

Kroll, Michael

## **Interdisziplinäre Eltern-Kind Behandlung von schweren komplexen Fütterstörungen**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 60 (2011) 6, S. 452-465*

urn:nbn:de:bsz-psydok-52115

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

# Interdisziplinäre Eltern-Kind Behandlung von schweren komplexen Fütterstörungen

Michael Kroll

## Summary

*An Interdisciplinary Approach to Parent-Child Therapy with Complex and Severe Feeding Difficulties*

Our interdisciplinary team is based in a teaching hospital department for psychosomatics and therapeutic interventions for mothers and children. This tertiary service provides assessment and treatment of infants, children and their families presenting with complex and severe feeding disorders. We specialise in the care of children with a variety of multiple problems e. g. presenting after premature birth, and their associated relationship problems. The complexity of issues requires intervention at multiple levels in order to address the individual and family needs of the child. Each case represents opportunities and challenges. The team also addresses integrated services provision across the spectrum of services involved as well as attempting to integrate therapeutic approaches across professional boundaries. This is illustrated by a case report and complemented by a literature review.

*Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 60/2011, 452-465*

## Keywords

severe feeding disorder – classification – treatment – psychotherapy

## Zusammenfassung

Die Diagnostik und Therapie von (v. a. Klein-)Kindern mit – meist komplexen – schweren Fütter- und oft auch Interaktionsstörungen wird dargestellt. Die Familien dieser Kinder stehen unter kinderpsychiatrischer/ -psychosomatischer/ -psychotherapeutischer (KJPP) Fallführung in einem interdisziplinären Mütter-Kinder-Zentrum einer Universitätsklinik. Beschrieben wird vor allem die Vielschichtigkeit des Arbeitens mit der Thematik, nicht nur die jeweils individuellen Bedürfnisse einzelner Kinder im Behandlungsverlauf, sondern auch das Potenzial, klinikübergreifend effektiv koordinierte Behandlungsstrategien und teamintern berufsgruppenübergreifend psychotherapeutische Konzepte zu verfolgen. Die Darstellung wird durch eine Kasuistik und eine Literaturübersicht ergänzt.

## Schlagwörter

schwere Fütterstörung – Klassifikation – Behandlungskonzept – Psychotherapie

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 60: 452 – 465 (2011), ISSN 0032-7034  
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2011

## 1 Diagnostische Kategorisierung und Epidemiologie der Fütterstörungen

Die Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie befindet sich in einer besonders dynamischen Entwicklungsphase, vergleichbar mit der der allgemeinen Kinder- und Jugendpsychiatrie in den 1970er Jahren (von Gontard, 2010). Bei den Fütterstörungen drückt sich dies auch darin aus, dass die gängigen, für diese Altersgruppe kaum anwendbaren Klassifikationen ICD und DSM durch spezifischere Systematiken ergänzt werden. In der ICD-10 sind ausschließlich die *Fütterstörung im frühen Kindesalter* (F98.2) und die *Pica* (F98.3) sowie die klassischen Essstörungen Anorexie und Bulimie aufgeführt, die meist erst ab dem 10. Lebensjahr relevant sind. Die US-amerikanische Organisation „Zero To Three“ hat ein gleichnamiges Manual für 0- bis 3-Jährige erarbeitet, die DC: 0-3 (Zero To Three, 2005). Klinisch wird dies seit 1987 entwickelte System bis zum Alter von fünf Jahren eingesetzt und bereits von den Krankenkassen bei der Abrechnung der psychiatrischen Institutsambulanzen anerkannt. Es unterscheidet, ähnlich dem herkömmlichen ICD-Multi-Axialen-System (MAS) fünf Achsen, verzichtet aber auf die dritte MAS-Achse „Intelligenzniveau“. Anstelle der zweiten MAS-Achse „Entwicklungsstörungen“ teilt das DC: 0-3R die „Beziehungsstörungen“ in acht Subgruppen auf.

Die Einteilung der Fütterstörungen im DC: 0-3R ist an die Systematik von Chatoor angelehnt (2009, vom Autor übersetzt):

- Die *Fütterstörung mit Beeinträchtigung der homöostatischen Regulation* dauert wenigstens zwei Wochen und beginnt in der Neugeborenenperiode. Das Kind hat durch Schläfrigkeit oder wegen seiner starken Agitiertheit Schwierigkeiten, beim Füttern ausgeglichene Wachheit zu erlangen oder aufrecht zu halten. Ohne nachweisbares organisches Korrelat kommt es zu einer Gewichtsabnahme oder fehlender adäquater Gewichtszunahme.
- Die *Fütterstörung mit Beeinträchtigung der reziproken Interaktion* fällt meist im ersten Lebensjahr auf, wenn das Kind wegen einer akuten Erkrankung, häufig eines Infekts, vorgestellt wird und dabei die Unterernährung deutlich wird. Oft hat die Hauptbezugsperson dieses Defizit noch nicht festgestellt. Das Kind zeigt einen deutlichen Wachstumsrückstand und ein psychosoziales Entwicklungsdefizit, interagiert beim Füttern kaum (z. B. Blickkontakte, Lächeln, Plappern). Das Wachstumsdefizit und die fehlende Bezogenheit sind nicht ausschließlich auf ein organisches Korrelat oder eine Entwicklungsstörung zurückzuführen.
- Bei der *Frühkindlichen Anorexie* verweigert das Kind wenigstens über einen Monat, adäquate Mengen zu essen. Dies tritt häufig zwischen dem sechsten Monat und dritten Jahr auf, der Übergangsphase vom Gefüttert-Werden zum selbständigen Essen. Das Kind gibt kaum Hunger an, hat kaum Interesse am Essen und an Nahrungsmitteln, will anstelle dessen lieber spielen, sich bewegen oder reden. Dadurch entsteht ein signifikantes Wachstums- und/oder Gewichtsdefizit. Möglicherweise werden dadurch innerhalb von 2-6 Monaten zwei Perzentilkurven abfallend gekreuzt.

