

Margarete Bolten · Eva Möhler
Alexander von Gontard

Psychische Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter

Exzessives Schreien,
Schlaf- und Fütterstörungen



HOGREFE



Psychische Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter

Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie

Band 17

Psychische Störung im Säuglings- und Kleinkindalter

**von Dr. Margarete Bolten, Prof. Dr. Eva Möhler
und Prof. Dr. Alexander von Gontard**

Herausgeber der Reihe:

**Prof. Dr. Manfred Döpfner, Prof. Dr. Gerd Lehmkuhl,
Prof. Dr. Franz Petermann**

Psychische Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter

Exzessives Schreien,
Schlaf- und Fütterstörungen

von

Margarete Bolten, Eva Möhler
und Alexander von Gontard

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD
PRAG · TORONTO · BOSTON · AMSTERDAM
KOPENHAGEN · STOCKHOLM · FLORENZ

Dr. rer. nat. Margarete Bolten, geb. 1976. Seit 2010 Leiterin der Arbeitsgruppe Risiko- und Resilienzforschung an den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) und seit 2009 Lehrbeauftragte in der Abteilung für Klinische Kinder- und Jugendpsychologie der Universität Basel.

Prof. Dr. med. Eva Möhler, geb. 1965. Seit 2008 Leitung der SHG-Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie /-psychotherapie am Standort Saarbrücken und seit 2010 außerordentliche Professorin an der medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg.

Prof. Dr. med. Alexander von Gontard, geb. 1954. Seit 2003 Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

© 2013 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen • Bern • Wien • Paris • Oxford • Prag • Toronto • Boston
Amsterdam • Kopenhagen • Stockholm • Florenz
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Satz: ARThür, Grafik-Design & Kunst, Weimar
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2373-9

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Einleitung

Psychische Störungen können auch bei sehr jungen Kindern vorkommen. So zeigen 14 bis 25 % aller Vorschulkinder relevante Auffälligkeiten, bei 9 bis 12 % sind diese sogar mit Beeinträchtigungen im Alltag verbunden (Egger & Angold, 2006). Selbst wenn man konservativ vorgeht und die Rate von 9 bis 12 % zugrunde liegt, sind psychische Störungen bei jungen Kindern genauso häufig wie bei Schulkindern und sogar Jugendlichen. Sie gehen mit subjektivem Leiden und Belastungen für Kinder und Eltern einher und können die weitere Entwicklung negativ beeinflussen.

Psychische Störungen bei jungen Kindern sind vielgestaltig. Jede dieser Störungen weist auch bei jungen Kindern eine eigene typische Symptomatik auf mit spezifischen, wirksamen Therapieansätzen. Darüber hinaus beruht jede dieser Störungen jeweils auf unterschiedlichen Ursachen und Genesen. Frühere Annahmen, dass viele Störungen bei jungen Kindern als Symptomatik der „Regulation“ – der eigenen inneren Homöostase, wie auch der Interaktion mit Bezugspersonen – zu verstehen sind, sind zu kurz gegriffen. So unterschiedlich die Störungen sind, so differenziert muss man ihre Pathogenese, wie auch ihre klinische Symptomatik verstehen.

Dieses differenzierte Vorgehen wird auch in den neuen interdisziplinären Leitlinien zu „Psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter“ verfolgt, die von der AWMF (Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften) begleitet und koordiniert wurden und 2013 erscheinen werden. Dieser Band lehnt sich eng an diese Leitlinien an und gibt somit aktuelle Hinweise und Empfehlungen wieder, die sich an der wissenschaftlichen, internationalen Evidenz, wie auch an dem interdisziplinären Konsens orientieren („S2“ gibt das Niveau der Leitlinien an, „k“ steht für Konsens).

Alle Störungen des Vorschulalters lassen sich jedoch in einem einzigen Leitfaden nicht adäquat behandeln. Deshalb wurden drei Problembereiche bzw. Störungen für den ersten speziellen Band zu psychischen Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter ausgewählt, die in der Beratung und Therapie von besonderer Relevanz sind und unterschiedliche Altersgruppen umfassen: Das exzessive Schreien, die Ein- und Durchschlafstörungen sowie die Fütter- und Essstörungen.

Das Ziel dieses Leitfadens ist es, praktisch relevante Hinweise zur Diagnostik und Therapie von diesen drei Störungsbereichen zu geben. Die drei Autoren sind ausgewiesene Experten auf dem Gebiet von psychischen Störungen bei jungen Kindern. Durch ihre unterschiedlichen Qualifikationen gewährleisten sie, dass die aktuellsten wissenschaftlichen und praktischen Standards der Kinderpsychologie (M.B.) der Kinderpsychiatrie (E. M., A. v. G.) und der Kinderheilkunde (A. v. G.) interdisziplinär wiedergegeben werden. Unser Ziel war es dabei ein gut lesbares Buch „in einem Guss“ zu schreiben, da es viele Überschneidungen bzw. komorbides Auftreten dieser drei Störungsbereiche gibt. Wir haben uns deshalb entschieden in diesem Leitfaden nicht die drei Problembereiche getrennt in separaten Kapiteln zu behandeln, sondern unsere jeweiligen Beiträge zu koordinieren. Trotzdem sollte Raum für individuellen Stil und Schwerpunkten gewährt werden. So hat M. B. das Gerüst für diesen Leitfaden geliefert, einen Großteil der allgemeinen Kapitel geschrieben und speziell das exzes-

sive Schreien behandelt. E. M. hat den neuesten Stand zu den Schlafstörungen beige-
tragen. A. v. G. schließlich hat die Abschnitte zu den Fütter- und Essstörungen verfasst.

Der Leitfaden unterteilt sich insgesamt in fünf Kapitel:

- 1** Im ersten Teil des Buches wird der Stand der Forschung hinsichtlich der Symptomatik, Definition und Klassifikation, Prävalenz, Pathogenese und Therapie zusammenfassend dargestellt.
- 2** Im zweiten Teil werden die Leitlinien zu folgenden Bereichen formuliert und ihre Umsetzung in die klinische Praxis dargestellt: Diagnostik und Verlaufskontrolle; Behandlungsindikation; Behandlung.
- 3** Im dritten Kapitel werden Verfahren kurz beschrieben, welche für die Diagnostik, Verlaufskontrolle und Behandlung eingesetzt werden können.
- 4** Das vierte Kapitel enthält Materialien zur Diagnostik und Therapie. Diese Materialien können in der vorliegenden Form kopiert und direkt eingesetzt oder entsprechend modifiziert werden.
- 5** Im fünften Kapitel werden zwei ausführliche Fallbeispiele für das exzessive Schreien und für Schlafstörungen sowie zwei kürzere Fallbeispiele für Fütterstörungen angeführt, welche die Umsetzung der Leitlinien in die klinische Praxis illustrieren.

