

Aus dem Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin
der Ludwig-Maximilians-Universität München
Vorstand: Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hubertus von Voß

EINFLUSS DER KOMMUNIKATIONSORIENTIERTEN
ELTERN-SÄUGLINGS-THERAPIE NACH DEM *MÜNCHNER MODELL*
AUF DIE MUTTER-KIND-INTERAKTION BEI FÜTTERSTÖRUNGEN
IM SÄUGLINGS- UND KLEINKINDALTER

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Beate Schütz
aus Lindau (Bodensee)
2008

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. M. Papoušek

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Th. Lang
Prof. Dr. H. P. Schwarz

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter: Dr. H. Wurmser

Dekan: Prof. Dr. med. D. Reinhardt

Tag der mündlichen Prüfung: 31.01.2008

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erklärung
DSM-IV	Diagnostisches Statistisches Manual (IV. Fassung)
FTT	Failure to thrive (Gedeihstörung)
ICD-10	International Classification of Diseases (10. Fassung)
KIE	Kindliches Interesse am Essen
KMI	Mangelndes Interesse des Kindes am Essen
KOA	Orale Aktivitäten des Kindes beim Füttern
<i>M</i>	Mittelwert
MBV	Besonderes Verhalten der Mutter
MFÜ	Mütterliche Löffelführung beim Füttern
MST	Vorwiegend verbale Strategien der Mutter
NOFTT	Non-organic failure to thrive (nicht organisch bedingte Gedeihstörung)
OFTT	Organic failure to thrive (organisch bedingte Gedeihstörung)
PTFD	Posttraumatic feeding disorder (Posttraumatische Fütterstörung)
<i>SD</i>	Standardabweichung
ZTT-DC	Zero-to-three-Diagnostic Classification

Inhaltsverzeichnis

1	EINFÜHRUNG	1
2	THEORETISCHE GRUNDLAGEN	2
2.1	KLASSIFIKATION UND DEFINITION VON FÜTTERSTÖRUNGEN	2
2.2	PRÄVALENZ	5
2.3	PERSISTENZ UND FOLGEN	6
2.4	KLINISCHES ERSCHEINUNGSBILD VON FÜTTERSTÖRUNGEN	7
2.4.1	<i>Kindliche Probleme der Verhaltensregulation bei der Nahrungsaufnahme</i>	7
2.4.2	<i>Dysfunktionale Interaktionsmuster</i>	9
2.4.3	<i>Elterliche Anpassungsstörungen (Überforderungssyndrom)</i>	10
2.5	ÄTIOLOGIE	11
2.6	THERAPEUTISCHE ANSÄTZE	16
2.7	KONZEPT DES <i>MÜNCHNER MODELLS</i>	18
2.7.1	<i>Diagnostik</i>	18
2.7.2	<i>Methodik</i>	19
2.7.3	<i>Therapieziel</i>	22
2.8	WIRKSAMKEITSSTUDIEN ZU FÜTTERSTÖRUNGEN IM SÄUGLINGS- UND KLEINKINDALTER	23
2.9	ANSÄTZE FÜR EINE SYSTEMATISCHE ERFASSUNG VON FÜTTERVERHALTEN	34
3	ZIELSETZUNG UND FRAGESTELLUNG DER ARBEIT	48
4	METHODEN	50
4.1	STICHPROBE	50
4.2	THERAPEUTISCHES SETTING	53
4.3	TECHNISCHE ASPEKTE DER VIDEOAUFZEICHNUNGEN	55
4.4	VERHALTENSANALYSE DER VIDEOAUFZEICHNUNGEN	57
4.4.1	<i>Auswahl der Videoauszüge</i>	59
4.4.2	<i>Vorgang des Codierens</i>	59
4.5	ZUSAMMENHANG VON VERHALTENSKLASSEN UND THERAPEUTISCHEN ZIELEN	60
4.6	BEOBSACHTERÜBEREINSTIMMUNG	61

4.7	DATENAUFBEREITUNG	62
4.8	STATISTISCHE DATENANALYSE	63
5	ERGEBNISSE	65
5.1	ERGEBNISSE BEZÜGLICH DER METHODE UND IHRER ENTWICKLUNG	65
5.1.1	<i>Voraussetzungen für die Entwicklung des Beschreibungssystems....</i>	65
5.1.2	<i>Wahl des Videoausschnitts bzw. des zu analysierenden Interaktionszeitraums</i>	67
5.1.2.1	Länge der Videoauszüge	68
5.1.2.2	Wahl des Videoausschnitts	68
5.2	ERGEBNISSE BEZÜGLICH DER DATEN AUS DER VERHALTENSMIKROANALYSE.....	69
5.2.1	<i>Beobachtetes Vorkommen von Verhaltensklassen in der Stichprobe.</i>	69
5.2.1.1	Mütterliche Verhaltensklassen	72
5.2.1.2	Kindliche Verhaltensklassen	73
5.2.1.3	Mütterliche und kindliche Verhaltensklassen getrennt nach Anfang und Ende der Füttersitzung	74
5.2.2	<i>Veränderungen des mütterlichen und kindlichen Fütterverhaltens im Verlauf der Therapie.....</i>	79
5.2.2.1	Auswirkungen der Therapie auf das dysfunktionale Verhalten der Mütter	79
5.2.2.2	Auswirkungen der Therapie auf das funktionale Verhalten der Mütter	84
5.2.2.3	Auswirkungen der Therapie auf das dysfunktionale Verhalten der Kinder	89
5.2.2.4	Auswirkungen der Therapie auf das funktionale Verhalten der Kinder	94
6	DISKUSSION	96
6.1	BEANTWORTUNG DER FRAGESTELLUNG UND KURZE ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE	96
6.2	DISKUSSION DER METHODE UND IHRER ENTWICKLUNG	98
6.2.1	<i>Das Beschreibungssystem – Grundstruktur und Voraussetzungen ...</i>	98
6.2.2	<i>Die Videoausschnitte – Länge und Auswahlkriterien</i>	104
6.2.3	<i>Stichprobe und Studiendesign</i>	105
6.3	DISKUSSION DER ERGEBNISSE AUS DER VERHALTENSANALYSE	110
6.3.1	<i>Das problematische Fütterverhalten in der Stichprobe und die Auswirkungen der Therapie.....</i>	111
6.3.1.1	Die Mütter	111
6.3.1.2	Die Kinder	115
6.3.2	<i>Das dysfunktionale Verhalten der Mütter</i>	117
6.3.3	<i>Das funktionale Verhalten der Mütter.....</i>	120

6.3.4	<i>Das dysfunktionale Verhalten der Kinder</i>	123
6.3.5	<i>Das funktionale Verhalten der Kinder</i>	126
7	ZUSAMMENFASSUNG	130
8	AUSBLICK	132
DANK	133	
LITERATURVERZEICHNIS	135	
TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS	145	
ANHANG	147	
LEBENSLAUF	169	

1 Einführung

Fütterstörungen stellen eines der häufigsten Störungsbilder im Rahmen von frühkindlichen Regulationsstörungen dar (von Hofacker & Papoušek, 1998; Papoušek, 2004). Sie können je nach Schweregrad der Ausprägung zu einer Belastungsprobe für die Beziehung zwischen Kind und Mutter bzw. Eltern werden und nicht zuletzt auch zu einer gesundheitlichen Gefährdung der Kinder führen, wenn das Gedeihen des Kindes dadurch beeinträchtigt ist (von Hofacker, Papoušek & Wurmser, 2004; Wolke, 2005; 2000b). In der neueren Zeit haben der Beziehungs- und der Kommunikations- bzw. Interaktionsaspekt für die Erforschung und Therapie von Fütterstörungen immer mehr an Bedeutung gewonnen. Die Verhaltensbeobachtung in Verbindung mit moderner Videotechnik spielt hierbei eine zentrale Rolle, da mit ihrer Hilfe das Verhalten der beteiligten Interaktionspartner direkt erfasst, beliebig oft reproduziert und auch objektiviert werden kann (Papoušek, 2000; 1996b; Dunitz-Scheer et al., 2000; 2001).

