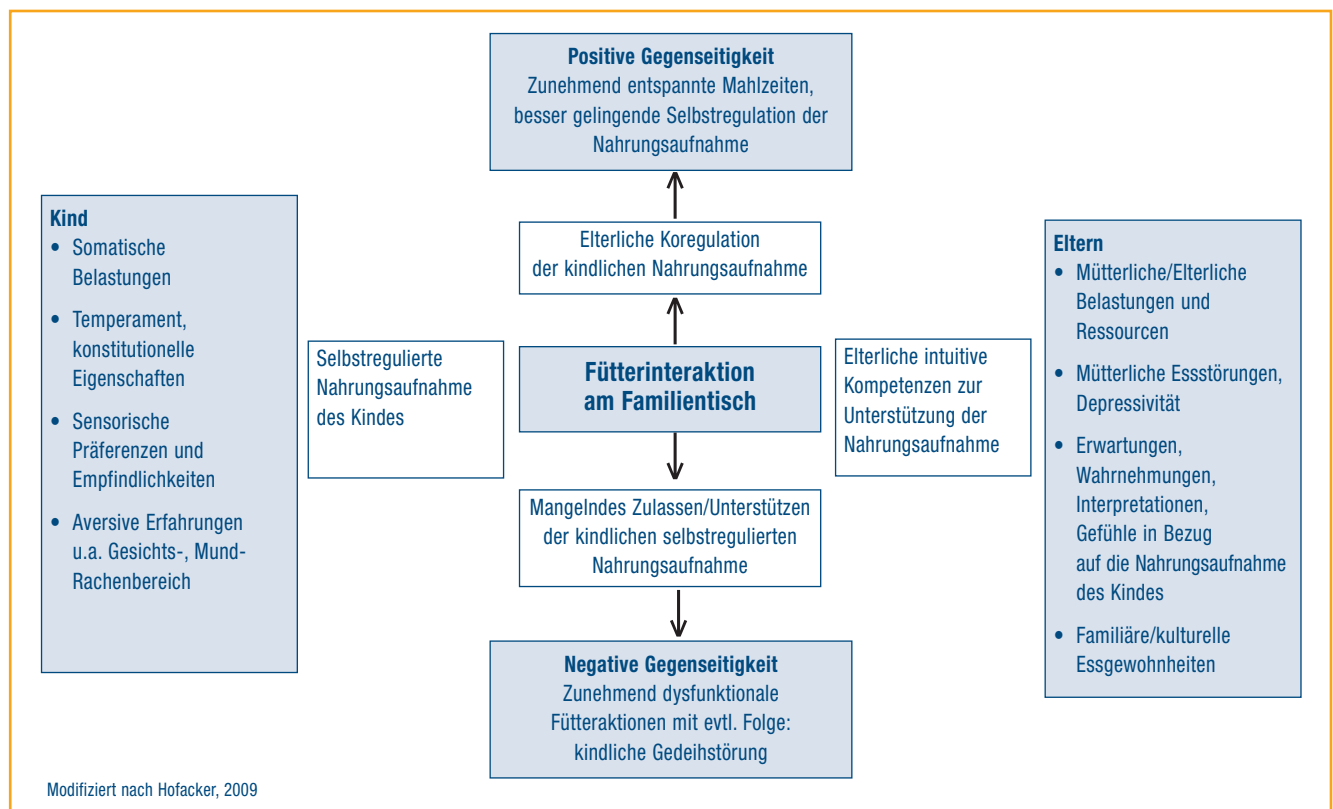


Abbildung: Diagnostisch relevante Wechselwirkungen kindlicher und elterlicher Faktoren

Tabelle 3:
Leitsymptome für die Subtypen von Fütterstörungen nach Chatoor, 2009 (LIT)