- Bei der *Sensorischen Nahrungsverweigerung* verweigert das Kind anhaltend Essen, dessen Geschmack, Geruch, Konsistenz und/oder Temperatur es ablehnt. Diese Ablehnung tritt bei der Einführung eines neuen Essens oder einer Variation des bekannten Essens auf. Das Kind reagiert mit Grimassieren oder Ausspucken und weigert sich, diese Nahrung weiter zu essen. Dies kann sich dann auf ähnliche Nahrung übertragen und zu einer Generalisierung bis hin zu ganzen Nahrungsgruppen, wie die komplette Ablehnung von Fleisch, führen. Das Kind ist widerwillig, ungewohntes Essen auszuprobieren, isst aber ohne Schwierigkeiten vorgezogene Nahrungsmittel. Obwohl dadurch wichtige Nahrungsbestandteile wie Vitamine, Eisen, Zink oder Proteine fehlen, kommt es in der Regel nicht zu einem Wachstumsdefizit, sondern eventuell sogar zu Übergewicht. Störungsbedingt kann es auch zu Entwicklungsverzögerungen der Mundmotorik oder des Sprechens kommen. Die Störung beginnt im Kindergartenalter und führt zur Ängstlichkeit und Meidung sozialer Interaktionen, die Essen beinhalten. Die Essensverweigerung ist nicht auf ein traumatisches Ereignis des Mund-Rachen-Raumes, eine Allergie oder andere medizinische Erkrankung zurückzuführen.
- Eine *Fütterstörung, assoziiert mit medizinischen Erkrankungen*, liegt bei in- oder kompletter Essensverweigerung über wenigstens zwei Wochen vor, wenn diese von einer ursächlichen medizinischen Erkrankung begleitet wird (z. B. Reflux, Herz- oder Lungenerkrankung). Dies kann in jedem Kindesalter beginnen und in der Ausprägung abhängig vom Verlauf der zugrundeliegenden medizinischen Störung variieren. Das Kind lässt sich anfangs füttern, fühlt sich im Verlauf gestresst und verweigert dann die Fortführung des Fütterns. Es kommt zu einem Gewichtsverlust oder einer ausbleibenden Gewichtszunahme. Medizinische Maßnahmen lindern die Fütterstörung, führen aber möglicherweise nicht zu deren völligem Verschwinden.
- *Fütterstörungen nach Eingriffen in den Gastrointestinaltrakt* treten nach einem oder mehreren Eingriffen im Mund-Rachen-Raum bzw. Gastrointestinaltrakt auf, wenn das Kind dies als sehr belastend erlebt. Es verweigert dann entweder jegliche Kost oder Flaschenkost oder feste Kost. Erinnerungen an die traumatischen Erlebnisse lösen Stress und Belastung aus, z. B. als Anspannung oder Gegenwehr gegenüber dem an-den-Tisch-Setzen, als Abwehr, wenn die Bezugsperson sich mit der Flasche oder Nahrung nähert, als Schluckverweigerung oder als langfristige Ernährungsbeeinträchtigung (Übersetzung durch von Gontard, 2010). Diese Kategorie ähnelt sehr der *Posttraumatischen Fütterstörung*, die Chatoor in ihrer aktuellen Klassifikation separat auflistet (2009). Auch eine reine, eventuell sogar einmalige Zwangsanwendung im Bereich der Nahrung verarbeitenden Organe, also ohne medizinischen Eingriff in den Gastrointestinaltrakt, kann zu dieser Fütterstörung führen.

Chatoor beschreibt, dass zwar häufig zwei Fütterstörungsdiagnosen erfüllt werden, bei genauer Anamnese aber meist eine davon führend und ursächlich ist. Bei Erreichen eines bedrohlichen Untergewichts werden die Fütterstörungen zum medizinisch dominierenden Problem. Dadurch kann sich jede der dargestellten Unter-

gruppen von Fütterstörungen und die damit oft einhergehende Interaktionsstörung als *schwere* Erkrankung manifestieren.

Fütterprobleme treten bei etwa 25 % der sich ansonsten normal entwickelnden Kinder und bei bis zu 80 % der entwicklungsverzögerten Kinder auf (Chatoor, 2009). Schwere Fütterstörungen kommen gehäuft bei körperlicher Behinderung (26-90 %), geistiger Behinderung (23-43 %) und medizinischen Erkrankungen, nach Frühgeburten und niedrigem Geburtsgewicht (10-49 %) vor (Kerwin, 1999). Durch Unterernährung kann es zu entsprechender Komorbidität, vermindertem Wachstum, sozialen Schwierigkeiten und Entwicklungsverzögerungen kommen (Chatoor, 2009; Kerwin, 1999; Sharp, Jaquess, Morton, Herzinger, 2010). Aus den Schwierigkeiten der Füttersituation kann sich eine Interaktionsstörung entwickeln, die sich teilweise im Krankheitsverlauf wandelt, abhängig von der Entwicklungsphase des Kindes. Bei der Infantilen Anorexie kommt es z. B. gehäuft zu Schwierigkeiten der Mutter-Kind-Dyade im Umgang mit Konflikten. Risikofaktoren seitens der Mutter sind das Vorliegen von Depression und Bulimie, seitens des Kindes die Irritierbarkeit bzw. die Stabilität des biologischen Rhythmus (Ammaniti, Lucarelli, Cimino, D'Olimpio, Chatoor, 2010). Im Rahmen von Sondenentwöhnungen wurden am häufigsten überinvolvierte, gefolgt von ängstlich-gespannten Beziehungsstörungen beobachtet (Dunitz-Scheer et al., 2001).

Bei den unter 12-Jährigen sind die stationären Einweisungen aufgrund von Essstörungen zwischen 1999 und 2006 laut der US-amerikanischen „Agency for Healthcare Research and Quality“ um 119 % angestiegen (Rosen, 2010). Durch die gegenwärtig intensivere Auseinandersetzung mit den frühkindlichen Fütterstörungen ist eine analog steigende Inanspruchnahme für diese Altersgruppe denkbar.