Das *Münchner Modell*, als ein interdisziplinäres, interaktionszentriertes Behandlungsmodell zur Therapie von frühen Regulationsstörungen, macht sich diese Aspekte für sein diagnostisches und therapeutisches Vorgehen zunutze. Im Rahmen der *Sprechstunde für Schreibbabys* werden die Fütterinteraktionen zwischen Mutter und Kind auf Video aufgezeichnet und in den Mittelpunkt der klinischen Beratung und Therapie von Fütterstörungen gestellt (Wollwerth de Chuquisengo & Papoušek, 2004; Papoušek, 2004).

Die vorliegende Arbeit ist Teil eines breit angelegten Forschungsprojekts (vgl. Bodeewes, 2003), das sich mit Erfassung, Ausprägungen und Veränderungen der Mutter-Kind-Interaktionen bei frühkindlichen Fütterstörungen befasst. Sie stellt ein Pilotprojekt dar, in welchem ein Beschreibungssystem für die computergestützte Verhaltensmikroanalyse von Fütterinteraktionen entwickelt und seine Anwendbarkeit an einer kleinen Stichprobe überprüft wird. Untersucht wird im Speziellen, welche Veränderungen im Fütterverhalten von Müttern und Kindern durch die Anwendung der kommunikationsorientierten Eltern-Säuglings-Therapie nach dem *Münchner Modell* zu beobachten sind. Dazu werden Videoaufzeichnungen von 15 füttergestörten Kindern und ihren Müttern am Anfang und am Ende der Therapie miteinander verglichen.

2 Theoretische Grundlagen

2.1 Klassifikation und Definition von Fütterstörungen

Fütterstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter lassen sich zusammen mit anderen Problemen der frühkindlichen Entwicklung wie dem exzessiven Schreien, Schlafstörungen, exzessivem Klammern, dysphorischer Unruhe und exzessivem Trotzverhalten unter dem Oberbegriff „Regulationsstörungen der frühen Kindheit“ oder „Regulationsstörungen im Säuglingsalter“ zusammenfassen (Emde, Bingham & Harmon, 1993; Papoušek, 1999; 2002; 2004; von Hofacker et al., 2003). Dabei kann es zu einzelnen oder kombiniertem Auftreten der verschiedenen Störungen in unterschiedlich starker Ausprägung über unterschiedlich lange Zeiträume kommen (Wurmser & Papoušek, 2004).

Von Fütterstörungen gibt es in den gebräuchlichen Klassifikationssystemen bislang keine einheitliche Definition.

Die **Internationale Klassifikation psychischer Störungen** (ICD-10; WHO, 1994) definiert „Fütterstörungen im frühen Kindesalter“ (F98.2) anhand von fünf Kriterien: Anhaltende Unfähigkeit, adäquat zu essen oder anhaltende Rumination (wiederholtes Heraufwürgen und Wiederkauen von Nahrung) oder Regurgitation (Heraufwürgen) von Speisen (A); Mangelnde Gewichtszunahme, Gewichtsverlust oder andere eindeutige Gesundheitsstörungen über einen Zeitraum von mindestens einem Monat (B); Beginn der Störung vor dem sechsten Lebensjahr (C); Abwesenheit von anderen psychischen oder Verhaltensstörungen (D), sowie Abwesenheit von organischen Krankheiten, welche die Essstörung erklären könnten (E). Auf die Kommunikations- bzw. Interaktionsebene zwischen Eltern und Kind nimmt diese Definition keinen Bezug.

Mit Ausnahme der Rumination, die unter der Ziffer 307.53 (F98.2) als eigenes Störungsbild aufgeführt wird, entspricht das **Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen** (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1996) mit seinen diagnostischen Kriterien für „Fütterstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter“ (307.59) (F98.2) der obengenannten Definition der ICD-10. Allerdings wird hier als ein zugehöriges Beschreibungsmerkmal auch der mögliche Einfluss von Eltern-Kind-Problemen (in Form von unangemessenem Verhalten der Eltern) auf das Fütterproblem erwähnt.

Beide Definitionen von Fütterstörungen sind jedoch unbefriedigend, da sie nicht zwischen Gedeih- und Wachstumsstörungen (failure to thrive = FTT im angloamerikanischen Sprachraum) auf der einen und Fütterstörungen auf der anderen Seite unterscheiden (Wolke, 2005). Sie beschreiben vielmehr das Störungsbild der nicht-organischen Gedeihstörung (NOFTT), d.h. eine Gedeihstörung, die nicht durch ein medizinisches Problem erklärt werden kann (Benoit, 2000). Die Abgrenzung zur organisch verursachten Gedeihstörung (OFTT) – d.h. die Gedeihstörung ist auf ein zugrundeliegendes medizinisches Problem zurückzuführen (Benoit, 2000) – wurde bereits an anderer Stelle für problematisch befunden, da es sich in beiden Fällen um ein ätiologisch complexes, multifaktorielles Geschehen handelt (Harris, 1993; Benoit, 1993; Wittenberg, 1990; Chatoor et al., 1984; Chatoor, 1997; Skuse, 1993; Ramsay, Gisel & Boutry, 1993; Ramsay, 1995; von Hofacker, Papoušek & Wurmser, 2004; von Hofacker et al., 2003). Zudem ist der Terminus „mangelnde Gewichtszunahme“ bzw. „deutlicher Gewichtsverlust“ in Verbindung mit der Diagnose Gedeih- und Wachstumsstörungen äußerst ungenau und somit im wissenschaftlichen Kontext ungeeignet (Wolke, 2005).

Da Fütterstörungen nicht zwingend mit Gedeihstörungen einhergehen müssen (Dahl & Kristiansson, 1987; Papoušek, 2002; von Hofacker et al., 2003) und wachstums- bzw. gedeihgestörte Kinder meistens nicht die obengenannten Kriterien für Fütterstörungen aufweisen, erscheint es sinnvoll, beide Störungsbilder getrennt zu diagnostizieren (Wolke, 2005).

Einen guten Ansatz hierfür bietet die Definition aus den „**Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter**“ (von Hofacker et al., 2003). In Abgrenzung von vorübergehenden Fütterproblemen soll dann von einer Fütterstörung gesprochen werden, wenn die Fütterinteraktion von den Eltern über einen längeren Zeitraum (> 1 Monat) als problematisch empfunden wird. Damit wird bereits deutlich auf den Interaktions- und Beziehungsaspekt von Fütterstörungen Bezug genommen. Als objektive Hinweise auf eine Fütterstörung werden jenseits der ersten 3 Lebensmonate folgende Kriterien vorgeschlagen: durchschnittliche Dauer einzelner Fütterungen ≥ 45 Minuten und/oder Intervall zwischen den Mahlzeiten < 2 Stunden (von Hofacker et al., 2003). Wachstums bzw. Gedeihstörungen können eine der Auswirkungen von Fütterstörungen sein, basieren aber definitionsgemäß auf rein anthropometrischen Daten. In den letzten Jahren haben folgende Kriterien für das Vorliegen einer