Dieser Leitfaden wird durch den kompakten Ratgeber „Exzessives Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter“ (Bolten, Möhler & von Gontard, 2012) ergänzt, der Informationen vor allem für Eltern enthält, aber auch für Pädagogen und andere Bezugspersonen, welche junge Kinder betreuen, von Interesse sein kann. Der Ratgeber informiert dabei kurz über die Symptomatik, Ursachen und Verlauf vom exzessiven Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen und gibt Eltern konkrete und praktisch umsetzbare Hinweise an die Hand.

Danken möchte ich (A. v. G.) allen Kolleginnen und Kollegen an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikum des Saarlandes, die seit 2003 aktiv unsere Spezialambulanz für Säuglinge und Kleinkinder mit psychischen Störungen und ihre Eltern aufgebaut haben. Auch den Kollegen, die aktiv Konzepte zur Behandlung junger Kinder auf unserer Mutter-Kind-Station entwickelt sowie in unserer Tagesklinik mitgewirkt haben, danke ich sehr. Durch ihr Engagement und ihre Innovationsfreude habe ich persönlich viel gelernt, ebenso wie durch unsere jungen Patienten und Eltern, die sich unserer Klinik anvertraut haben. Danken möchten wir auch Stefanie Brennwald, Vincenza Iacolino, Samuel Imbeck und Birgit Weber, die uns beim Schreiben und Überarbeiten des Manuskriptes eine große Unterstützung waren und zu dem Band entscheidend beigetragen haben.

Basel, Saarbrücken und Homburg, Oktober 2012

*Margarete Bolten,
Eva Möhler
und Alexander von Gontard*

Inhalt

1	Stand der Forschung	1
1.1	Aspekte der psychischen Entwicklung in der frühen Kindheit	1
1.2	Klinische Symptomatik und Leitsymptome	5
1.3	Definition und Klassifikation	11
1.4	Epidemiologie und Verlauf	23
1.5	Pathogenese	25
1.6	Zusammenfassende Bewertung	36
1.7	Differenzialdiagnose und Probleme der Diagnosestellung	37
1.8	Verlauf und Prognose	43
1.9	Therapie	45
1.9.1	Verhaltensorientierte Methoden	47
1.9.2	Tiefenpsychologisch-psychodynamische Methoden	57
1.9.3	Alternative Therapieansätze	63
1.9.4	Therapiewirksamkeit	66
2	Leitlinien	71
2.1	Leitlinien zur Diagnostik und Verlaufskontrolle	71
2.1.1	Exploration der Eltern zur aktuellen Problematik	72
2.1.2	Psychopathologische Beurteilung des Kindes	81
2.1.3	Beurteilung der Eltern-Kind-Beziehung	83
2.1.4	Beurteilung der psychosozialen Umwelt	86
2.1.5	Körperliche Untersuchung	87
2.1.6	Spezifisches Vorgehen bei Fütterstörungen	88
2.1.7	Verlaufskontrolle	89
2.2	Leitlinien zur Behandlungsindikation	90
2.2.1	Indikation für die Behandlung des exzessiven Schreiens im Säuglings- und Kleinkindalter	90
2.2.2	Indikation für die Behandlung von Schlafstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter	94
2.2.3	Indikation für die Behandlung von Fütterstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter	97
2.3	Leitlinien zur Behandlung	101
2.3.1	Behandlung des exzessiven Schreiens	101
2.3.2	Behandlung von Schlafstörungen	108
2.3.3	Behandlung von Fütterstörungen	113

3	Verfahren zu Diagnostik und Therapie	121
3.1	Verfahren zur Diagnostik	121
3.1.1	Materialien zur Exploration und Symptomabschätzung	121
3.1.2	Beobachtungs- und Verlaufsprotokolle	121
3.1.3	Materialien zur Einschätzung der elterlichen Belastung	122
3.2	Verfahren zur Therapie	122
4	Materialien	125
M01	Explorationsschema für Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter	126
M02	Ersterhebungsbogen bei Therapien von Fütterstörungen oder Sondenentwöhnung	134
M03	Schrei-, Schlaf- und Füttertagebuch	138
M04	Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).	140
M05	Protokollbogen zur videogestützten Interaktionsanalyse	141
M06	Merkblatt „Schreien“	142
M07	Merkblatt „Schlafen“	145
M08	Merkblatt „Goldene Regeln zur Unterstützung der Schlaf-Wach-Organisation“	148
M09	Merkblatt „Prävention von Schlafstörungen während der ersten drei Monate“	150
M10	Merkblatt „Voraussetzungen für eine gelingende Schlafintervention (ab dem sechsten Lebensmonat)“	151
M11	Merkblatt „Füttern“	152
M12	Merkblatt „Allgemeine Essensregeln“	153
M13	Essensplan	154
M14	Essensprotokoll	155
M15	Trinkplan	156
M16	Therapieplan	157
5	Fallbeispiele	158
5.1	Exzessives Schreien	158
5.2	Schlafstörungen	163
5.3	Fütterstörungen	166
6	Literatur	171

1 Stand der Forschung

1.1 Aspekte der psychischen Entwicklung in der frühen Kindheit

Das Säuglings- und Kleinkindalter ist durch eine sehr hohe Entwicklungsdynamik gekennzeichnet. Menschliche Neugeborene sind nach Adolf Portmann „physiologische Frühgeburten“ (Portmann, 1951). Entsprechend kommen menschliche Neugeborene mit einem relativ unreifen Nervensystem zur Welt und durchlaufen postnatal erhebliche Reifungs- und Anpassungsprozesse. Eine aktuelle Studie von Knickmeyer et al. (2008) hat gezeigt, dass im ersten Lebensjahr das Hirnvolumen um 101 % zunimmt. Das Hauptwachstum im ersten Jahr geht dabei in erster Linie auf das enorme Wachstum der grauen Substanz zurück, welche sogar um 149 % zunimmt (Knickmeyer et al., 2008). Frühe sozioemotionale Erfahrungen werden durch den Säugling bzw. das Kleinkind also während der Zeit des stärksten Hirnwachstums gemacht und prägen entsprechend die biologische Struktur des wachsenden Gehirns nachhaltig. Folglich wirken sich Interaktionserfahrungen des Kindes mit den Eltern auf die biologische Ausformung von Gehirnfunktionen maßgeblich aus (Heim & Nemeroff, 2001, 2009).