Unseres Wissens findet die Versorgung dieser Kinder mit schweren Fütterstörungen und ihrer Familien neben wenigen spezialisierten Zentren (z. B. Klinikum Harlaching/München, Universitätsklinik für Kinderheilkunde Graz/Österreich, Darmstädter Kinderklinik Prinzessin Margaret) weitestgehend in Kinderkliniken statt, mit sehr unterschiedlichem Ausmaß an Interdisziplinarität und psychologischer Betreuung. Der häufig herrschende Zeitdruck ist speziell bei diesen komplexen Therapien jedoch besonders hinderlich. Williams und Mitarbeiter empfehlen, „schwerwiegende medizinische Aspekte“ (2007, S. 234) vor Beginn der Fütterstörungsbehandlung zu bearbeiten. Mit der Darstellung unserer Arbeit wollen wir anregen, dass Ess- und Fütterstörungen auch schon therapiert werden können bzw. dass Prävention und Diagnostik stattfinden sollte, wenn noch nicht alle organischen (Intensiv-)Therapien abgeschlossen sind, sondern dass gerade die frühzeitige interdisziplinäre Versorgung Standard werden sollte.

## 2 Die aktuelle Versorgungspraxis im Zentrum für Frauen- und Kindermedizin der Universität Leipzig

Die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik (im Folgenden mit „Kinderpsychosomatik“ abgekürzt) befindet sich

an der Universität Leipzig seit dreieinhalb Jahren in einem Zentrum mit der Kinderklinik, der Kinderchirurgie, der Frauenklinik sowie mit den Abteilungen Kinderradiologie und -anästhesiologie. Aufgrund dieser Zentrumsbildung können die geforderten Merkmale eines Behandlungsteams für Fütterstörungen erfüllt werden (von Hofacker, 2009). Die gleichzeitige Verfügbarkeit dieser Fachexpertisen und auch das Wissen um den stetigen Austausch dieser Therapeuten bieten den Eltern Sicherheit, so dass sie sich auf eine komplexe psychosomatische Behandlung einlassen können. Neben der jeweiligen Fachexpertise rückt in der Synergie der Kooperation zusätzlich die ganzheitliche Sicht der Fütterstörung in den Fokus, organische Störung und der psychische Anteil werden nicht getrennt. Die meisten Familien lernen die Kinderpsychosomatiker im Liaisondienst bei der Behandlung in der Kinderklinik oder Kinderchirurgie des Klinikums kennen.

Während hauptsächlich die Fütter- und Interaktionsstörungen bearbeitet werden, sind die Kinder stationäre Patienten in der Klinik für Kinderpsychosomatik. Im Rahmen dieser Kooperation wurden vor allem im letzten Jahr gemeinsam 15 Patienten und deren Familien stationär behandelt. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 58 Tage. Sechs Patienten wurden über 70 Tage behandelt. Sämtliche längeren Aufenthalte waren Intervallbehandlungen, wurden durch organische Komplikationen wie schweren Infektionen oder Operationen unterbrochen, der längste Aufenthalt mit 159 Tagen z. B. dreimal, das heißt das Kind wurde zwischendurch einmal in die Kinderchirurgie, einmal in die Pädiatrie und einmal in die HNO-Klinik verlegt.

Vier Patienten hatten kürzere Behandlungsphasen von etwa 35 Tagen. Dies war bei Fütterstörungen ohne Komorbidität möglich, die ausschließlich von Interaktionsschwierigkeiten begleitet waren. Dabei handelt es sich entweder um beginnende Fütterstörungen bei einer Kombination aus unsicheren Eltern und nicht leicht zu fütternden Kindern (z. B. durch das Temperament bedingt) oder um Fütterstörungen, die dann teilweise auch schon längere Zeit vorliegen, als Hauptsymptom einer komplexen psychosozialen Deprivationssituation. Bei diesen beiden Subgruppen ist vor allem die Expertise der Kinderpsychosomatik und weniger die Interdisziplinarität erforderlich.

## 2.1 Die Zusammensetzung des Teams

Hauptansprechpartner für die Patienten und ihre Eltern sind während der stationären Zeit in der Kinderpsychosomatik der fallführende Therapeut aus dieser Klinik (Arzt oder Psychologe) mit zwei konstanten Fachkräften aus dem Pflege- und Erziehungsdienst. Durch den engmaschigen Austausch sollen möglichst viele Alltags- und Fütterbeobachtungen in das psychotherapeutische Arbeiten integriert werden können. Die tragfähige Verbindlichkeit zu einer vertrauensvoll-stützenden Bezugsperson des Teams ist für die Zusammenarbeit maßgeblich (von Hofacker; Papoušek, Wurmser, 2004). Das Kernteam bemüht sich, dass alle involvierten Kollegen von den Kindern und Eltern als vertrauenswürdige *Kompetenzeinheit* wahrgenommen werden. Zu diesem Team zählen: Ober- und Chefarzt (in Form von Supervision

oder Co-/Therapeut), die Fachtherapeuten (Physio-, Ergo-, Musiktherapie, Logopädie, Kindergarten- und Vorschulgruppe), die Ärzte und Psychologen der jeweils kooperierenden Kliniken, die Ernährungsfachberaterin und der Kliniksozialdienst.

Die Koordination dieser Beteiligten ist als interne Interaktionsarbeit eine Herausforderung, z. B. wegen unterschiedlicher Tagesabläufe in den einzelnen Kliniken, unterschiedlicher Kommunikationskulturen und auch, da das Setting der stationären Kinderpsycho somatik sich stark vom Milieu klassischer medizinischer Versorgung unterscheidet. Wenngleich die Expertise z. B. der pädiatrischen Fachärzte maßgeblich ist, sind doch deren Behandlungsempfehlungen nur vom fallführenden Therapeuten in den Gesamtkontext einzuordnen. Bei therapiehartnäckigen Situationen und vor allem in der Zusammenarbeit mit Eltern, die an Persönlichkeitsstörungen leiden, ist die Berücksichtigung von Spaltungstendenzen besonders wichtig. Im Team der Psychosomatiker sind auch zwei Fachärzte für Psychiatrie/Psychotherapie (für Erwachsene) beschäftigt, die die Eltern entsprechend betreuen können.