Gedeihstörung Verbreitung gefunden: Für Säuglinge mit einem Geburtsgewicht über der 3. Perzentile gilt: Gewicht unter der 3. Perzentile und/oder Wechsel von mehr als 2 Gewichtsperzentilen-Kurven durch Gewichtsverlust oder Gewichtsstillstand über einen Zeitraum von mindestens 2 Monaten (bei Alter \leq 6. Lebensmonat) bzw. mindestens 3 Monaten (bei Alter $>$ 6. Lebensmonat). Für Säuglinge mit einem Geburtsgewicht unter der 3. Perzentile gilt: Fehlende Gewichtszunahme über einen Zeitraum von mindestens einem Monat (von Hofacker et al., 2003; Papoušek, 2002). Einen mehrdimensionalen Ansatz stellt das multiaxiale, diagnostische Klassifikationssystem **Zero To Three** (ZTT-DC: 0-3, 1999) dar. Dieses Klassifikationssystem wurde für die Erfassung und diagnostische Evaluation von entwicklungsbedingten Störungen bei Kindern bis zu einem Alter von circa drei bis vier Jahren entwickelt und verwendet den Oberbegriff der Essverhaltensstörung (Ziffer 600). Das Manual empfiehlt, die Diagnose Essstörung dann in Betracht zu ziehen, wenn ein Säugling oder Kleinkind Schwierigkeiten bei der Etablierung regelmäßiger Fütterungsmuster bei adäquater und angemessener Nahrungszufuhr und -aufnahme hat und Letztere nicht in Übereinstimmung mit körperlichen Gefühlen von Hunger und Sättigung reguliert. Von einer primären Essstörung kann laut ZTT-DC: 0-3 gesprochen werden, wenn keine allgemeinen regulatorischen oder zwischenmenschlichen Probleme wie z.B. Trennung, Ablehnung oder Trauma aufgetreten sind bzw. wenn die Essstörung weiter anhält, obwohl eventuelle organische oder strukturelle Ursachen bereits beseitigt worden sind. Besteht eine Verbindung der Essschwierigkeiten mit sensorischen (taktile Hypersensitivität), motorischen (schlechter oraler Muskeltonus) oder organisch-strukturellen (Hasenscharte) Problemen, so verweist das Manual auf entsprechende Untergruppen bzw. Achse 3 für medizinische Diagnosen. Tritt die Essstörung im Rahmen eines größeren Symptomenkomplexes auf, wie es bei Traumen, Affekt-, Verhaltens-, Anpassungs- oder multisystemischen Entwicklungsstörungen der Fall sein kann, so sollten diese Störungen entsprechend erfasst werden. Das diagnostische Manual konzentriert sich in der Hauptsache auf die kindlichen Aspekte der Fütterstörung, bezieht jedoch in Achse 2 die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung mit ein. Auch wenn der Interaktionsaspekt nur untergeordnet in Erscheinung tritt, wird das System durch seine fünf Achsen der Komplexität und Mehrdimensionalität der Fütter- und Essstörungen eher gerecht als die diagnostischen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV, zumal es letztere auch in Achse 3 integriert. Durch die

Bezugnahme auf die kindlichen Hunger- und Sättigungsgefühle und ihre Bedeutung für die Regulation der Nahrungsaufnahme wird außerdem einer der wesentlichen Aspekte von Fütterstörungen direkt benannt.

2.2 Prävalenz

Die Bedeutung von Regulationsstörungen der frühen Kindheit ergibt sich aus deren relativ häufigem Auftreten im Rahmen der kinderärztlichen Praxis: circa 15 – 30% aller reifgeborenen Säuglinge sind davon betroffen (Papoušek, 1999).

In einer ähnlichen Größenordnung bewegen sich auch die Angaben zur Prävalenz von Fütterstörungen:

In einer schwedischen Studie, bei der die Eltern von insgesamt 1408 Kindern aus der Normalpopulation befragt wurden, berichteten circa 25% der Eltern von Fütterproblemen in den ersten 6 Lebensmonaten ihrer Kinder, unabhängig von deren Art und Dauer (Lindberg, Bohlin & Hagekull, 1991).

Im Rahmen der *Münchner Sprechstunde für Schreibbabys* wurde eine klinische Stichprobe von 182 Kindern im Alter von 1 bis 24 Monaten untersucht. Die Kinder waren aufgrund auffälliger, auf Regulationsstörungen hinweisender Symptome von Pädiatern zur weiteren Diagnose und Behandlung an die Einrichtung überwiesen worden. Dabei hatten nach Expertenurteil 15,9% der 13 – 24 Monate alten Kinder, 18,7% der 7 – 12 Monate alten Kinder und immerhin 33,9% der 1 – 6 Monate alten Kinder Fütterstörungen. Bei der zuletzt genannten Gruppe der 1 – 6 Monate alten Kinder wurde außerdem bei 81% der Kinder ein zeitgleiches Auftreten von Regulationsstörungen in mehr als einem Bereich festgestellt. So hatten 77,4% der Kinder auch Schlafstörungen, und 90,3% wurden als Schreikinder diagnostiziert (von Hofacker & Papoušek, 1998).

In einer Datenerhebung von Wurmser und Papoušek (2004) war der Anteil der füttergestörten Kinder sogar noch höher. Demnach waren in einer Stichprobe von 701 Familien, die zwischen 1994 und 1997 aufgrund frühkindlicher Verhaltensprobleme erstmals das Beratungs- und Behandlungsangebot der Münchner Spezialsprechstunde beanspruchten circa 40% der Kinder in den ersten zwei Lebensjahren mit Fütterstörungen belastet (unabhängig vom exakten Lebensalter der Kinder). Von den 283 Kindern der Stichprobe, die wegen Fütterstörungen überwiesen wurden, hatten nur 8,1% eine isolierte Fütterstörung. Wesentlich häufiger kam es auch hier zu einem gleichzeitigen Auftreten von

Problemen der Schlaf-Wach-Regulation bzw. Schlafstörungen (81,3%), exzessivem Schreien (31,4%), exzessivem Trotzen (23,3%) und exzessivem Klammern (13,8%).

Deutlich seltener treten dagegen Gedeihstörungen auf:

In der eben zitierten Datenerhebung von Wurmser & Papoušek (2004) wurde nur bei 3,3% der füttergestörten Kinder in den ersten zwei Lebensjahren eine Gedeihstörung festgestellt.

In Israel hatten 3,9% einer Kohorte von 1352 reif geborenen Kindern aus der Normalpopulation eine Gedeihstörung innerhalb des ersten Lebensjahres (Wilensky et al., 1996), in einer vergleichbaren englischen Stichprobe waren es 3,5% der Kinder (Skuse, Wolke & Reilly, 1992). Laut DSM-IV (307.59), ist die Unmöglichkeit von angemessener Gewichtszunahme die Ursache von 1 – 5% aller pädiatrischer Krankenhauszugänge, wobei bis zu 50% davon auf Fütterschwierigkeiten beruhen, denen kein prädisponierender medizinischer Krankheitsfaktor zugrunde liegt (American Psychiatric Association, 1996).

2.3 Persistenz und Folgen

Fütterstörungen – insbesondere im ersten Lebensjahr – zeichnen sich durch eine hohe Persistenz aus, deren negative Folgen bei zusätzlich bestehenden Gedeihstörungen besonders deutlich hervortreten können. So zeigen sich oft noch Jahre später ein vermindertes relatives Gewicht oder auch ein problematisches Essverhalten bei den betroffenen Kindern (Lindberg et al., 1994b; Dahl & Sundelin, 1992; Dahl, Rydell & Sundelin, 1994; Marchi & Cohen, 1990). Besonders bei Gedeihstörungen besteht die Gefahr von gesundheitlichen Schäden (Infektionserkrankungen, Durchfälle, Anämien, Immunschwäche etc.) und kognitiven Defiziten im Kleinkind- und Vorschulalter (Wolke, 1994; Skuse et al., 1994; Benoit, 2000). Unter anderem kann es sowohl zu Beeinträchtigungen der Bindungsentwicklung und Eltern-Kind-Interaktion (Lindberg et al., 1996) als auch zu sozialen Problemen und Verhaltensdefiziten (z.B. Hyperaktivitätsprobleme) kommen (Wolke, 1994; Dowdney et al., 1987; 1998). In Verbindung mit exzessivem Schreien können Fütterstörungen im Extremfall auch zu körperlicher Misshandlung der Kinder durch die Eltern führen (Frodi, 1985).