Neugeborene Kinder haben ein relativ unreifes Nervensystem

Frühe Interaktionserfahrungen wirken sich auf die Ausformung der Hirnfunktionen aus

Neben den neuronalen Reifungsprozessen vollbringen Säuglinge besonders in den ersten 3 Lebensmonaten enorme physiologische Anpassungsleistung. Während das Kind intrauterin stabile Wärme-, Licht- und Lautstärkebedingungen vorgefunden hat, wirken in der extrauterinen Umwelt häufig wechselnde Reize auf das Kind ein. Der Wärmehaushalt muss reguliert, Nahrung selbstständig aufgenommen und verdaut und Reize verarbeitet bzw. ausgeblendet werden. All dies kann das noch unreife System des Kindes überlasten und entsprechend können diese Reifeprozesse in den ersten Lebensmonaten Quelle von Anpassungsproblemen sein.

Die ersten 3 Monate sind von enormen Anpassungsleistungen des Neugeborenen geprägt

Schreien

Ein Säugling ist bereits von Geburt an mit einer Reihe von Kompetenzen ausgestattet, welche es ihm ermöglichen, mit seinen Bezugspersonen in soziale Interaktion zu treten und damit sein Überleben zu sichern (Brazelton, 1974). Von den Ausdrucksmöglichkeiten eines Babys ist das Schreien die stärkste Form. Schreien ist die effektivste und wichtigste Kommunikationsform eines Neugeborenen und Säuglings, um der Umwelt Bedürfnisse wie Hunger, Durst, Frieren oder Schwitzen, Missbehagen oder Schmerzen bei Erkrankungen, sowie Bedürfnis nach Nähe mitzuteilen (LaGasse, Neal & Lester, 2005). Schreien erweckt bei Betreuungspersonen innerhalb kürzester Zeit eine starke Motivation, etwas zu tun, um den

Schreien ist die erste und wichtigste Kommunikationsform von Säuglingen

Anlass des Schreiens herauszufinden und das Schreien zu beenden (Solitis, 2004). Somit hat das Schreien einen hohen evolutionären Stellenwert, da es für das Überleben von Kindern von zentraler Bedeutung ist (Hofer, 2002; Zeifman, 2001). Schreien führt bei den Eltern zu emotionaler Erregung, einer Steigerung der Herzfrequenz und des Blutdrucks. Schreien weckt Fürsorglichkeit und ein Bedürfnis, das Baby auf den Arm zu nehmen, zu wiegen und mit beruhigender Stimme zu trösten.

In den
ersten 3
Monaten
schreien
Säuglinge
im Durch-
schnitt
1,5–2 Stun-
den täglich

In westlichen Gesellschaften ist bei gesunden Säuglingen ein charakteristischer Verlauf des Schreiens in den ersten 3 Lebensmonaten zu beobachten (Brazelton, 1962; Lucas & St James-Roberts, 1998). Von der Geburt bis zur 6. Lebenswoche nimmt das Schreien kontinuierlich zu (auf durchschnittlich etwa 1,5 bis 2 Stunden täglich), um dann schließlich bis zum ersten Lebensjahr auf ca. 1 Stunde täglich abzusinken. Es gibt eine Häufung des Quengels und Schreiens in den Abendstunden zwischen 17.00 und 22.00 Uhr. Längere Schreiphasen in der Nacht sind selten. Diese Muster gehören zur ganz normalen Entwicklung eines Kindes und sind wahrscheinlich Ausdruck steigender und schließlich gemeisterter Entwicklungsaufgaben. Wegen der hohen interindividuellen Variabilität, ist auch das exzessive Schreien in den ersten 3 Monaten als normale Entwicklungsvariante zu sehen. Nur persistierendes exzessives Schreien über das Alter von 6 Monaten hinaus ist eindeutig mit Entwicklungsauffälligkeiten assoziiert.

Schlafen

Erwachsene
und Säug-
linge unter-
scheiden
sich deut-
lich in ihrer
Schlafarchi-
tektur und
ihrem
Schlaf-
bedürfnis

Der Schlaf von Säuglingen und Kleinkindern unterscheidet sich massiv von jenem der Erwachsenen (Singh, Gill, Soni & Raizada, 1992). Das Schlafbedürfnis von Kleinkindern ist relativ hoch. Neugeborene verbringen fast den gesamten Tag schlafend (etwa 16 bis 18 Stunden täglich). Mit zunehmendem Alter nimmt jedoch das Schlafbedürfnis deutlich ab. So benötigen Kinder mit 6 Monaten etwa 14 bis 15 Stunden und mit einem Jahr durchschnittlich etwa 12 Stunden Schlaf täglich (Iglowstein, Jenni, Molinari & Largo, 2003).

Nächtliches
Erwachen
ist im
ersten
Lebensjahr
die Regel
nicht die
Ausnahme

Bei Neugeborenen ist der Gesamtschlaf relativ gleichmäßig über den gesamten Tag hinweg auf mehrere Schlafphasen verteilt. Dabei ist ein immer wiederkehrender Zyklus von ca. 3 Stunden Schlaf gefolgt von einer einstündigen Wachphase zu beobachten. Die Wachphasen tagsüber werden jedoch mit zunehmendem Alter des Kindes länger, so dass sich etwa ab 12 Wochen bei den meisten Kindern zunehmend ein Nachtschlaf etabliert. Im Alter von 6 Monaten beträgt die längste Schlafphase im Mittel 6 Stunden. Dabei ist der Nachtschlaf bei den meisten Kindern in 2 Schlafperioden unterteilt, welche von einer Wachphase zur Nahrungsaufnahme unterbrochen ist. Somit ist nächtliches Erwachen im ersten Lebensjahr die Regel, nicht die Ausnahme. Tagsüber weisen die Kinder in diesem Alter im Mittel 2 kürzere Schlafepisoden auf.