## 2.2 Spezifische Aspekte der Diagnostik und Therapie schwerer komplexer Fütter- und Interaktionsstörungen

Diagnostik und Therapie werden hier analog zur klinischen Praxis zusammenhängend dargestellt. Häufig muss bereits vor Abschluss der Diagnostik mit Therapien begonnen werden, z. B. um eine weitere bedrohliche Gewichtsreduktion zu verhindern. Bei auffälligem Fütterverhalten ist ein konsequentes und nachhaltiges Vorgehen indiziert, da ansonsten nicht nur die Chronifizierung, sondern auch die Entwicklung einer Interaktionsstörung sowie durch Mangelernährung bedingte weitere Gesundheitsstörungen absehbar sind.

Ob Eltern die differentialdiagnostische Erwägung psychogener Faktoren zulassen, ist stark von ihren Stigmatisierungsängsten abhängig, so dass bei der Thematisierung möglicherweise ätiopathogenetisch relevanter psychischer Aspekte immer eine besondere Sensibilität und meist auch eine entsprechende Mindestdauer der Untersuchung erforderlich ist (Sayal et al., 2010).

Die allgemeinen diagnostischen Aspekte bei Fütterstörungen sind in der Literatur detailliert dargestellt (z. B. von Hofacker et al., 2004; von Hofacker, 2009), so dass hier vor allem spezifische Aspekte der interdisziplinären Zusammenarbeit und der Behandlung von schweren komplexen Fütterstörungen, häufig in instabilen Situationen, also bei großer prognostischer Unsicherheit, dargestellt werden. Insbesondere betont von Hofacker (2009), dass psychogene Faktoren bei der Untersuchung von Fütterstörungen von Anfang an mit berücksichtigt werden müssen, um diesbezüglich eine Offenheit der Eltern zu ermöglichen, als Basis für die psychotherapeutische Arbeit.

Nur wenn die Eltern das Gefühl haben, dass die somatischen Beschwerden ausreichend gut behandelt werden, kann sich das für die Zusammenarbeit erforderliche Vertrauen aufbauen (von Hofacker et al., 2004). Auch im psychiatrischen Untersuchungs-gang ist die detaillierte körperliche Untersuchung Standard. Besonders bei Säuglingen

und Kleinkindern mit schweren Fütterstörungen, muss sie immer auch von einem pädiatrischen Facharzt durchgeführt werden. Nach dem Grundsatz „primum non nocere“, aber auch aufgrund ökonomischer Erwägungen, sollte es selbstverständlich sein, die Diagnostik so wenig invasiv wie medizinisch vertretbar zu gestalten (Dunitz-Scheer et al., 2001). Die Versorgungspraxis ist davon noch weit entfernt. Dafür sind hauptsächlich insuffiziente Versorgungsstrukturen (z. B. zu wenige interdisziplinär arbeitende Kliniken), falsche Anreizsysteme (z. B. vergleichsweise besser abrechenbare Apparatediagnostik), Stigmatisierungsaspekte sowohl durch die Eltern, aber auch durch die Ärzte, also Berührungängste mit den Psych-Fächern, aber auch die Hoffnung aller Beteiligten *die eine maßgebliche* konkret greif- und behandelbare Ursache zu finden, verantwortlich. Werden bei der körperlichen Untersuchung und der Routinelabordiagnostik keine pathologischen Befunde erhoben, so ergibt meist auch die weiterführende Apparatediagnostik keine relevanten Befunde (von Hofacker et al., 2004).

Für die Erhebung des spezifischen psychopathologischen Befundes von Säuglingen und Kleinkindern eignet sich das *Infant and Toddler Mental State Exam* (ITMSE), das 1997 in den amerikanischen KJP-Leitlinien veröffentlicht wurde (von Gontard, 2010). Dieses psychopathologische Befundsystem enthält auch spezifische Beschreibungen für Kleinkinder u. a. zum Autoregulations- und Spielverhalten, zur Reaktion auf neue Situationen sowie zur Vokalisation.

Die große Breite möglicher ätiologischer Faktoren für Fütterstörungen legt bereits nahe, dass es nicht eine für alle Fütterstörungen einheitliche Therapie gibt, sondern nur individuell angepasste Zusammenstellungen bewährter Methoden (Kerwin, 1999; von Hofacker, 2009). In der Literatur, und auch darauf basierend in den Leitlinien der Fachgesellschaft (AWMF) gibt es eine große Schnittmenge von empfohlenen Therapiebestandteilen: Strukturierung des Alltags und der Füttersituation, insbesondere auch Schutz vor Störungen und Ablenkungen während des Essens. Die praktische klinische psychotherapeutische Arbeit ist von der eklektischen Nutzung verhaltenstherapeutischer und psychodynamischer Elemente geprägt. Die Arbeitsatmosphäre bei der Diagnostik und Therapie von Fütterstörungen wird auch von psychodynamischen Modellen und Überlegungen geprägt, z. B. in der stetigen Gegenübertragungsanalyse und der Einordnung des kindlichen Verhaltens in die entwicklungspsychologischen Phasen, z. B. die Autonomiebestrebungen in dyadischen und triadischen Situationen.

Die häufig angewandten verhaltenstherapeutischen Techniken wurden übersichtlich von Kerwin dargestellt (1999): Verstärkung über selektive Aufmerksamkeit inklusive Ignorieren und damit Reduktion von klar definierten Handlungen, die in dieser Situation nicht förderlich sind, Belohnungssysteme, vor allem auch Kontingenz, also die direkte und deutliche Reaktion auf erwünschtes Verhalten, Auszeitverfahren nach klar definiertem dysfunktionalem Verhalten wie anhaltenden extremen Störmanövern, Desensibilisierung gegen Ängste vor Nahrungsmitteln, Einzelpsychotherapie (Eltern und Kind), Interaktionspsychotherapie, Familientherapie, Entspannungsverfahren und Hypnose (Kerwin, 1999). Mit Extinktion wird der *Entzug eines Verstärkers* bezeichnet. Sharp und Mitarbeiter (2010) beschreiben, dass diese nicht unumstrittene Technik be-