2.4 Klinisches Erscheinungsbild von Fütterstörungen

Hier soll nun genauer auf das klinische Erscheinungsbild von Fütterstörungen eingegangen werden, das sich je nach Alter bzw. Entwicklungsstand des Kindes, nach Art der Nahrung und Nahrungsaufnahme unterschiedlich darstellt. Auch die Entstehungsbedingungen spielen dabei eine entscheidende Rolle (Papoušek, 2002). Die Symptomatik kann unterschiedlich stark ausgeprägt sein und weist eine Spannbreite auf, die von leichten, vorübergehenden Verhaltensproblemen beim Essen bis hin zur länger andauernden totalen Verweigerung der Nahrungsaufnahme mit in der Folge vitalgefährdenden Gedeihstörungen reicht (Papoušek, 2004). Dabei können im Sinne einer Komorbidität auch andere Bereiche des alltäglichen Lebens wie z.B. das Schlafverhalten, das Spielverhalten oder die emotionale Verhaltensregulation, aber auch die gesamte Eltern-Kind-Beziehung betroffen sein. Nach langjährigen Erfahrungen aus der *Münchner Sprechstunde für Schreibbabys* zeigt sich nach Ansicht von v. Hofacker, Papoušek & Wurmser (2004) und Papoušek (2004) bei den Fütter- und Essstörungen wie bei den Regulationsstörungen allgemein folgende Symptom-Trias: (1) Kindliche Probleme der Verhaltensregulation (bei der Nahrungsaufnahme), (2) damit einhergehende dysfunktionale Interaktionsmuster und (3) elterliche Anpassungsstörungen im Sinne eines Überforderungssyndroms eines oder beider Elternteile.

2.4.1 Kindliche Probleme der Verhaltensregulation bei der Nahrungsaufnahme

Bei Fütterstörungen ist das zentrales Symptom auf Seiten des Kindes die Ablehnung der Nahrungsaufnahme, die sich als Verweigerung fester Nahrung, klumpiger Breinahrung oder allgemein jeglicher Nahrung oder einem Mangel an Appetit äußern kann (Wolke, 2005; 2000b). Daneben kann es auch zu sehr wählerischem Essverhalten, Ruminationsstörungen (Wiederkauen der hochgewürgten Nahrung) und Pica (wiederholtes Essen nicht essbarer Nahrung) kommen. Besonders im zweiten Lebensjahr treten begleitend oft Verhaltensauffälligkeiten wie Wutanfälle und Behauptungskonflikte auf (Wolke, 2005; 2000b).

Die Ablehnung des Essens durch das Kind kann viele Formen annehmen. Sie zeigt sich darin, dass der Säugling jammert, weint oder schreit beim Anblick von Essen und versucht, durch Zukneifen des Mundes, Zusammenbeißen der Zähne, Wegdrehen des Kopfes, Zurückbiegen des ganzen Körpers oder Wegstoßen bzw.

Wegwerfen des Löffels dem Gefüttertwerden zu entrinnen. Ist die Nahrung schon in den Mund des Kindes gelangt, wird sie oft durch Ausspucken, Erbrechen, Würgen oder Herausstoßen mit der Zunge aktiv aus dem Mund entfernt. Manche Kinder versuchen sogar das Essen mit den Fingern wieder aus dem Mund zu nehmen. Oft essen die Kinder auch betont langsam und behalten die Nahrung lange unverarbeitet im Mund um sie dann eventuell passiv aus dem Mund herauslaufen zu lassen.

Bei anderen Kinder steht eher die Ablenkung vom Essen im Vordergrund, die für die Kinder einen größeren Unterhaltungswert hat als die reine Befriedigung der Hungergefühle. Dabei werden die Kinder von den Eltern abgelenkt oder suchen sich selbst Zerstreuung, indem sie mit dem Essen oder mit Gegenständen spielen, so dass die Nahrungsaufnahme nur noch nebenbei stattfindet (von Hofacker, Papoušek & Wurmser, 2004; Süss & Brack, 1984; Finney, 1986; Harris, 1993; Babbitt, Hoch & Coe, 1994; Lindberg et al., 1994a; Cooper et al., 1995; Reau et al., 1996).

Zu der besonderen Gruppe der posttraumatischen Fütterstörungen (PTFD) gehören Kinder, die nach schmerzvollen traumatischen Erfahrungen im Mund- und Rachenbereich, wie z.B. nach Intubation, Sondenernährung, Zwangsfüttern, Erstickungserfahrungen, operativen Eingriffen etc. eine Fütterstörung entwickeln. Nach dem Muster einer klassischen Konditionierung reagieren diese Kinder bei Fütterungsversuchen oder bereits beim Anblick von Nahrung mit Angst und Panik und versuchen die Nahrungsaufnahme mit allen Mitteln zu vermeiden (von Hofacker, Papoušek & Wurmser, 2004; Benoit & Coolbear, 1998; Benoit, Green & Arts-Rodas, 1997; Benoit, 1993; Papoušek, 2002; Chatoor, 1997; Dunitz-Scheer et al., 2001; Wolke, 2000b).

Nach Beobachtungen von Papoušek (2002) lassen sich in Bezug auf die kindliche Seite der Fütter- und Essstörungen die unterschiedlichen Probleme der Nahrungsaufnahme zusammenfassend in fünf große Gruppen einteilen:

- (1) allgemeine Hyperexzitabilität, Ablenkbarkeit, motorische Unruhe und exzessives Schreien;
- (2) angstgetönte, u.U. panische Abwehr mit oder ohne Kombination mit anatomisch oder neurophysiologisch bedingten Saug-, Kau- oder Schluckproblemen, unwillkürliche Würgen oder Erbrechen;
- (3) passive Vermeidung (Mund geschlossen halten, automatisches Mundöffnen, Nahrung im Mund behalten oder herauslaufen lassen);

- (4) provokative Abwehr mit aktiver Nahrungsverweigerung, gezieltem Abwenden, Zusammenpressen der Lippen, Schreien beim Anblick der Nahrung, Ausspucken, Würgen, Wegstoßen oder Wegwerfen von Löffel oder Teller;
- (5) fehlender Appetit und scheinbare Essunlust bei gleichzeitigem „Erlebnishunger“, Füttern beim Herumlaufen, „Spielen“ mit dem Essen, Ablenkungsmanöver, automatisches Essen nur bei attraktiver Ablenkung.

2.4.2 Dysfunktionale Interaktionsmuster

Die Eltern reagieren ihrerseits auf die Nahrungsverweigerung des Kindes oft, indem sie versuchen das Kind durch Druckausübung und wiederholte deutliche Aufforderungen zum Essen zu bewegen. Nicht selten werden Kinder auch durch Fixieren und Anwendung von Gewalt zur Nahrungsaufnahme gezwungen.

Eine andere elterliche Strategie besteht im Ablenken der Kinder bzw. in der Anwendung spezieller Tricks, um die Kinder zur Nahrungsaufnahme zu überlisten. Manche Eltern geben den Essenpräferenzen der Kinder auch nach und leisten damit einseitigen und dem Alter der Kinder nicht angemessenen kindlichen Essensgewohnheiten Vorschub.

Oft werden die tatsächlich vom Kind ausgehenden dezenten Signale bezüglich Hunger und Interesse am Essen bzw. Sättigung kaum oder nur verzögert wahrgenommen (von Hofacker, Papoušek & Wurmser, 2004) oder sogar bewusst ignoriert (MacPhee & Schneider, 1996) und entsprechend unangemessen beantwortet. Eltern berichten, dass die kindlichen Signale für sie nicht erkennbar sind (von Hofacker, Papoušek & Wurmser, 2004). Dies mag damit zusammenhängen, dass Essverweigerer häufig ihre Ablehnung klar zum Ausdruck bringen, ihr Interesse dagegen aber nur sehr unklar und undeutlich zeigen (Skuse, Wolke & Reilly, 1992; Lindberg, 1994; Wolke, 2000a).