Gegen Ende des ersten Lebensjahres sind die meisten Säuglinge nun in der Lage durchzuschlafen. Der Nachtschlaf hat sich weitestgehend etabliert. Zwischen dem ersten und dem zweiten Lebensjahr reduziert sich zudem der Tagschlaf auf eine einzelne Schlafepisode (Iglowstein et al., 2003).

Nahrungsaufnahme

Die kindliche Ernährungsform ist der jeweiligen Entwicklungsphase angepasst. Sie entspricht den Möglichkeiten des Organismus, bestimmte Nahrungsmittel aufzunehmen und zu verdauen. Intrauterin erlerntes Saugen und Schlucken von Fruchtwasser wird bei der Geburt durch die Atmung in einen komplexen physiologischen Prozess integriert, in welchem das Neugeborene autonom atmet, saugt und seinen Speichel schluckt (Gewolb, Fishman, Qureshi & Vice, 2004).

Die kindliche Ernährungsform muss der jeweiligen Entwicklungsphase angepasst sein

Im Säuglingsalter, also bis ca. zum 6. Lebensmonat, wird die benötigte Energie des Kindes ausschließlich durch die Aufnahme von Muttermilch oder Säuglingsmilch gedeckt. Das Kind ist somit vollständig von seinen Eltern abhängig. Im Laufe der weiteren Entwicklung des Kindes wird dieses zunehmend selbstständiger und möchte sich beispielsweise selbst füttern. Fütterungsprobleme sind deshalb auch häufig im Kontext der Autonomieentwicklung zu sehen (Chatoor, Schaefer, Dickson & Egan, 1984).

Zwischen dem 6. und 9. Lebensmonat kann der Bedarf an Proteinen und anderen Nährstoffen nicht mehr ausschließlich durch Milchnahrung gedeckt werden und Säuglinge sind nun besonders empfänglich für die Umstellung auf feste Nahrung (Wolke, 2000). Spätestens mit 12 Monaten ist das Kind in der Lage, das Nahrungsangebot seiner Umgebung mit einiger Hilfestellung, wie Hochstuhl oder Kinderlöffel, motorisch und gastroenterologisch zu verkraften. Kinder entwickeln eine Vorliebe für jene Speisen, welche ihnen ihre Umgebung (also die Eltern) anbietet. So ist die Essensentwicklung funktionell, motorisch, olfaktorisch und geschmacksmäßig stark kulturell geprägt. Im Laufe der Kindheit entwickeln sich spezifische Geschmacksvorlieben noch weiter aus. Das Kleinkind kann sich aber so ernähren, wie die ihn umgebenden Erwachsenen.

Nach Chatoor (2009) können 3 Phasen der Essensentwicklung unterschieden werden, die eng mit der Interaktion zwischen Kind und Bezugspersonen assoziiert sind. Als erstes lernt das Neugeborene und der junge Säugling, Hungergefühle zu signalisieren, während der Nahrungszufuhr einen Zustand der wachen Aufmerksamkeit zu erreichen und beizubehalten (d.h. weder zu schläfrig, noch zu erregt) und dann seine Satttheit mitzuteilen. Ab dem Alter von 2 Monaten schließt die Nahrungsaufnahme einen zunehmend differenzierte Interaktion mit Vokalisation, Gesichts-

Die Essensentwicklung eines Kindes ist massgeblich mit der Interaktion mit seiner Bezugsperson verbunden

Tabelle 1: Entwicklung von Fütter- und Essfähigkeiten (nach Haas, 2010)

Alter	Nahrung	Position	Orale Muster	Selbst-Fütterung
1 Monat	Flüssigkeit: Flasche oder Brust	Halb liegend oder Seitenlage mit leicht gebeugtem Kopf	– Saugen – Verliert Flüssigkeit – Zwei- oder mehrfaches Saugen mit Pausen zum Atmen und Schlucken	– Bringt Hände zum Mund
4 Monate	Flüssigkeit, Brei	Unterstützt halb sitzend oder sitzend	– Saugen – Verliert keine Flüssigkeit – Zunge vorstreckend beim Saugen	– Führt beide Hände zur Flasche – Hält Flasche alleine mit 6 Mon. – Becher kann mit 6 Mon. eingeführt werden
9 Monate	Flüssigkeit und grob geschnittene Nahrung, auch Fleisch	Sitzt alleine im Hochstuhl	– Saugen bei Flüssigkeit – Zunge vorgestreckt – Kann weichen Keks kauen – Kaum Verlust von Nahrung bei Löffelfütterung – Lippen können Nahrung aufnehmen	– Hält Becher und trinkt wenige Schlucke – Kann mit Fingern essen – Bringt Löffel zum Mund mit Kleckern
18 Monate	Flüssigkeit, grob und fein geschnittene Nahrung, auch Obst und Gemüse	Sitzt ohne Unterstützung am Tisch der Familie oder auf Kinderstuhl am Kindertisch	– Guter Mundschluss beim Trinken – Kann harten Keks kauen – Diagonal-kreisende Kaubewegungen gut koordiniert	– Nimmt Nahrung mit Löffel auf, kann mit Gabel stochern und zum Mund bringen – Kann ganze Mahlzeit alleine essen – Kein Stillen oder Flaschenfütterung
24 Monate	Fast alle Nahrung – außer fester Nahrung (wie Nüsse, harte Süßigkeiten mit Gefahr für Aspiration und Verschlucken)	Sitzt am Tisch	– Diagonal und ganz kreisende Kaubewegungen	– Bringt Löffel oder Gabel zum Mund und isst mit Fingern
3–4 Jahre	Fast alle Nahrung	Sitzt am Tisch	– Voll integriertes Kauen – Mund fast ganz geschlossen	– Hilfe beim Schneiden erforderlich – Versteht was essbar ist
5 Jahre	Fast alle Nahrung	Sitzt am Tisch	– Kann mit geschlossenem Mund kauen	– Braucht Hilfe beim Schneiden fester Nahrung

mimik und körperlichen Kontakt ein. Im Alter von 6 Monaten bis 3 Jahren wird eine Balance zwischen Autonomiebedürfnissen und Abhängigkeit zwischen Kind und Eltern auch beim Essen ausgehandelt. In allen diesen Phasen kann es zu Fehlinterpretationen und dysfunktionalen Interaktionen zwischen Kind und Bezugspersonen kommen. Neben den häufigen Fütter- und Essproblemen können somit auch manifeste Störungen entstehen, die langfristig persistieren können.