Symptomatik des Kindes	Zugehörige Form der Fütterstörung
geringer Appetit und zu geringe Nahrungsaufnahme, um adäquat zu wachsen; zeigt wenig Hungersignale und kaum Interesse am Essen, spielt stattdessen lieber	wenn < 6 Monate: Fütterstörung mit Beeinträchtigung der homöostatischen Regulation wenn > 6 Monate: infantile Anorexie
hat sehr geringes Nahrungsspektrum von wenigen Nahrungsmitteln; verweigert andauernd bestimmte Nahrungsmittel oder Gruppen von Nahrungsmitteln; verweigert aus der Flasche oder Becher zu trinken, isst aber feste Nahrung; verweigert feste Nahrung, trinkt aber aus der Flasche oder dem Becher; verweigert feste Nahrung, isst aber pürierte Nahrung	sensorisch bedingte Nahrungsaversion oder posttraumatische Fütterstörung
verweigert die meiste/jegliche Nahrung und muss per Nasensonde oder PEG-Sonde ernährt werden	posttraumatische Fütterstörung oder Fütterstörung im Zusammenhang mit einer medizinischen Erkrankung
verweigert bestimmte Nahrungsmittel an einem Tag, akzeptiert sie aber am darauffolgenden Tag	bei adäquatem Gewicht: oppositionelles Fütterverhalten von Kleinkindern, oft mit Nahrungsverweigerung
weint und überstreckt sich während des Fütterns; ermüdet schnell beim Füttern und isst zu wenig	wenn < 6 Monate: Fütterstörung mit Beeinträchtigung der homöostatischen Regulation
schläft während des Fütterns	wenn < 6 Monate: Fütterstörung mit Beeinträchtigung der homöostatischen Regulation
würgt oder erbricht vor, während oder nach dem Füttern	sensorisch bedingte Nahrungsaversion oder posttraumatische Fütterstörung oder Fütterstörung im Zusammenhang mit einer medizinischen Erkrankung
weint, wenn es zum Füttern hingesezt wird oder ihm Nahrung vorgesetzt wird	posttraumatische Fütterstörung

- ◉ Eltern-Kind-Interaktion und -Beziehung
- ◉ Partnerschaftsbeziehung
- ◉ Erziehungseinstellungen und elterliche Vorstellungen, Bedeutungszuschreibungen, Ängste und Phantasien in Bezug auf die Fütterstörung.

Exkurs: Therapie von frühkindlichen Fütterstörungen

Für die Behandlung von frühkindlichen Fütterstörungen werden unterschiedliche verhaltens-therapeutische, tiefenpsychologische und familientherapeutische Interventionen beschrieben, die elternzentriert, familienzentriert, allgemein beratende und multimodale Therapieansätze beinhalten. Klinisch bewährt hat sich ein multimodaler und interdisziplinärer Behandlungsansatz, der auf die individuelle Ätiologie, die spezifische Symptomatik des Kindes und das Ausmass der Beziehungsbelastung abgestimmt ist (38) (siehe dazu Fallvignette in diesem Heft, Seite 21). Im Hinblick auf die weitverbreitete Annahme, bei posttraumatischen Fütterstörungen wäre eine systematische Desensibilisierung ausreichend, sei darauf hingewiesen, dass aus der kindlichen Nahrungsverweigerung meist eine erhebliche Interaktions- und Beziehungsbelastung resultiert (40), die eine längerfristige interaktions- und beziehungs-fokussierte Behandlung erforderlich macht.

Psychologische Diagnostik

- ◉ Interaktionsbeobachtung und -analyse in der Fütterinteraktion und in anderen altersrelevanten Interaktionskontexten wie Beruhigung, Grenzsetzung, Spiel mittels Videoaufzeichnungen
- ◉ Beziehungsdiagnostik anhand von Interaktionsbeobachtungen und anamnестischen Interviews, falls erforderlich Einschätzung der Bindungsqualität
- ◉ entwicklungspsychologische Diagnostik des Kindes
- ◉ Fragebogendiagnostik zu Temperament des Kindes, elterlichen Einstellungen zum Kind, mütterlichen somatischen und psychischen Belastungen, Eltern-Kind-Beziehung und Partnerschaftsbeziehung.

Für die Einordnung der individuellen Symptomatik in die Subtypen nach Chatoor kann *Tabelle 3* hilfreich sein.