sonders bei den schweren Fütterstörungen indiziert ist. Im Sinne des Lernens am Modell wird bei ausbleibendem Explorationsverhalten des Kindes oder langen Essenspausen in einigen Studien mit Führen der Hand reagiert. Ein anderes Extinktionsverfahren ist das Halten des Löffels in Mundnähe, auch wenn das Kind die Mundöffnung und Nahrungsaufnahme verweigert oder als Reaktion auf das Angebot sogar zu weinen beginnt. Viele Eltern ziehen den Löffel bei Widerstand sofort zurück und verstärken damit den Widerstand. Extinktion als Unterlassen dieser Reaktion in einer klar definierten Form und über einen festgelegten Zeitraum kann die Nahrungsaufnahme fördern. Zunächst kann das Kind dies jedoch als Konfrontation erleben und mit einer Verhaltensverschlechterung reagieren. Sämtliche möglicherweise vom Kind sporadisch aversiv erlebten Techniken sind besonders kritisch einzusetzen, und nur wenn weniger invasive Methoden ohne Erfolg ausprobiert wurden. Sie sind als Teil eines Gesamtkonzepts zu verstehen, das dem Kind auch viele unmittelbar positive Erfahrungen zukommen lässt (Kerwin, 1999). Wichtig ist bei aversiv erlebbaren Techniken vor allem, dass Eltern in ihrer Verzweiflung und möglicherweise auch Wut über die Füttersituation nicht mit aggressivem Füttern reagieren. Eine rege Intervention ist unbedingt erforderlich, um das genaue Vorgehen, v. a. auch bei Widerstand des Kindes, zu optimieren und auch ethisch zu reflektieren.

Auch Elterntrainings (einzeln und in Gruppen), Erziehungsberatung (allgemein und in-vivo-Beratung des zentralen eigentlichen Füttervorgangs) und Videofeedback, von Dunitz-Scheer als „Mikroskop des Therapeuten“ (2001, S. 1352) bezeichnet, werden häufig angewandt.

### 2.2.1 Coping für überforderte Eltern: Entlastung und Containment

Frühkindliche Fütterstörungen führen meist zu „komplexen Wechselwirkungen zwischen kindlichen, elterlichen und interaktionellen Faktoren“ (von Hofacker, 2009, S. 567). Entsprechend sollten diese drei Faktoren bei der kontinuierlichen psychotherapeutischen Bearbeitung stets ausreichend berücksichtigt werden. In der Phase, in der sich ein mögliches therapeutisches Arbeitsbündnis bildet, sind die Eltern eventuell schon frustriert, erschöpft und voller Vorbehalte, wenn sie zu diesem Zeitpunkt schon viel Kraft in Therapieversuchen gelassen haben, teilweise auch traurig, aggressiv und wütend, fühlen sich insuffizient. Der für die Eltern von der Störung ausgehende Stress, z. B. in Form des Schlafentzugs und der sozialen Isolation (Hiermann et al., 2004) ist enorm und das Coping für die familiäre Kompensationsfähigkeit von zentraler Bedeutung (Greer, Gulotta, Masler, Laud, 2008). Ein kompetentes Coping im Umgang mit den Sorgen ist prognostisch wegweisend für den Verlauf der Fütterstörung und umgekehrt (Gueron-Sela, Atzaka-Poria, Meiri, Yerushalmi, 2011). Die empathische Akzeptanz und die verständnisvolle Bereitschaft, auch auf non-verbale Signale einzugehen, können eine gute Arbeitsgrundlage darstellen. Die meisten Eltern von Kindern mit Fütterstörungen haben starke Schuldgefühle (Greer et al., 2008), auch weil diese Kinder im Hilfesystem häufig eine Überidentifikation auslösen, verbunden mit Ressentiments gegen vermeintlich suboptimal versorgende

Eltern. Eine konstruktive Zusammenarbeit basiert auf der gegenseitigen Wertschätzung von Eltern und Behandlungsteam, einer Atmosphäre, die Ambivalenzen als selbstverständlich akzeptiert und Offenheit anregt (von Hofacker et al., 2004).

In den uns bekannten Fällen erfüllte fast immer wenigstens ein Elternteil die Kriterien einer „Anpassungsstörung mit kurzer (< 1 Monat) oder längerer depressiver Reaktion“ (nach ICD-10 F43.20 / F43.21). „Relevante elterliche Belastungen sind insbesondere mütterliche depressive Syndrome und Angststörungen, elterliche Trennungs- und Verlust Erfahrungen, elterliche posttraumatische Symptome nach kindlicher Frühgeburt, ungelöste mütterliche Autonomie- und Abhängigkeitskonflikte sowie mütterliche eigene Essstörungen“, wodurch „tief sitzende elterliche Verlustängste aktiviert“ werden (von Hofacker, 2009, S. 568). Liegt bei einem Elternteil eine psychische Erkrankung vor, die die Interaktion mit dem Kind deutlich beeinflusst, so sollte dies vorsichtig angesprochen werden. Der Therapeut kann helfen, passende psychiatrische Therapie, eventuell Psychotherapie oder Paartherapie zu organisieren (Hiermann et al., 2004).

Die Familientherapie fokussiert häufig auf existenzielle Ängste um den Verlust der Kinder und auch der Eltern selbst, da Fütterstörungen das gesamte Selbstbild in Frage stellen können. Sie beinhaltet eher regelhaft denn als Ausnahme die intensive Beschäftigung mit der Unsicherheit und teilweise auch Unzufriedenheit mit dem stagnierenden oder als zu langsam empfundenen Behandlungsfortschritt. „Negativ-Spirale“ oder „Teufelskreis“ sind Ausdrücke, die von den Eltern sehr häufig benutzt werden. „Wer mit dem Füttern Schwierigkeiten hat, kränkt und sorgt sich bald, eine Beziehungsbelastung entsteht und die Beziehungswelten zu den Einfluss nehmenden Helfern werden im Fall einer Nichtverbesserung der Gesamtsituation ebenfalls schnell massiv negativ belastet“ (Dunitz-Scheer et al., 2001, S. 1357). Nicht immer ist eine ausreichende Offenheit der Eltern zu erreichen. In einem Behandlungsfall erhielten wir glaubhafte fremdanamnestiche Informationen über gewaltsame Fütterversuche in der Anamnese, die im gesamten Therapieverlauf nicht zu bearbeiten waren, da sie nicht offiziell geäußert wurden. Solche Entscheidungen wurden in Supervisionen unter der in Kindeswohlgefährdungsfällen üblichen Rechtsgüterabwägung im Team reflektiert.