Eine genaue Übersicht über die Entwicklungsmeilensteine des Füttern und Essens findet sich bei Hass (2010). Wie in Tabelle 1 ersichtlich, kann der Entwicklungsverlauf nach Art der Nahrung, Positionierung während des Essens, oralen Mustern und Selbstfütterung unterschieden werden.

1.2 Klinische Symptomatik und Leitsymptome

Exzessives Schreien

Das exzessive Schreien wird auch häufig unter dem Namen „Drei-Monats-Koliken“ oder „Kolikenschreien“ beschrieben. Die passagere Schreiproblematik, welche auf die ersten 3 Lebensmonate begrenzt ist, tritt meist in physiologischen Reifungs- und Adaptationsphasen auf und geht zudem oftmals mit einer Beeinträchtigung der Schlaf-Wach-Regulation, aber auch mit Problemen bei der Nahrungsaufnahme einher. Abzugrenzen ist diese passager auftretende Schreiproblematik vom persistierenden exzessiven Schreien, welches über den 3. bis 6. Lebensmonat hinaus anhält. Dieses ist oftmals mit Entwicklungsstörungen in anderen Bereichen assoziiert, welche entsprechend diagnostiziert und klassifiziert werden müssen.

Hauptmerkmale des exzessiven Schreiens sind das anfallartige und unstillbare Schreien, welches ohne erkennbaren Grund bei einem ansonsten körperlich gesunden Säugling auftritt (Wessel, Cobb, Jackson, Harris & Detwiler, 1954). Weitere beobachtbare Merkmale des Schreiens sind das Versteifen von Gliedmaßen oder das Überstrecken von Kopf und Rumpf, hochrote Hautfarbe und hohe schrille Schreie. Die Kinder sprechen auf angemessene Beruhigungsversuche nicht an. Zudem fallen die Säuglinge während ihrer Wachphasen durch eine erhöhte Schreckhaftigkeit sowie häufiges Quengeln und Schreien auf. Organische Ursachen können in der Regel nicht gefunden werden (Miller & Barr, 1991). Im Vordergrund steht bei diesen Kindern also die starke Irritabilität, die Unfähigkeit abzuschalten und sich selbst zu beruhigen. Die betroffenen Kinder weisen also Defizite in ihrer Fähigkeit zu eigenständigen Regulation innerer Erregungszustände auf. Zudem ist bei vielen exzessiv schreienden Kindern ein hoher Muskeltonus zu beobachten. Die Säuglinge sind sehr empfindlich für Reize bzw. filterschwach auf den meisten Sinneskanälen, sie

Exzessives Schreien = anfallartiges, unstillbares Schreien, welches oft mit erhöhtem Muskeltonus und Problemen der Schlaf-Wachregulation verbunden ist

haben kaum ruhige Wachphasen, können nur schlecht „abschalten“, sind geruchs-, geräusch-, berührungs- oder lageempfindlich. Sie reagieren auf angebotene Stimuli oft mit sehr starker Erregung und sind schnell überreizt (Papoušek & von Hofacker, 1998). Entsprechend haben diese Kinder nur kurze Tagschlafphasen (meist weniger als 30 Minuten) und ausgeprägte Ein- und Durchschlafprobleme. Exzessiv schreiende Kinder schlafen deshalb im Mittel etwa 1,5 Stunden weniger als Säuglinge ohne Schreiproblematik (H. Papoušek & Papoušek, 1996). Dies bewirkt schließlich eine Kumulation der Schreiphasen in den Abendstunden durch Übermüdung bzw. Reizüberflutung.

Stimulation kann beim schreienden Säugling eine Psychostabilität erzeugen, die zwar das Schreien kurzfristig stoppt, langfristig aber keine Beruhigung bringt

Paradoxerweise gelingt es dem Säugling bzw. seinen Eltern oftmals, sich durch ständig wechselnde Stimuli und intensive vestibuläre Reize (Herumtragen, Schaukeln, Hüpfen) in einer Art Pseudobalance zu halten. Durch maskierende Geräusche (Fön, Staubsauger oder Auto) können Schreizustände kurzfristig durchbrochen werden. Jedoch beruhigen sich die Kinder nicht wirklich, so dass es zu einer Steigerung der Überreizung kommt. Trotz der Übermüdung, kann der Säugling aufgrund seiner selbstregulatorischen Schwierigkeiten und der Überreiztheit nicht abschalten und sich beruhigen. Die Kinder finden nicht zur Ruhe und in den Schlaf, so dass es schließlich zu eskalierendem Schreien kommen kann.

Schlafstörungen

Der Tag-Nacht-Rhythmus bildet sich im Verlauf der frühen Kindheit langsam aus, nächtliches Aufwachen, auch weit über das erste Lebensjahr hinaus, ist also nicht zwangsläufig als pathologisch zu werten, das Vorliegen einer Schlafstörung hängt vielmehr von der Ausprägung und der subjektiven Belastung der nächtlichen Schlafunterbrechungen ab. Wir kennen zwei Formen der Schlafstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter, welche sich in vielen Fällen nur bedingt voneinander trennen lassen:

Schlafstörungen = Ein- und Durchschlafstörungen

1. Die *Einschlafstörung* zeichnet sich entsprechend den RDC-PA-Kriterien (2002) durch eine Unfähigkeit des Säuglings aus, ohne elterliche Hilfe einzuschlafen (Mindell et al., 2006). Die Einschlafstörung ist durch folgende Eigenschaften gekennzeichnet:
 - Das Einschlafen gelingt nur mit Einschlafhilfe der Eltern (Herumtragen, Stillen, Singen, Streicheln etc.) und
 - Die Einschlafdauer beträgt im Durchschnitt mehr als 30 Minuten. Die Kinder versuchen das Einschlafen hinauszuzögern durch Weinen, Rufen, Klammern und andere aufmerksamkeitsuchende Verhaltensweisen, nach Erwerb lokomotorischer Fähigkeiten klettern sie wieder aus dem Bett hinaus, verlangen nach Essen, Getränken und elterlicher Zuwendung.
2. Bei der *Durchschlafstörung* wird der Säugling nachts mehrfach wach und kann nicht von selbst in den Schlaf zurückfinden, so dass dies zu

einem fraktionierten Nachtschlaf der Bezugspersonen führt. Außerdem wird für die Diagnose einer Durchschlafstörung gefordert, dass das Kind

- durchschnittlich öfter als dreimal pro Nacht aufwacht,
- ohne elterliche Hilfen nicht wieder einschlafen kann und
- die nächtlichen Aufwachperioden im Durchschnitt länger als 20 Minuten dauern.