Durch zugleich versäumtes elterliches Lob für gutes Essverhalten und die zunehmende Anspannung der Eltern beim Füttern, die sich oft in unfreundlichen und abwertenden Bemerkungen äußert, erlebt das Kind die Füittersituation als unangenehm. Es entsteht ein Teufelskreis an negativer Gegenseitigkeit, durch den die täglichen Mahlzeiten von allen Beteiligten nicht als eine Zeit des entspannten, sozialen Austauschs und gemeinsamen Genießens, sondern als stressbehaftetes

und höchst problematisches Ereignis erlebt werden (von Hofacker, Papoušek & Wurmser, 2004; Papoušek, 2002).

Durch die geschilderten Schwierigkeiten bedingt kommt es häufig zu großen Schwankungen, sowohl bei der vom Kind aufgenommenen Nahrungsmenge als auch bei der Dauer der Mahlzeiten. Auch die Abstände, in denen dem Kind von den Eltern Nahrung angeboten wird, sind oft unterschiedlich groß. Bei sehr unruhigen und stark abwehrenden Kindern behelfen sich die Eltern häufig damit, die Kinder dann zu füttern, wenn diese sich bereits im Schlaf oder einer Art Dämmerzustand befinden (von Hofacker, Papoušek & Wurmser, 2004).

Oftmals finden die Mahlzeiten von Eltern und Kindern nicht mehr gemeinsam statt, so dass sich die Kinder das gesunde Essverhalten der Erwachsenen nicht zum Vorbild nehmen können. Stattdessen richten sich dann alle Erwartungen und Bemühungen der Eltern nur darauf, das Kind zur Nahrungsaufnahme zu bewegen. Die Nahrungsaufnahme wird mehr und mehr von außen durch die Mutter bzw. die Eltern gesteuert und kontrolliert und nicht mehr von den elementaren Hunger-, Durst- oder Sättigungsgefühlen des Kindes bestimmt. Das Kind lernt, dass es durch seine Nahrungsverweigerung von der Mutter Zuwendung, unterhaltsame Ablenkung oder auch seine Lieblingsspeise bekommen bzw. unangenehmen Erfahrungen im Mundbereich entrinnen kann und übt dadurch seinerseits Kontrolle über die Mutter aus (Papoušek, 2002; von Hofacker, Papoušek & Wurmser, 2004). Die eigentlich sinnvolle Essenssteuerung durch die kindliche Eigenregulation von Appetit und Kalorienaufnahme tritt auf diese Weise immer mehr in den Hintergrund. Auch die Bestrebungen des Kindes nach mehr Autonomie und Selbständigkeit werden durch das Eingreifen der Eltern ständigen Frustrationen ausgesetzt. Besonders vom Ende des ersten Lebensjahres an kommt es daher oft zu Machtkämpfen zwischen Eltern und Kind, in deren Verlauf die Eltern oft mit ihrer Unfähigkeit konfrontiert werden, dem Kind angemessene Grenzen zu setzen.

2.4.3 Elterliche Anpassungsstörungen (Überforderungssyndrom)

Die Eltern fühlen sich durch die ständige Erfahrung des Misserfolgs beim Füttern ihrer Kinder zunehmend frustriert und in ihrer intuitiven elterlichen Kompetenz verunsichert (Papoušek, 2004). Ist dann gleichzeitig der Zugriff auf eigene Ressourcen erschwert oder unmöglich (z.B. fehlende Unterstützung durch den Partner oder die Restfamilie, zu wenig Auszeit für die Mutter), kommt es bei

anhaltender Problematik zu einer Verfestigung der dysfunktionalen Interaktionsmuster bzw. sogar zu einer Ausweitung der Teufelskreise auf andere Bereiche der Eltern-Kind-Interaktion und dadurch zu einer weiteren Überforderung der Eltern (von Hofacker & Papoušek, 1998; von Hofacker, Papoušek & Wurmser, 2004; Papoušek, 2004).

2.5 Ätiologie

Für die Entstehung von Fütterstörungen gibt es unterschiedliche Konzepte, die in engem Zusammenhang mit dem therapeutischen Vorgehen stehen.

Harris (1993) unterscheidet fünf Ansätze, die jeweils einen anderen ätiologischen Aspekt von Fütter- bzw. Gedeihstörungen in den Mittelpunkt stellen. Dabei handelt es sich um physiologische, lerntypologische, interaktionsbezogene, kognitive und mechanische Aspekte, die im Folgenden erläutert werden:

Physiologischen Ansätzen zufolge steht die Entstehung von Gedeihstörungen in Zusammenhang mit der verzögerten Einführung neuer Geschmacksrichtungen bzw. fester Nahrung (Harris, Thomas & Booth, 1990; Illingworth & Lister, 1964), wodurch die sensiblen Phasen des Kindes für neue Erfahrungen bezüglich Geschmack und Textur von Nahrung nicht genutzt werden. Je älter das Kind ist, desto schwieriger scheint die Einführung von neuer Nahrung zu werden (Birch & Marlin, 1982; Harris & Booth, 1987).

Skuse (1992) stellte in einer Untersuchung fest, dass bei vielen gedeihgestörten Kindern zusätzlich Sprachstörungen auftreten, was auf das Vorhandensein von spezifischen Lernschwierigkeiten und eventuellen oralmotorischen Fehlfunktionen hindeuten könnte. In einer weiteren Studie von Skuse, Wolke und Reilly (1992) stellte sich heraus, dass gedeihgestörte Kinder weniger Hungersignale aussenden und daher von den Eltern als „pflegeleicht“ wahrgenommen werden. Sie schlafen im Säuglingsalter oft schon früh durch und nehmen dadurch für ihr Alter zu wenig Nahrung auf (Wolke, 1994; Skuse, Reilly & Wolke, 1994).

Andere Studien weisen auf die Selbstregulation von Appetit und Kalorienaufnahme durch den kindlichen Organismus hin (Birch et al., 1991; Ramsey & Zelazo, 1988; Geertsma et al., 1985). So wirkt es sich ungünstig auf die Motivation für die orale Nahrungsaufnahme aus, wenn das Kind bereits parallel durch Sonderernährung ausreichend mit Kalorien versorgt wird.

Die **lerntheoretischen Aspekte** von Fütterstörungen beziehen sich auf die kindliche Verweigerung der Nahrungsaufnahme aufgrund negativer, schmerzhafter Vorerfahrung in diesem Zusammenhang – z.B. aversive Konditionierung durch Sondenernährung oder Zwangsfütterung durch die Eltern (Harris & Booth, 1992) – bzw. auf die operante positive Verstärkung von unerwünschtem Essverhalten durch die erhöhte Aufmerksamkeit der Eltern. In den Kontext der erlernten Verhaltensweisen fällt auch das Phänomen des „picky eating“, des extrem wählerischen Essens. Dabei wird den Kindern ihre Lieblingsnahrung angeboten, um die Essverweigerung in Bezug auf eher unbeliebte Nahrungsgruppen zu umgehen. Nach Art einer klassischen Konditionierung kommt es beim Kind zu unerwünschtem Essverhalten, wenn sich die elterliche Anspannung in der Füttersituation auf das Kind überträgt (Linscheid & Rasnake, 1985).

Folgt man den **interaktionsbezogenen Ansätzen**, werden Fütterstörungen begleitet, bzw. hervorgerufen durch problematische Mutter-Kind-Interaktionen (Ramsey & Zelazo, 1988; Papoušek, 2004; 2002; 1999; von Hofacker, Papoušek & Wurmser, 2004), die sich gegenseitig negativ verstärken und auf eine gestörte Mutter-Kind-Beziehung bzw. -bindung hinweisen können (Benoit, Zeanah & Barton, 1989; Benoit & Coolbear, 1998; Birch, 1999; Chatoor, 1997). Eine wichtige Rolle spielt dabei die Fähigkeit der Mutter, die kindlichen Hunger- oder Sättigungssignale zu erkennen und angemessen zu beantworten (Harris & Booth, 1992; Skuse, Wolke & Reilly, 1992; Papoušek, 2004). (Siehe auch Abschnitt 2.7, Konzept des *Münchner Modells*.)