Die Professionalität des Containments, des Aufnehmens dieser *schwer verdaulichen Kost*, die eigene Verarbeitung und *Verdauung* und die *Dosis* des Anbietens dieser Aggressionen, Ohnmachtsgefühle, Verzweiflung, teilweise auch Wut, die sich dann häufig gegen das als unversorgend empfundene Behandlungsteam richtet, zur Bearbeitung. prägt die Arbeitsatmosphäre. Jacubeit spricht von für das Kind „nicht verdaubaren Affekten“ (2004, S. 271). Oft wird eine Hoffnung gepflegt, „durch gute Bemutterung und insbesondere durch gutes Füttern“ eine Gesundung zu erlangen, auch wenn „die genetische Ursache und fehlende Heilungsmöglichkeit von Krankheiten bekannt sind“ (Jacubeit, 2004). Eltern reagieren auf diese Unsicherheit z. B., indem sie stetig nach weiteren Hilfequellen suchen. Umso wichtiger sind die klaren Strukturen und Absprachen. Das Einholen von Zweitmeinungen etabliert sich im Medizinsystem, wird von den Professionellen aber noch oft als kränkend erlebt, als nicht ausreichendes Vertrauen.

### 3 Kasuistik: Fütterstörung assoziiert mit medizinischen Erkrankungen, vergesellschaftet mit Depressivität beim Kind und der Mutter sowie einer Interaktionsstörung

Mit 2,2 Jahren wurde ein in der 29. Schwangerschaftswoche geborener Patient in die Kinderpsychosomatische Klinik verlegt, weil bei der pädiatrischen Diagnostik ein Verdacht auf eine Interaktionsstörung mit der Mutter gesehen wurde und dadurch unklar war, wie sehr diese – im Vergleich zum organischen Anteil der Genese – die nicht ausreichende orale Nahrungsaufnahme mit mehrfach täglichem Erbrechen prägte. Im ambulanten Verlauf war es mehrfach zunächst zu einer Gewichtsstagnation und dann auch -abnahme gekommen, einhergehend mit einer Stagnation des Längenwachstums und der psychosozialen Entwicklung. Die Mutter wirkte beim Aufenthalt in der Pädiatrie/Gastroenterologie deutlich antriebsgemindert, aber auch unbeholfen, unsicher und unterinvolviert mit ihrem Sohn; die Fütterinteraktion wirkte frustriert und mechanistisch. Die diagnostische Unsicherheit, die Suche nach *dem einen* möglichst greif- und bearbeitbaren Grund für die Fütterstörung, verstärkte die Ohnmachtsgefühle vor allem der Mutter, weniger des Vaters. Nach dem Beziehungsaufbau im Rahmen des Liaisondienstes durch die Kinderpsychosomatik und nach einer Operation zum Gaumenspaltenverschluss wurde das Kind für 11 Wochen stationär in der Kinderpsychosomatik therapiert. Die Mutter wurde dafür mit aufgenommen. Mit den Kollegen der Gastroenterologie, Neuropädiatrie, Ernährungsberatung und Kinderchirurgie wurde in einer etablierten Liaison zusammengearbeitet, außerdem konsiliarisch mit der HNO und Orthopädie.

Das Kind war mit einem komplexen angeborenen Herzfehler vorbelastet (Ventrikelseptumdefekt, Persistierender Ductus Arteriosus, Pulmonalklappenstenose und Bronchopulmonale Dysplasie). Nach Einschätzung der Kardiologen war der Herzfehler jedoch weitgehend kompensiert und hatte kaum noch Auswirkungen auf die Blutversorgung des Kreislaufs, hatte jedoch als Mitursache für die Asthenie mit zur Füttersozialisation beigetragen. Außerdem bestanden Entwicklungsstörungen, vor allem motorisch und im sprachlichen Bereich sowie eine mittelgradige Schallempfindungsschwerhörigkeit mit zwischenzeitlicher Hörgeräteanpassung und Kleinwuchs. Diagnostisch lag eine *Fütterstörung assoziiert mit medizinischen Erkrankungen* vor (nach Chatoor). Die genannten Erkrankungen führten zu einer primär erschwerten Füttersozialisation. Diese Schwierigkeiten führten mit zur Überlastung und Unterinvolviertheit der Mutter, zu einer sich steigernden negativen Gegenseitigkeit, im Verlauf zu einer Interaktionsstörung.

Der Fokus der Therapie wurde auf eine Verbesserung der Nahrungsaufnahme und Fütterinteraktion gelegt. Hauptsächlich wurden dafür Situationsbeobachtungen, Beratung, auch durch Video-Feedback, psychotherapeutische Gespräche und systematische Desensibilisierung, angewandt. Die Füttersituation wurde mit dem Kind allein und gemeinsam mit der Mutter bearbeitet. Die gesamte Füttersituation war für beide zu Beginn sehr negativ belegt, als Stresssituation. Entsprechend wurde das

Kind vorsichtig an die Füttersituation herangeführt, was von diesem auch akzeptiert wurde, selbst wenn es am sozialen Geschehen mit den anderen Kindern am Tisch, aber noch nicht am Gefüttertwerden interessiert war. Logopädisch wurde trainiert, Berührungen im Bereich um den Mund und dann im Mund wieder besser zulassen zu können.

Die Verbesserung der Fütterinteraktion wurde durch – teilweise mehrfach tägliches – Erbrechen erschwert. Wiederholt wurde deutlich, dass das Kind Erbrechen auch als Ausdruck von Dysphorie vor allem in Versagungssituationen nutzte, dass es lernte zu ruminieren. Entsprechend wurde daran gearbeitet, dass die Situation nach dem Erbrechen unaufgeregt, ohne besondere Zuwendung für das Kind, gestaltet wurde, damit diese Phasen nicht missverständlich wie Verhaltensverstärker wirkten. Die Nahrungszusammensetzung wurde variiert, das Kind durfte sich im Kreise anderer Kinder immer wieder ausdauernd mit den Nahrungsmitteln ausprobieren. Dabei explorierte es mit Interesse, war aber oft schwach und wirkte selbst deutlich depressiv, so dass es für die Nahrungsaufnahme auch Ausdauer und Kraft antrainieren musste. Als auch im Verlauf oral keine ausreichende Nahrungsaufnahme und Gewichtszunahme erreicht werden konnte, wurde als Ergebnis einer interdisziplinären Indikationsstellung unter Narkose eine PEG Sonde (Perkutane Endoskopische Gastrostomie) angelegt. Parallel zur Sondierung, in die die Kindseltern eingeführt wurden, wurde weiterhin die orale Nahrungsaufnahme angeregt.