Letztere Symptomatik wird im Alter von unter 6 Monaten nur bei erheblicher elterlicher Belastung als pathologisch angesehen. Bei jungen Säuglingen, insbesondere innerhalb der ersten 3 Lebensmonate, geht eine Unreife der Schlaf-Wach-Regulation häufig mit exzessivem Schreien einher, und es kommt durch diese Unreife zu langen nächtlichen Wachphasen, ohne dass allerdings von einer Schlafstörung im eigentlichen Sinne gesprochen werden sollte. Wiederholtes, kurzes nächtliches Aufwachen ist im Säuglingsalter physiologisch sinnvoll. Die meisten Säuglinge erwerben allerdings bereits innerhalb der ersten Lebensmonate die Fähigkeit, ohne wesentliche elterliche Hilfe wieder einzuschlafen. Phänomenologisch protestieren auch Kinder mit Durchschlafstörung gegen das alleine im Bettchen liegen. Sie weinen, rufen und schreien mitten in der Nacht oder versuchen nach Erwerb der lokomotorischen Fähigkeiten aus dem Bett zu klettern.

Ein- und Durchschlafstörung treten häufig gemeinsam auf, da die Unfähigkeit, alleine einzuschlafen, sich beim nächtlichen Aufwachen erneut manifestiert. Von den Leitlinien der Fachgesellschaften (AWMF) wird eine Persistenz der Symptomatik über mindestens 4 Wochen ab einem Alter von 12 Monaten gefordert.

AWMF-Leitlinien: Diagnose von Schlafstörungen erst ab 12 Monaten

Andererseits sind die o. g. diagnostischen Kriterien angesichts der Ergebnisse von Sadeh und Mitarbeiter (2009) kritisch zu betrachten. Sie befragten 5.006 Eltern zu ihren Einschlafritualen: Danach schliefen 17 % der 2- bis 3-jährigen Kinder im Bettchen mit elterlicher Anwesenheit ein, 15 % im elterlichen Bett mit Anwesenheit der Eltern, 11 % bei laufendem Fernsehen, 7 % mussten gehalten werden, 4 % geschaukelt und 3 % benötigten ein Fläschchen. Dies bedeutet, dass mehr als die Hälfte aller Kleinkinder nicht ohne exogene Einschlafhilfe zu Bett geht. Insofern ist die extreme elterliche Belastung als zusätzliches diagnostisches Kriterium unbedingt hervorzuheben, denn grundsätzlich unterliegen die Schlafgewohnheiten der o. g. Studie zufolge ganz offensichtlich einer erheblichen Varianz.

Auch bei den Durchschlafstörungen ist das Kriterium der elterlichen Einschlafhilfe angesichts der Ergebnisse von Sadeh und Mitarbeitern (2009) kritisch zu hinterfragen: 32 % der Eltern gaben an, das Kind im Bettchen zu streicheln, 22 % es hochzuheben und zurückzulegen, 20 % es ins elterliche Bett zu nehmen, 11 % das Kind zum Einschlafen zu halten und zu schaukeln, 8 % zu singen und 5 % ein Fläschchen zu geben.

Nur 40 % der Eltern gaben an, ein paar Minuten zu warten, 12 % ließen die Kinder bis zum Einschlafen schreien. Diese Zahlen deuten also darauf hin, dass offensichtlich nur ein sehr kleiner Prozentsatz der Säuglinge und Kleinkinder in der untersuchten Stichprobe beim nächtlichen Erwachen ohne elterliche oder anderweitige exogene Einschlafhilfe wieder einschläft, was den Wert dieses diagnostischen Kriteriums entscheidend reduziert und wiederum dem subjektiven elterlichen Belastungsfaktor eine erhebliche Bedeutung zumisst.

Fütter- und Essstörungen

**Fütterungs-
probleme =
häufiges
Problem im
Säuglings-
und Klein-
kindalter**

Probleme beim Füttern und Essen sind nicht nur häufig, sondern auch vielgestaltig. Sie können schon Neugeborene betreffen, aber auch Klein- und Vorschulkinder – und sich bis ins Schul- bzw. Jugendalter fortsetzen. Nach Chatoor (2009) haben bis zu 25 % aller Kinder mit normaler typischer Entwicklung und bis zu 80 % der Kinder mit Behinderungen und Entwicklungsstörungen Fütterprobleme. Diese häufigen, subklinischen, aber durchaus belastende Probleme sind von schweren klinisch manifesten Ess- und Fütterstörungen abzugrenzen, die 1 bis 2 % aller Kinder betreffen. Ähnlich variabel wie Prävalenz und Schweregrad kann auch die Symptomatik sein. Deshalb erfolgt zunächst eine Beschreibung der häufigen, subklinischen Symptome. Anschließend wird die klinische Symptomatik der Fütterstörungen im engeren Sinne referiert.

Einen sehr schönen Einblick in mögliche Fütter- und Essprobleme (d. h. nicht Störungen im engeren Sinn) von 30 Monate alten Kleinkindern (2½ Jahre alt) liefert die Studie von Wright et al. (2007). In dieser nicht selektierten Stichprobe berichteten 20 % der Eltern von Essproblemen. Von diesen Kindern aßen 49 % nur eine eingeschränkte Zahl von Nahrungsmitteln, 39 % bevorzugten Getränke gegenüber fester Nahrung, 23 % aßen zu langsam, 18 % waren am Essen nicht interessiert, 18 % wehrten sich gegen das Füttern und 4 % verweigerten feste Nahrung. Interessant sind auch die Strategien, die auch die Eltern entwickelten: 85 % boten neue Nahrungsmittel an, 67 % ließen den Fernseher oder ein Video laufen, 75 % spielten Spiele während des Essens, 72 % boten andere Nahrungsmittel an und 53 % drohten an, das Essen wegzunehmen.

**DC: 0-3R
unterscheidet
sechs
verschiedene
Fütter-
und Essstö-
rungen im
Säuglings-
und Klein-
kindalter**

Nach dem neuen Klassifikationssystem DC: 0-3R (2005) müssen sechs verschiedene Fütter- und Essstörungen mit jeweils unterschiedlicher Symptomatik differenziert werden. Die genauen Definitionen folgen im nächsten Abschnitt. Hier soll zunächst die jeweilige Symptomatik vorab dargestellt werden (vgl. Tab. 2).