Die **kognitiven Ansätze** stellen unter anderem den modellhaften Einfluss von Vorbildern – seien es Gleichaltrige, die Eltern oder andere Erwachsene – auf das Essverhalten von Kindern unterschiedlichen Alters in den Vordergrund (Harper & Sanders, 1975; Birch, 1980).

Die **mechanischen Aspekte** von Fütterstörungen betreffen insbesondere oral-motorische Fehlfunktionen wie zum Beispiel Schluck- oder Saugprobleme aber auch mangelhafte Positionierung der Kinder bei den Mahlzeiten (Reilly & Skuse, 1992; Reilly, Skuse & Poblete, 1996; Reilly et al., 1999; Mathisen et al., 1989). Die schwierige Nahrungsaufnahme, insbesondere bei behinderten Kindern, verlangt den Eltern und Kindern viel Geduld ab und führt häufig zu inadäquat kurzen Essenszeiten mit mangelnder Kalorienaufnahme und möglicherweise unangenehmen Essenserfahrungen für die Kinder.

Nach Wolke (2005; 2000a; 2000b; 1999) jedoch erscheint eine strikte Trennung der verschiedenen Ansätze, bzw. ätiologischen Aspekte bezüglich Fütterstörungen nicht angebracht. Es handelt sich seiner Ansicht nach vielmehr um ein, in Abhängigkeit von der jeweiligen Entwicklungsaufgabe unterschiedliches Zusammenwirken von physiologischen, neuro-mechanischen, sozialen Interaktionen und Lernerfahrungen. Er vertritt ein integriertes Entwicklungsaufgaben-orientiertes biologisch-behaviorales Modell. Hiernach entwickeln sich aus leichten Schwierigkeiten beim Übergang von einer Fütterungsform zur anderen (Einführung von Flasche, Brei, fester Nahrung, Selbstfüttern etc.) dann Fütterungsprobleme, wenn der Säugling nur eine ungenügend entwickelte eigene Kompetenz zur internen Regulation seines Verhaltens (z.B. der Nahrungsaufnahme) besitzt und dieses Defizit der internen kindlichen Verhaltensregulation vonseiten der Eltern durch zu geringe Unterstützung oder falsches Verhalten verstärkt oder aufrecht erhalten wird. Es handelt sich demnach um ein dysfunktionales Zusammenwirken von kindlichen Charakteristiken und elterlichem Erziehungsverhalten mit der häufigen Folge von Eltern-Kind-Interaktionsstörungen (Lindberg et al., 1996; Sanders et al., 1993; von Hofacker & Papoušek, 1998; Papoušek, 2004).

Kedesdy und Budd (1998) beschreiben den Zusammenhang zwischen der Ätiologie der Fütterstörung und der zu bewältigenden Entwicklungsaufgabe folgendermaßen: Je früher Fütterprobleme auftreten, desto eher sind neurologische und organische Faktoren beteiligt.

Im Gegensatz zum bisher Genannten definieren Chatoor et al. (Chatoor et al., 1984 und Chatoor, 1997) vier Arten von Fütterstörungen deren Entstehung sie sehr eng mit einzelnen Phasen der kindlichen Entwicklung und deren Entwicklungsaufgaben verknüpft. Es handelt sich (1) um die „Fütterstörung der Homöostase“ (Feeding Disorder of Homeostasis), die ihren Beginn in den ersten drei Lebensmonaten hat und zurückzuführen ist auf frühe Regulationsprobleme des Säuglings und mangelndes elterliches Reaktionsvermögen in Bezug auf die kindlichen Bedürfnisse. Zwischen dem zweiten und achten Lebensmonat liegt der Beginn der (2) „Fütterstörung der Bindung“ (Feeding Disorder of Attachment), deren Entstehungsursache in einer generell gestörten Bindung zwischen Mutter und Kind zu suchen ist. Maßgebend ist hier die unsichere Bindungserfahrung auf Seiten der Mutter, die aufgrund ihrer eigenen psychischen und psychosozialen Defizite nicht in der Lage ist, sich adäquat ihrem Kind zu widmen.

Noch später, zwischen dem sechsten und 36. Lebensmonat, siedelt Chatoor den Beginn der (3) „Fütterstörung der Trennung“ an (Feeding Disorder of Separation), die sie auch als „Infantile Anorexie“ bezeichnet. Dieser liegen die kindliche Essverweigerung und Konflikte um Autonomie, Abhängigkeit, Selbständigkeit und Kontrolle in der Mutter-Kind-Beziehung zugrunde. Eine wesentliche Rolle spielt hierbei die mangelnde Fähigkeit der Mutter, die Signale des Kindes richtig zu deuten und angemessen darauf zu reagieren.

Die Gruppe der (4) „Posttraumatischen Fütterstörungen“ (Posttraumatic Feeding Disorder) ist gekennzeichnet durch die kindliche Verweigerung der Nahrungsaufnahme generell bzw. die Verweigerung spezieller Arten von Nahrung aufgrund zurückliegender traumatischer Erfahrungen des Kindes bei der Nahrungsaufnahme (Chatoor, 1997; Chatoor et al., 1998a; 1998b).

Es scheint jedoch nicht geklärt, ob die mit der Fütterstörung assoziierte Interaktions- bzw. Beziehungsstörung Ursache, Folge oder aufrechterhaltender Faktor der Fütterstörung ist (Papoušek, 2002).

Nach Papoušek (Papoušek & Papoušek, 1990; Papoušek, 2002; 2004) scheint eine systemische Sichtweise den multifaktoriellen Ursachen von frühkindlichen Regulationsstörungen – also auch Fütterstörungen im Speziellen – am ehesten zu entsprechen. Das entwicklungsdimensionale, kommunikationszentrierte Modell zur Genese frühkindlicher Regulations- und Beziehungsstörungen gibt einen Überblick über das System der beteiligten kindlichen, mütterlichen, organischen und psychosozialen Faktoren (siehe Abbildung 2.1) (Papoušek, 2004). Das Zusammenwirken der kindlichen Selbstregulation und der intuitiven elterlichen Kompetenzen beeinflusst die Qualität der alltäglichen Eltern-Kind-Kommunikation entweder im Sinne einer Co-Regulation (positive Gegenseitigkeit oder Engelskreise) oder einer Dysregulation (negative Gegenseitigkeit oder Teufelskreise).