Die Mutter war in ihrer Überlastung depressiv dekompenziert. Sie erinnerte, in ihrer Kindheit wenig Wertschätzung und viel Belastung erfahren zu haben. Eventuell war diese unverarbeitete Hypothek ein Grund, warum sie durch Aktionismus versuchte, dass mit ihrem Sohn „alles gut“ werden sollte, er sein Entwicklungsdefizit unbedingt aufholen sollte. Sie sehnte sich sehr nach der Prognose, dass er ad integrum zum Altersdurchschnitt aufholen würde, auch wenn er selbst für medizinische Laien besonders bedürftig wirkte. Sie hatte Angst vor dem Status der *Behinderung* und konnte nicht von dem pragmatischeren und ruhigeren Vorgehen ihres Partners, des Kindsvaters, profitieren, hatte sich mit der permanenten Beschäftigung mit dem Kind und ihren Ängsten bereits in eine Burn-Out-Symptomatik manövriert. Nur zögerlich konnte sie vom Angebot Gebrauch machen, sich in objektiv und subjektiv belastenden Fütter- und anderen Situationen vom Team vertreten zu lassen. Deutlich hemmend wirkte sich anfangs ihre Freudlosigkeit und Distanz aus. Kleine Fortschritte konnte sie in ihrer Einengung nicht mehr wahrnehmen. Auch im Verlauf fiel es der Mutter teilweise leichter, sich um *andere* Kinder auf der Station zu kümmern und diese zu bewundern, als sich dem eigenen Kind zuzuwenden. Sie grübelte viel und bemühte sich um immer neue Expertise, wirkte oft innerlich sehr unruhig. Nachdem Gesprächstherapie allein nicht ausreichend antidepressiv wirkte, setzten wir zusätzlich mit Erfolg ein Antidepressivum (SSRI) ein. Besonders der Austausch mit einer anderen Mutter, die sich in einer ähnlichen Situation befand, wurde von ihr als hilfreich erlebt. Intensiv nutzte sie auch den Kliniksozialdienst, um die Unterstützungsmöglichkeiten für ihr Kind optimal auszuschöpfen (Beantragung der Pflegestufe 2 etc.).

Auch wenn das Team, ebenso wie die Eltern, höhere Erwartungen hatte, waren die deutlichen Entwicklungsfortschritte des Patienten insgesamt sehr beeindruckend. Seine Interaktion mit der Mutter verbesserte sich deutlich. Die Interaktionsarbeit fokussierte nicht nur auf die Essenssituationen, sondern allgemein auf das Erreichen von immer mehr positiver Gegenseitigkeit, z. B. auch kleine Entwicklungsfortschritte wieder erkennen zu können, im Gegensatz zu defizitorientierter Quantifizierung des Entwicklungsrückstands in den Teilbereichen. Das Kind konnte sich allmählich von der immer weniger ängstlichen Mutter ablösen und immer besser auch andere Kontaktpersonen zulassen, auch als Vorbereitung auf die bevor stehende Aufnahme in einen Kindergarten. Bei beiden konnte eine deutliche Stimmungsaufhellung beobachtet werden. In der Physiotherapie wurde nach dem Bobath-Konzept gearbeitet, außerdem Vibrationsmassagen und Lauftraining; das Kind machte deutliche motorische Fortschritte, konnte schneller und sicherer am Rollator laufen, begann kurz frei zu stehen. Außerdem erhielt es Logopädie, Ergotherapie, Musiktherapie und häufig Einzelzuwendung durch die Bezugstherapeuten.

#### 4 Limitierungen und Entwicklungspotenziale

In der Literatur wird die Notwendigkeit von mehr kontrollierten prospektiven Studien betont. Die vergleichende Untersuchung der Versorgung von Kinder und Familien mit schweren komplexen Fütterstörungen im klinischen Alltag ist durch die sehr individuelle Gesamtkonstellation mit den vielen beeinflussenden Ebenen äußerst schwierig. Wegen der jeweils einzigartigen Zusammensetzung aus klinischer Symptomatik (auf allen diagnostischen Achsen, auch Entwicklungsstand), psychosozialer Situation inklusive der Interaktionsdynamik, Alter/Entwicklungsstand (wiederum in jedem einzelnen Bereich) und der daraus resultierenden unterschiedlichen Krankheitsintensität, wird der klinische Alltag oft von dem Vorgehen geprägt, den Kindern alles erdenklich Hilfreiche durch einen integrativen Ansatz zum frühestmöglichen Zeitpunkt zukommen zu lassen. Dadurch kann die Effektivität der einzelnen Maßnahmen teilweise schwer quantifiziert und verglichen werden. Gerade solche differenzierten Studien zum integrativen Ansatz existieren unseres Wissens aktuell kaum. Hierdurch entsteht ein Publikations-Bias. Die einseitige Datenlage zugunsten verhaltenstherapeutischer Elemente verdeutlicht den hohen Forschungsbedarf in diesem Bereich. Zusätzlich werden schwierige Behandlungsverläufe aufgrund des Publikations-Bias<sup>6</sup> selten veröffentlicht (Sharp et al., 2010).