**Regula-
tionsfütter-
störung**

Manche Neugeborene und Säuglinge sind während der Fütterung entweder zu abgelenkt oder zu unruhig, sie weinen zu viel und brechen das Füttern ab; oder sie sind andererseits zu schläfrig und nicht wach genug,

Tabelle 2: Übersicht über die sechs Formen der Fütterstörungen nach DC: 0-3R (2005)

Diagnose	Hauptsymptome	Beginn	Interaktion	Wachstumsdefizit
Regulations- Fütterstörung (601.)	Zu abgelenkt, zu unruhig, weint viel, wacht nicht auf, ist zu schläfrig während Füttern	Ab Geburt	Dosierung der externen Reize nicht abgestimmt	Ja
Fütterstörung der reziproken Interaktion (602.)	Deprivation, Vernachlässigung, fehlende elterliche Sorge, Defizite in sozialer Interaktion	Erstes Lebensjahr (2.–4. Monat typisch)	Defizit in der Mutter-Kind-Beziehung; Mütter wirken abwesend, nicht freudig, können nicht auf die Signale des Kindes eingehen, fehlende Vokalisation und Körperkontakt; Abbruch der Füttersituation, forciertes Füttern	Ja
Frühkindliche Anorexie (603.)	Nahrungsverweigerung, geringer Appetit, leicht abgelenkt durch äußere Reize; wach neugierig, motorisch aktiv, interessiert an Spielen, kein Interesse am Essen; Wutanfälle, Hyperarousal, Schlafstörungen	Beginn zwischen 9.– 18. Monat (beim Übergang zur festen Nahrung)	Mutter-Kind-Konflikt über die kindliche Nahrungsverweigerung; Ablenkung, Rituale, Bestechungen, Drohung, Bestrafungen	Ja
Sensorische Nahrungsverweigerung (604.)	Anhaltende Nahrungsverweigerung bestimmter Nahrungsmittel – nach Geschmack, Geruch, Farbe, Konsistenz, Marke	6.–10. Monat (typischerweise bei Einführung von Breikost und fester Nahrung)	Mutter-Kind-Konflikt wegen selektiver Nahrungsverweigerung	Spezifische Ernährungsdefizite
Fütterstörung assoziiert mit medizinischen Erkrankungen (605.)	Kind beim Füttern gestresst, keine ausreichende Nahrungsaufnahme	Jedes Alter	Beginnt zu essen, aber zunehmender Stress beim Füttern	Ja
Fütterstörung assoziiert mit Insulten des gastrointestinalen Traktes (606.)	Anhaltende Verweigerung von Flaschen-, fester oder jeder Nahrung	Jedes Alter	Kind schon beim Hinsetzen zum Essen oder beim Anbieten von Nahrung gestresst, schieben Essen beiseite oder spucken es aus; trinken zu wenig	Abhängig von Dauer

um das Füttern durchzuhalten. Dadurch trinken sie zu wenig, was zu einer mangelnden Gewichtszunahme führen kann. Diese Fütterstörung wird als „Regulations-Fütterstörung“ bezeichnet. Mütterliche Anspannung und Ängste können die Folge sein.

**Fütter-
störung der
reziproken
Interaktion**

Bei der „Fütterstörung der reziproken Interaktion“ wirken Mütter abwesend und wenig freudig, sie gehen nicht auf die Signale des Kindes ein, der gegenseitige Austausch von Lauten, Blicken und Körperkontakt ist gestört. Es kann zum Abbruch der Füttersituation, wie auch forciertem Füttern kommen. Fehlende Gewichtszunahme und Deprivationszeichen sind mögliche Folgen beim Kind.

**Früh-
kindliche
Anorexie**

Andere Kinder werden als wach, neugierig und motorisch aktiv beschrieben. Sie werden leicht durch äußere Reize abgelenkt, sind an Spielen und Exploration interessiert, jedoch durch das Essen gelangweilt. Schlafstörungen und Wutanfälle können auftreten. Das Hauptsymptom des fehlenden Appetits spiegelt sich in dem Namen „Frühkindliche Anorexie“ wieder. Mütter versuchen, ihre Kinder mit Spielen abzulenken oder sie mit Belohnungen zu bestechen. Die kindliche Nahrungsverweigerung ist jedoch oft hartnäckig und führt zu eskalierenden Auseinandersetzungen. In der Folge zeigen auch diese Kinder Gewichts- und Wachstumsprobleme.

**Sen-
sorische
Nahrungs-
verwei-
gerung**

Manche Kinder bestehen darauf, nur eine beschränkte Auswahl von Nahrungsmitteln zu essen, die durch eine bestimmte Farbe, Geschmack, Geruch, Konsistenz oder sogar Marke gekennzeichnet ist. Während die bevorzugten Nahrungsmittel problemlos gegessen werden, verweigern sie hartnäckig alle anderen, vor allem neue, empfohlene Nahrung. Es kann zu spezifischen Ernährungsdefiziten und zu Eltern-Kind-Konflikten durch dieses hartnäckige Bestehen auf bestimmte Nahrungsmittel kommen. Diese Störung wird deshalb als „Sensorische Nahrungsverweigerung“ bezeichnet.

**Fütter-
störung as-
soziiert mit
medizinischen Er-
krankungen**

Für Kinder mit chronischen Erkrankungen kann die Fütter- und Esssituation sehr belastend sein. Sie sind beim Füttern gequält, haben Atemnot oder Schmerzen und brechen bei zunehmendem Stress das Füttern ab. Gedeihstörungen sind ebenfalls bei dieser „Fütterstörung assoziiert mit medizinischen Erkrankungen“ möglich.

**Fütter-
störung as-
soziiert mit
Insulten des
Gastrointes-
tinaltraktes**

Wiederum andere Kinder zeigen eine anhaltende Verweigerung von Flaschennahrung, fester oder sogar jeglicher Nahrung. Schon beim Hinsetzen oder beim Anbieten von Nahrung wirken sie gestresst und wehren sich. Sie schieben das Essen beiseite oder spucken es aus. Die Fütter- und Essenssituation ist angstbesetzt als Folge eines vorangegangenen traumatischen Erlebnisses, wie Würgen, Verschlucken, Absaugen oder der Sondenernährung. Diese Störung wurde früher „Posttraumatische Fütterstörung“ genannt, neuerdings wird sie als „Fütterstörung assoziiert mit Insulten des Gastrointestinaltraktes“ bezeichnet.