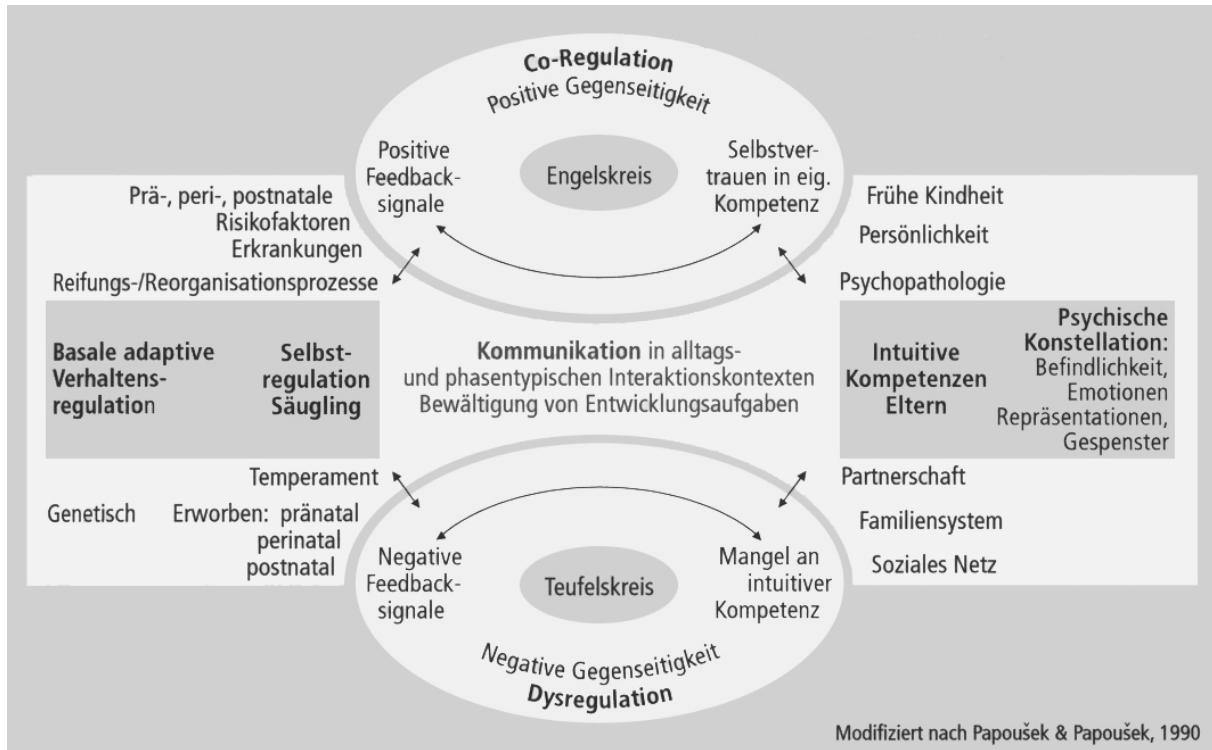


Abbildung 2.1: Entwicklungsorientiertes kommunikationsorientiertes Modell zur Genese frühkindlicher Regulations- und Beziehungsstörungen (siehe Seite 101 in Papousek, 2004).

Bei den Faktoren, die das Zusammenspiel im positiven oder negativen Sinn beeinflussen können, handelt es sich um prä-, peri- und postnatale Risikofaktoren bzw. Ressourcen auf organischer und auf psychosozialer Ebene, Temperament, Reifungs- und Reorganisationsprozesse und genetische Belastungen des Kindes, frühkindliche Erlebnisse, Persönlichkeit und Psychopathologie der Mutter und Partnerschaft, Familiensystem und nicht zuletzt soziales Netz der Eltern.

Ein ungünstiger Einfluss auf die Eltern-Kind-Kommunikation ergibt sich beispielsweise durch psychische Belastungen in der Schwangerschaft, schweres Schwangerschaftserbrechen, vorzeitige Wehen, traumatische Geburt, Frühgeburt, kindliche Entwicklungsverzögerungen und neuromotorische Auffälligkeiten, schwieriges kindliches Temperament, Paarkonflikte und psychische Erkrankungen der Eltern, traumatische eigene Kindheitserfahrungen und aktuelle oder frühere Essprobleme der Mutter (von Hofacker & Papousek, 1998; Papousek, 2004; von Hofacker, Papousek & Wurmser, 2004; Wurmser & Papousek, 2004.)

Das auf diesen Erkenntnissen basierende Konzept der kommunikationsorientierten Eltern-Säuglings-Therapie nach dem *Münchener Modell* wird in Abschnitt 2.7 genauer beschrieben.

2.6 Therapeutische Ansätze

Das therapeutische Vorgehen bei Fütterstörungen ist zum Teil eng verbunden mit den bereits erwähnten ätiologischen Ansätzen (siehe Abschnitt 2.5).

Dabei sind vor allem die lerntheoretischen Aspekte, die in der Verhaltenstherapie ihre Anwendung finden, und die interaktionsbezogenen Aspekte von besonderer Bedeutung.

Mit konkreten verhaltenstherapeutischen Interventionen, die der Mutter bzw. den Eltern in der Therapie vermittelt werden, lässt sich gezielt das beim Kind erwünschte Verhalten verstärken bzw. das unerwünschte Verhalten abschwächen. Bei Wolke (2005; 2000b) findet sich eine Auflistung gebräuchlicher verhaltenstherapeutischer Methoden und ihrer Anwendungen bei Fütterproblemen, die hier in einer Auswahl knapp zusammengefasst wird. Zur Verbesserung von erwünschtem Verhalten werden eingesetzt: positive Verstärkung (z.B. Lob für Nahrungsaufnahme), negative Verstärkung (z.B. wird das Kind aus unangenehmer Position befreit, wenn es Nahrung akzeptiert hat), Shaping (die stufenweise Annäherung an die Nahrungsaufnahme wird verstärkt z.B. durch Lob), Fading (allmähliche Rücknahme der Verstärkung, wenn das Kind anfängt selbst zu essen) und Exposure bzw. Flooding (regelmäßige Konfrontation mit bisher abgelehnten Geschmäckern und Texturen). Unerwünschtes Verhalten wird vermindert durch: Extinktion bzw. Löschung (z.B. Ignorieren von unangemessenem kindlichen Essverhalten), Sättigung (z.B. unbegrenzte Essportionen anbieten, um Rumination zu vermindern), Bestrafung (bei unerwünschtem Verhalten aversiven Reiz geben oder Belohnung entziehen, z.B. durch „Time-out“) oder Desensibilisierung (z.B. sanfte Massage, um das Kind an angstregende Berührung zu gewöhnen).

Bei den eben geschilderten Maßnahmen handelt es sich um konkrete und daher gut kontrollierbare Interventionen mit deren Hilfe das kindliche Verhalten verändert werden soll. In einer Übersichtsarbeit hat Kerwin (1999) die Effektivität psychosozialer und verhaltenstherapeutischer Interventionen bei schweren Fütterstörungen untersucht. (Weitere Ausführungen hierzu siehe Abschnitt 2.8).

Therapieformen, die auf der Interaktionsebene ansetzen, beziehen zumeist Videoanalyse und Videofeedback als wesentliche Bestandteile der Therapie mit ein. Erst durch den Einsatz dieser Technik ist es möglich, Verhaltensmuster, die sich in der Füttersituation ereignen, wiederholt im Detail zu studieren und das Zusammenspiel des Verhaltens der einzelnen Interaktionspartner zu erfassen.

Besondere Dienste leistet hierbei die Wiedergabe in Zeitlupe, die durch ihr hohes Auflösungsvermögen die Verhaltensmikroanalyse erst gestattet (Papoušek, 2000; 1996a;b; Dunitz-Scheer et al., 2000; 2001). Durch die therapeutische Auswertung der Videoaufzeichnungen im Rahmen von Videofeedbackgesprächen mit der Mutter bzw. den Eltern können die individuellen Probleme des Mutter-Kind-Paars konkret aufgezeigt und gemeinsam besprochen werden. Die Mutter bzw. Eltern erlangen auf diese Weise ein unmittelbaren Einblick in die Kommunikations- bzw. Interaktionsstrukturen, aber auch in die subjektiven Wahrnehmungen und Gefühle, die damit eng verknüpft sind. (Papoušek, 1996a; b; 2000; Wolke, 2005; 2000b).

Neben den verhaltenstherapeutischen und interaktionsbezogenen Ansätzen sollen noch die psychoanalytisch bzw. tiefenpsychologisch orientierten Ansätzen erwähnt werden. Bei ihnen stehen die psychodynamischen Aspekte der Fütterstörung, d.h. die konkreten Interaktionen und die unbewusste Dynamik der Füttersituation im Zentrum des Interesses (Jacubeit, 2004). Insbesondere wird in diesem Zusammenhang den elterlichen Repräsentationen vom Kind und ungelösten intrapsychischen Konflikten oder eventuellen traumatischen Kindheitserfahrungen der Mutter Beachtung geschenkt, die unbewusst in die aktuelle Fütterproblematik zwischen Mutter und Kind hineinwirken (Papoušek, 2004; Wollwerth de Chuquisengo & Papoušek, 2004; Fraiberg, Adelson & Shapiro, 1980).