Parent Blaming vermeiden

Eine Gefahr bei der Diagnostik frühkindlicher Fütterstörungen im Hinblick auf die Entstehungsgeschichte besteht, den Eltern – vor allem der Mutter – einen Grossteil der Verantwortung für die Entwicklung der kindlichen Fütterproblematik zuzuweisen. Dieses sogenannte Mother Blaming, beziehungsweise Parent Blaming, ist

auf mindestens zwei entscheidende Faktoren zurückzuführen: einerseits auf ein erlerntes medizinisches Kausalitätsdenken, das darauf trainiert ist, mögliche Ursachen und Auslöser zu finden, die Schuld an einer vorhandenen Störung sind, was dazu verleiten kann, die Mutter in einem solchen Denkmodell als eine Art Krankheitskeim zu betrachten, der bekämpft werden muss (39). Andererseits können Eltern, die nicht in der Lage scheinen, dem Kind mit einer Fütterstörung gegenüber angemessen und empathisch zu reagieren, leicht negative Reaktionen und Gegenübertragungsgefühle der behandelnden Ärzte und Therapeuten auslösen. Beides ist für eine weitere therapeutische Zusammenarbeit höchst problematisch.

Die klinische Erfahrung zeigt, dass es für den diagnostischen Prozess von entscheidender Bedeutung ist, somatische und psychosoziale Diagnostik von Anfang an parallel und miteinander integriert, anstatt sukzessive ablaufen zu lassen. Nur so können die Eltern das Vertrauen entwickeln, dass alle ätiologisch bedeutsamen Faktoren wahrgenommen, gleichberechtigt in Erwägung gezogen und abgeklärt werden (38, 2). Dieses Vertrauen ist die entscheidende Basis für den sich anschliessenden beratenden und therapeutischen Prozess.

Abschliessende Bemerkungen zur Klassifikation und Diagnostik von Fütterstörungen

Das Ergebnis der Diskussion über die Klassifikation von Fütterstörungen, die im DSM-V enthalten sein wird, ist gegenwärtig noch unklar. Die Überlegungen der DSM-V-Arbeitsgruppe für die Klassifikation von Essstörungen dazu finden sich in einem Übersichtsartikel von Nicolls und Bryant-Waugh (17). Einen guten Überblick kinderärztlicher Aspekte der Klassifikation und Diagnostik von Fütterstörungen findet sich bei Kerzner (41), ein aktueller Überblickartikel zu frühkindlichen Fütterstörungen bei von Hofacker (38). Das 2009 bei «Zero to Three» erschienene Buch von Irene Chatoor (24) über Fütterstörungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter wird demnächst auf Deutsch erscheinen. Ihr für Eltern von Kindern mit Fütterstörungen geschriebener Ratgeber wird 2011 in englischer Sprache veröffentlicht. Die für Klassifikation und Diagnostik von frühkindlichen Fütterstörungen im klinischen Alltag hilfreichen Fragebögen zur Erfassung der kindlichen Ernährungs- und Fütteranamnese, das diagnostische Interview, das hilft, die unterschiedlichen Formen von Fütterstörungen voneinander abzugrenzen und die Beobachtungsskalen zur Fütter- und Spielinteraktion, die von Chatoor und Kollegen entwickelt wurden, liegen bisher nur in englischer Sprache vor und sind teilweise noch unveröffentlicht. Die Übersetzung ins Deutsche und die Publikation dieser Fragebögen, Interviews und Beobachtungsskalen als Manual sind in Planung. ☉

Korrespondenzadresse:

Dipl. Psych. Susanne Hommel
Eltern-, Säuglings-, Kleinkinderberatung
Sophienallee 11, D-20257 Hamburg
Internet: www.susannehommel.de
E-Mail: sh@susannehommel.de

Ankündigung für 2011:

Prof. Irene Chatoor, M.D. wird im Juni 2011 in München einen Workshop zur Klassifikation und Diagnostik von frühkindlichen Fütterstörungen durchführen, über dessen genaues Datum und Programm wir Sie gerne informieren. Bei Interesse können Sie sich per E-Mail an Dipl. Psych. Susanne Hommel wenden: sh@susannehommel.de

Literatur:

1. Papoušek, M. (1999). Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Entstehungsbedingungen im Kontext der Eltern-Kind-Beziehungen. In: Oerter, C., Hagen, G. von, Röper, G., Noam, G. (Hrsg.). Lehrbuch der klinischen Entwicklungspsychologie. Weinheim: Beltz.
2. von Hofacker, N., Papoušek, M., Wurmser, H. (2004). Fütterstörungen. In: Papoušek, M., Schieche, M., Wurmser, H. (Hrsg.). Regulationsstörungen der frühen Kindheit (Kap. 7, S. 171–199). Bern: Hans Huber.
3. von Hofacker, N., Lehmkuhl, U., Resch, F., Papoušek, M., Barth, R., Jacubeit, T. (2007). Regulationsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter 0–3 Jahre (F 98.2 u.a.). In: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (Hrsg.). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie psychischer Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (3. Aufl.) (S. 357–378). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
4. Papoušek, M. (2002). Störungen des Säuglingsalters. In: Esser, G. (Hrsg.). Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des frühen Säuglingsalters (S. 80–101). Stuttgart: Thieme.
5. Benoit, D. (2000). Feeding Disorders, Failure to Thrive and Obesity. In: Zeanah, C.H., Jr. (Ed.), Handbook of Infant Mental Health (2nd Ed., chap. 21, pp. 293–352). New York: Guilford Press.
6. Lindberg, L., Bohlin, G., Hagekull, B. (1991). Early feeding problems in a normal population. International Journal of Eating Disorders, 10, 395–405.
7. Benoit, D., Coolbear, J. (1998). Post-traumatic Feeding Disorders in Infancy: Behaviours predicting treatment outcome. Infant Mental Health Journal, 19 (4), 409–421.
8. Ramsey, M., Gisel, E.G., Boutry, M. (1993). Non-organic failure to thrive: Growth failure secondary to feeding-skills disorder. Developmental Medicine and Child Neurology, 35, 285–297.
9. Kerwin, M.-L.E. (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology: Severe feeding problems. Journal of Pediatric Psychology, 24 (3), 193–214.
10. Wolke, D. (2000). Fütterungsprobleme bei Säuglingen und Kleinkindern. Verhaltenstherapie, 10, 76–87.
11. Zero to Three (2005). Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised Edition (DC:0-3R). Washington, DC: Author.

12. RDC-PA (2002). Task Force on Research Diagnostic Criteria – Preschool Age (www.infantlinstitute.org).
13. Wiefel, A., Titze, K., Kuntze, L. et al. (2007). Diagnostik und Klassifikation von Verhaltensauffälligkeiten bei Säuglingen und Kleinkindern von 0–5 Jahren. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 56: 59–81.
14. World Health Organisation WHO (2004). ICD-10-GM 2004, Systematisches Verzeichnis German Modifikation (10. Revision). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
15. World Health Organisation WHO (2006). ICD-10 Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Bern: Hans Huber.
16. Chatoor, I., Kushlani, D. (2006). Eating Disorders. In: Luby, J.L. (Ed.): Handbook of Preschool Mental Health – Development, Disorders and Treatment (pp. 115–136). New York, London: The Guilford Press.
17. Nicholls, D., Bryant-Waugh, R. (2008). Eating Disorders of Infancy and Childhood: Symptomatology, epidemiology and comorbidity. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 18, 17–30.
18. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Ed.). Washington, DC: Author.
19. American Psychiatric Association. (1998). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
20. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (Hrsg.) (2007). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie psychischer Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (3. Aufl.). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
21. Böhles, H., Dockter, G., Sitzmann, F.C. (2002). In: Sitzmann, F.C. (Hrsg.). Pädiatrie (2. Aufl., S. 37–60). Stuttgart: Thieme.
22. Chatoor, I. (1991). Eating and nutritional disorders of infancy and early childhood. In: Wiener, J. (Ed.). Textbook of Child and Adolescent Psychiatry (Chap. 32, p. 351–361). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
23. Chatoor, I. (16.–22.7.2002). Diagnostic criteria of feeding disorders of infancy and early childhood. Paper presented at the congress of the World Association for Infant Mental Health, Amsterdam, NL.
24. Chatoor, I. (2009). Diagnosis and Treatment of Feeding Disorders in Infants, Toddlers and Young Children. Washington DC: Zero to Three.
25. Chatoor, I., Ammaniti, M. (2007). A classification of feeding disorders of infancy and early childhood. In: Narrow, W.E., First, M.B., Sirovatka, P.J., Regier, D.A. (Eds.). Age and Gender Considerations in Psychiatric Diagnosis: A Research Agenda for DSM-V (pp. 227–242). Arlington: American Psychiatric Press.