Diese Liste möglicher Fütter- und Essstörung ist nicht vollständig. Wie im nächsten Abschnitt („Definition und Klassifikation“) dargelegt, gibt es im Schulalter eine Reihe von atypischen Essstörungen, die auch bei Vorschulkindern auftreten können.

Manche Kinder verlieren den Appetit im Rahmen einer depressiven oder Angststörung, obwohl sie gerne zunehmen würden. Dies wird als „Emotionale Störung mit Nahrungsvermeidung“ bezeichnet. Andere Kinder zeigen eine objektbezogene Angst, d. h. eine selektive Phobie vor bestimmten Nahrungsmitteln, ohne dass unbedingt ein dramatisches Ereignis vorangegangen sein muss. Diese Störung wird als „Nahrungsphobie“ bezeichnet. Andere Kinder haben beim Schlucken Schwierigkeiten, vor allem von festen Nahrungsmitteln und vermeiden deshalb die Nahrungsaufnahme. Wenn organische Ursachen ausgeschlossen wurden, wird dies als „Funktionelle Dysphagie“ bezeichnet. Schließlich kann die Essensverweigerung eine primär aggressive Handlung darstellen. Dann ist sie eher als ein Teilsymptom im Rahmen einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten zu werten. Die Nahrungsverweigerung ist dabei nur eines von vielen „Schlachtfeldern“, auf denen ein oppositionelles Verhalten gezeigt wird. Eskalierende Interaktionskonflikte sind dabei typisch für diese oppositionelle Form der Nahrungsverweigerung.

Die Kenntnis der speziellen Symptomatik ist für eine exakte Diagnosestellung wichtig. Diese wiederum ermöglicht erst eine wirksame Therapie. Die spezifische Symptomatik sollte deshalb genau in der Anamnese erfragt und in einer Fütter- und Essenssituation beobachtet werden.

Fütterstörungen im Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen

1.3 Definition und Klassifikation

Die Diagnose „Regulationsstörung“ wurde im deutschen Sprachraum gemäß der S1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie als übergeordnete Hauptkategorie für Störungen des Schreiens, des Essens, des Schlafens und der Affektregulation im Kleinkindalter propagiert (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2007). Dabei wurde eine Vielzahl von Symptomen und Problembereichen aufgeführt, deren Abgrenzung zu normalen Entwicklungsvariationen kaum möglich ist. Zudem wurden die Symptome, wie Spielunlust, chronische Unruhe, exzessives Klammern, exzessives Trotzverhalten, aggressiv oppositionelles Verhalten, Freud- und Interesselosigkeit nicht eindeutig nach Schweregrad unterschieden. Letztendlich handelte es sich dabei um eine Mischung von Symptomen, die nicht empirisch gestützt, zu einer Störungskategorie zusammengefasst wurden. Es muss also kritisch hinterfragt werden, ob es sich bei diesem Konstrukt tatsächlich um eigenständige Störungen oder um begleitende und belastende Symptome handelt. Schlaf- und Fütterstörungen sind ohne Zweifel zu den klinisch relevanten

Das
exzessive
Schreien ist
eher als be-
gleitendes
und belas-
tendes
Symptom zu
verstehen

Störungen zu rechnen. Beim exzessive Schreien, welches auf die ersten 3 Lebensmonate limitiert bleibt, ist eher von einem belastenden Symptom mit geringer langfristiger Störungsrelevanz zu sprechen. Entsprechend grenzt das Klassifikationssystem Zero-to-Three (National Center for Infants, 2005) die Störungsbereiche Schlafen und Füttern von den „Regulationsstörungen der sensorischen Verarbeitung“ ab, die als Reizverarbeitungsstörungen konzeptualisiert wurden.

Nach den neuen interdisziplinären S2k-Leitlinien, die 2013 veröffentlicht werden und das gesamte Alter von 0 bis 5;11 Jahren abdecken, wurden diese Aspekte berücksichtigt. Schlaf- und Fütterstörungen werden als eigenständige Störungen behandelt, das exzessive Schreien als belastendes Symptom, das bei älteren Säuglingen ab einem Alter von 3 bis 6 Monaten allerdings mit Entwicklungsrisiken assoziiert sein kann.

Grundsätzlich ist es sinnvoll bei der Definition bzw. Klassifikation von Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter eine kategoriale Perspektive einzunehmen. Das bedeutet, dass eine Störung bzw. Verhaltensauffälligkeit als eine Psychopathologie des Kindes gesehen wird, die natürlich im Kontext der Beziehung zu den Eltern betrachtet werden muss. Zudem muss bei der Klassifikation auch die komplexe Entwicklungsdynamik in den ersten Lebensjahren in die Betrachtung mit einbezogen werden. Die hohe Variabilität und Dynamik von Entwicklungsprozessen erfordert eine sorgfältige Abgrenzung zwischen normalen und pathologischen Entwicklungsphänomenen.

Häufig
treten
mehreren
Störungen
gemeinsam
auf

Weiterhin ist zu beachten, dass besonders im Säuglings- und Kleinkindalter die Schwierigkeiten des Kindes nicht nur einem Störungsbereich zugeordnet werden können, sondern dass häufig mehrere Störungen komorbid auftreten. Bei einem beachtlichen Teil der betroffenen Säuglinge und Kleinkinder sind mehrere Bereiche beeinträchtigt (Miller-Loncar, Bigsby, High, Wallach & Lester, 2004; Schmid, Schreier, Meyer & Wolke, 2011).

Exzessives Schreien

Die
Definition
des
exzessiven
Schreiens ist
schwierig

Die Definition und Klassifikation des exzessiven Schreiens ist schwierig, da es international bisher kein einheitlich klar definiertes Konstrukt ist. So fehlen sowohl im DSM-IV-TR (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003), im ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2009) als auch im Zero-to-Three (National Center for Infants, 2005) spezifische Kriterien zur Klassifikation des exzessiven Schreiens, wie Zahl oder Intensität der Symptome, die für die Diagnose vorhanden sein müssen. In der Diagnostischen Klassifikation Zero-to-Three werden zwar Regulationsstörungen als primäre Störung (Achse 1) aufgeführt, jedoch umfasst dieses Konstrukt das exzessive Schreien eher als belastendes Symptom und weniger als selbstständige Störung. Die Autoren kommen zum Schluss,