Die Zusammenstellung der Patientengruppe auf einer gemischten Kinderpsychosomatischen Station der Regelversorgung kann eine Herausforderung darstellen, da Kinder mit Fütterstörungen einerseits vulnerabler sein können, wenn Mitpatienten aggressiv agieren, andererseits durch ihre große Bedürftigkeit aber gerade bei deprivierten Mitpatienten Anspannung durch Eifersucht auslösen können. Wenn Fütterstörungen auf Stationen der Regelversorgung behandelt werden, sind deshalb zusätzliche Rückzugsräume

für die Eltern-Kind-Paare erforderlich. Einige Angebote, vor allem der Soziotherapie, mit alters- und störungsübergreifenden pädagogischen Angeboten können gemeinsam genutzt werden. In vielen Kliniken für Kinderpsychiatrie werden die Gruppen, ähnlich wie in Familien, altersübergreifend zusammengestellt. Der zeitliche Druck im klinischen Alltag einer Regelstation stellt insbesondere auch für den Pflege- und Erziehungsfachdienst eine große Herausforderung dar. Patienten mit schweren Fütterstörungen und ihre Familien benötigen oft Intensivtherapien, die in der Regelversorgung schwer integrierbar sind. Hoffentlich ermöglicht die ab 2013 anstehende Einzelleistungsabrechnung in den Kliniken für Kinderpsychosomatik, -psychotherapie und -psychiatrie es realistischer, die intensive Versorgung außerhalb von Intensivstationen abrechnen zu können, so dass Ressourcen erhalten und ausgebaut werden können. Eine ausführliche Darstellung des Mehraufwandes einer Mutter-Kind-Betreuung für den Pflege- und Erziehungsfachdienst im Vergleich zur Versorgung eines einzelnen Patienten findet sich bei Langenbrunner und Mitarbeitern (2008).

Die interdisziplinäre Versorgung von Kindern mit schweren Fütterstörungen direkt ab Behandlungsbeginn hat sich in der klinischen Praxis noch nicht etablieren können. Von Hofacker und Mitarbeiter betonten seit vielen Jahren, wie zentral das „von Anfang an integrierte, interdisziplinäre Vorgehen“ ist (2004, S. 187). Auch in Kliniken für Kinderpsychosomatik, -psychotherapie und -psychiatrie, die die Therapie von Fütterstörungen in ein allgemein-kinderpsychotherapeutisches Setting teilintegrieren, kann dieses Milieu eventuell das bestmögliche verfügbare Angebot darstellen. Die Expertise dieser Einrichtungen für die spezifischen Vulnerabilitätsfaktoren, psychopathologischen Symptome und Behandlungsaspekte im Säuglings- und Kleinkindalter hängt auf diesem noch jungen Gebiet der Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie wesentlich von klinischem Erfahrungswissen und damit auch von den Fallzahlen und vor allem dem tatsächlichen Ausmaß der interdisziplinären Zusammenarbeit ab.

## Literatur

- Ammaniti, M., Lucarelli, L., Cimino, S., D'Olimpio, F., Chatoor, I. (2010). Maternal psychopathology and child risk factors in infantile anorexia. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 233-240.
- Chatoor, I. (2009). *Diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers, and young children*. Washington, D.C.: Zero To Three.
- Dunitz-Scheer, M., Wilken, M., Lamm, B., Scheitenberger, S., Stadler, B., Schein, A., Huber, A., Schober, P., Scheer, P. (2001). Sondenentwöhnung in der frühen Kindheit. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 149, 1348-1359.
- Greer, A. J., Gulotta, C. S., Masler, E. A., Laud, R. B. (2008). Caregiver stress and outcomes of children with pediatric feeding disorders treated in an intensive interdisciplinary program. *Journal of Pediatric Psychology*, 33, 612-620.
- Gueron-Sela, N., Atzaba-Poria, N., Meiri, G., Yerushalmi, B. (2011). Maternal worries about child underweight mediate and moderate the relationship between child feeding disorders

- and mother-child feeding interactions. *Journal of Pediatric Psychology*, Advance Access published January 28, 2011.
- Hiermann, P., Hückel, D., Nickel, P., Ohlenbusch, T., Kiess, W., Merckenschlager, A. (2004). Schlafen, Schreien, Füttern – Verhaltensregulationsstörung in der frühen Kindheit. *Kinder- und Jugendmedizin*, 4, 1-7.
- Jacubeit, T. (2004). „Gespenster“ am Esstisch. Psychodynamische Aspekte in der Behandlung von Fütterstörungen. In M. Papoušek, M. Schieche, W. Wurmser (Hrsg.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit* (S. 263-280). Göttingen: Hogrefe.
- Kerwin, M. E. (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology: Severe feeding problems. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 193-214.
- Langenbrunner, U., Hornstein, C., Hohm, E., Rave, E., Schwarz, M. (2008). Die Leistungen der Pflege in der Mutter-Kind-Behandlung – eine quantitative Erhebung zur zeitlichen Inanspruchnahme. *Psychiatrische Pflege*, 14, 208-212.
- Rosen, D. S. and the Committee on Adolescence (2010). Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*, 126, 1240-1253.
- Sayal, K., Tischler, V., Coope, C., Robotham, S., Ashworth, M., Day, C., Tylee, A., Simonoff, E. (2010). Parental help-seeking in primary care for child and adolescent mental health concerns: qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 476-481.
- Sharp, W. G., Jaquess, D. L., Morton, J. F., Herzinger, C. V. (2010). Pediatric feeding disorders: A quantitative synthesis of treatment outcomes. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13, 348-365.
- von Hofacker, N., Papoušek, M., Wurmser, H. (2004). Fütter- und Gedeihstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. In M. Papoušek, M. Schieche, W. Wurmser (Hrsg.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit* (S. 171-199). Göttingen: Hogrefe.
- von Hofacker, N. (2009). Frühkindliche Fütterstörungen. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 157, 567-573.
- von Gontard, A. (2010). *Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie*. Kohlhammer: Stuttgart.
- Williams, K. E., Riegel, K., Gibbons, B., Field, D. G. (2007). Intensive Behavioral Treatment for Severe Feeding Problems: A Cost-effective Alternative to Tube Feeding? *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 19, 227-235.
- Zero To Three (Hrsg.) (2005). *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC: 0-3R): Revised Edition*. Washington, D.C.: Zero To Three.

**Korrespondenzanschrift:** Dr. Michael Kroll, Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie Universitätsklinikum Leipzig, Liebigstr. 20a, 04103 Leipzig;  
E-Mail: Michael.Kroll@uniklinik-leipzig.de