26. Chatoor, I., Dickson, L., Schaefer, S., Egan, J. (1985a). A developmental classification of feeding disorders associated with failure to thrive: Diagnosis and treatment. In: Drotar, D. (Ed.). *New directions in failure to thrive: Implications for research and praxis* (pp. 235–258). New York: Plenum Press.
27. Chatoor, I., Getson, P., Menvielle, E., Brasseaux, C., O' Donnell, R., Mrazek, D.A. (1997). A feeding scale for research and clinical practise to assess mother-infant interactions in the first three years of live. *Infant Mental Health Journal*, 18 (1), 76–91.
28. Süss, H., Brack, U.B. (1984). Extreme Nahrungsverweigerung bei Säuglingen, Kleinkindern und retardierten Kindern. *Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik*, 6 (1), 660–664.
29. Chatoor, I., Conley, C., Dickson, L. (1988a). Food refusal after an incident of choking: A posttraumatic eating disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27 (1), 105–110.
30. Sturm, L., Stancin, T. (1990). Do babies get anorexia? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29 (2), 316–318.
31. Chatoor, I., Hirsch, R.P., Wonderlich, S.A., Crosby, R.D. Validation of a Diagnostic Classification of Feeding Disorders in Infants and Young Children (in press). In: *Classification of Eating Disorders*. Striegel-Moore R, Walsh T, Mitchel J, Wonderlich S (Ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
32. Chatoor, I. (7–9.11.2008). Fütterstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern. Klassifikation, Diagnostik und Behandlung. Workshop, München.
33. von Gontard, A. (2010). *Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie. Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
34. Chatoor, I., Kerzner, B., Zorc, L., Persinger, M., Simenson, R., Mrazek, D. (1992). Two-year-old twins refuse to eat: A multidisciplinary approach to diagnosis and treatment. *Infant Mental Health Journal*, 13, 252–268.
35. Ramsey, M. (1995). Feeding disorder and failure to thrive. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4, 605–616.
36. Skuse, D. (1993). Epidemiologic and definitional issues in failure to thrive. In: Lewis, M., Woolston, J.L. (Eds.). *Eating and Growth Disorders. Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America* (Vol. 2, No. 1). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
37. von Hofacker, N. (1998). Frühkindliche Störungen der Verhaltensregulation und der Eltern-Kind-Beziehungen. In: Klitzing, K. von (Hrsg.). *Psychotherapie der frühen Kindheit* (S. 50–71). Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
38. von Hofacker, N. (2009). Frühkindliche Fütterstörungen. Neuere Entwicklungen und ihre Relevanz für die Praxis. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 157: 567–573.
39. Berger, M. (1990). Zur Psychodynamik frühkindlicher Essstörungen. In: Wiese, J. (Hrsg.). *Psychosomatische Medizin in Kindheit und Adoleszenz* (S. 43–62). Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
40. Hommel, S. (2008). *Posttraumatische Fütterstörungen*. Saarbrücken: VDM Verlag.
41. Kerzner, B. (2009). Clinical Investigation of Feeding Difficulties in Young Children: A Practical Approach. *Clinical Pediatrics*, 48, 9: 960–965.