Auch individuelle Kind-Psychotherapie, Hypnose und familienorientierte Interventionen kommen bei Fütterstörungen zur Anwendung. Mehr und mehr entwickeln sich jedoch integrative Therapieformen, die verschiedene Komponenten miteinbeziehen und versuchen, der Individualität und Komplexität der Fütterstörungen gerecht zu werden (Kerwin, 1999; Wolke, 2005; 2000b; Ramsay, 1995).

Unterschiedliche therapeutische Methoden integriert das in der *Münchner Sprechstunde für Schreibabys* praktizierte Konzept einer kommunikationsorientierten Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Beratung und -Psychotherapie, das Anfang der neunziger Jahre erarbeitet wurde (Papoušek, 2004; Wollwerth de Chuquisengo & Papoušek, 2004; von Hofacker & Papoušek, 1998). Das auch als *Münchner Modell* bezeichnete Therapiekonzept, das die mittels Videotechnik erfasste Interaktionsebene als den zentralen Ansatzpunkt für die Therapie sieht, wird im folgenden Abschnitt 2.7 ausführlicher beschrieben.

2.7 Konzept des *Münchner Modells*

Beim *Münchner Modell* handelt es sich um ein entwicklungsorientiertes und interaktionszentriertes Beratungs- und Behandlungsmodell, das im Verlauf jahrelanger Forschungs- und Beratungstätigkeit entstanden ist. Es basiert auf Erkenntnissen aus der Erforschung der frühkindlichen Verhaltensregulation, vorsprachlichen Kommunikation und den intuitiven elterlichen Kompetenzen (Papoušek & Papoušek, 1987; 1979; Papoušek, 1994).

Die Einrichtung der *Münchner Sprechstunde für Schreibabys* im Rahmen der *Forschungs- und Beratungsstelle „Frühentwicklung und Kommunikation“* des Kinderzentrums München verfolgt das Ziel, Familien mit schwierigen Säuglingen bzw. Kleinkindern durch ein spezielles diagnostisches und therapeutisches Angebot zu helfen und die wissenschaftlichen Grundlagen bezüglich Ätiologie, Verlauf, Prävention und gezielter Behandlung von Störungen der kindlichen Verhaltensregulation und der Eltern-Kind-Beziehungen zu vertiefen (Papoušek, 1997; Papoušek, 1998; Hofacker & Papoušek, 1998; Wollwerth de Chuquisengo & Papoušek, 2004; Papoušek, 2004).

Im Folgenden sollen die Grundlagen von Diagnostik und Methodik und die Ziele des Therapiekonzepts näher erläutert werden.

2.7.1 Diagnostik

Die diagnostischen Grundlagen des *Münchner Modells* bestehen hauptsächlich aus vier Komponenten, die in einem interdisziplinären Therapeutenteam zusammen erstellt werden:

- der medizinischen entwicklungsneurologischen Untersuchung (inklusive der Erhebung der anthropometrischen Daten),
- dem semistrukturierten, neuropädiatrischen und psychologischen diagnostischen Interview (adaptiert nach Esser et al., 1990),
- der Elternbefragung in Form von standardisierten Fragebögen und mehrtägigen Verhaltens- bzw. Ernährungsprotokollen
- und der videotestgestützten Verhaltensbeobachtung (Papoušek, 1996a; Papoušek, 1996b; Papoušek, 1998; Papoušek, 2000; Hofacker & Papoušek, 1998).

Dadurch werden folgende vier Ebenen erfasst: (1) die kindlichen Konditionen (Vulnerabilität, selbstregulatorische Fähigkeiten, neuromotorische Regulation, etc.) bzw. Risikofaktoren, (2) die Ressourcen und Risikofaktoren der Eltern, (3) die

elterlichen Repräsentationen vom Kind und (4) das Kommunikations- bzw. Interaktionsverhalten von Eltern und Kind in den Alltagssituationen, die für das Alter und die Störungen des Kindes relevant sind (z.B. Füttern, Spiel, Beruhigen) (Papoušek, 1997; Papoušek, 1999).

Bei der Diagnostik von frühkindlichen Regulationsstörungen gilt es – wie bereits in Abschnitt 2.4 beschrieben – eine Trias zu beachten bestehend aus Kind, Eltern und der Beziehung bzw. Kommunikation oder Interaktion zwischen Eltern und Kind („diagnostische Trias“) (Papoušek, 2004). Es handelt sich um (1) Probleme der frühkindlichen Verhaltensregulation, (2) ein Überlastungssyndrom auf Seiten der Eltern bzw. Hauptbezugspersonen und (3) dysfunktionale Kommunikationsmuster in den belasteten Alltagssituationen.

Im Mittelpunkt des diagnostischen Prozedere steht die klinische Kommunikations- und Beziehungsdiagnostik auf der Basis videotestgestützter Verhaltensbeobachtungen. Die Kinder werden dabei zusammen mit ihren Bezugspersonen in den Alltagssituationen (z.B. Füttern und Spielen) auf Video aufgezeichnet, die ihrem Alter entsprechen und für die Störungen relevant sind (Papoušek, 1996a; 1996b; 1998; 2000).

Diese Diagnostik war neben wissenschaftlichen Erkenntnissen aus der Schrei- und Temperamentsforschung eine der wesentlichen Voraussetzungen für die Entwicklung und das Verständnis des entwicklungsdimensionalen kommunikationszentrierten Modells, welches als das Kernstück des Münchner Modells betrachtet werden kann (Papoušek & Hofacker, 1995; Papoušek, 2004; 1998). (Siehe auch Abschnitt 2.5 (Ätiologie) sowie Abbildung 2.1.)

2.7.2 Methodik

Das Beratungs- und Therapiekonzept des *Münchner Modells* konzentriert sich, wie auch oben genanntes Modell, auf die mittels Videotechnik erfasste Kommunikations- bzw. Interaktionsebene zwischen dem Kind und dessen Eltern (Papoušek, 1998, Papoušek, 2000). Es handelt sich um ein interdisziplinäres, multidimensionales Behandlungsmodell, in dessen Rahmen verschiedene therapeutische Techniken und Verfahren wie Entwicklungsberatung, sensorische Integration, Physiotherapie, Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie, systemische Paar- und Familientherapie, videotestgestützte Kommunikationsanleitung und körperbezogene und psychodynamisch orientierte Kommunikations- und Beziehungstherapie integriert

werden (Wollwerth de Chuquisengo & Papoušek, 2004). Die Integration der einzelnen Komponenten in die Therapie richtet sich nicht nach einem festen, standardisierten Plan, sondern wird im gemeinsamen Gespräch zwischen Eltern und Therapeuten ganz individuell auf die Erfordernisse der jeweiligen Situation und die Bedürfnisse und Wünsche von Kind und Eltern abgestimmt (Papoušek, 1998).

Die videotragtete Verhaltens- und Interaktionsanalyse entfaltet ihren Nutzen besonders auf zwei, für die Therapie wesentlichen Ebenen:

Zum einen auf der Ebene der subjektiven Repräsentationen: Die Eltern bekommen durch die realitätsgerechte Abbildung der Eltern-Kind-Interaktion einen unmittelbaren Zugang zu ihren subjektiven Wahrnehmungen, Gefühlen, Empfindungen und Phantasien und möglicherweise ein Verständnis der eigenen und übernommenen Kommunikations- und Beziehungsmuster.

Zum anderen auf der Ebene der konkreten Verhaltensbeobachtung, die das Erkennen von funktionalen und dysfunktionalen Kommunikations- und Interaktionsmustern sowohl für den Therapeuten als auch für die Eltern erleichtert (Papoušek, 1998; Papoušek, 2000). Vor allem diese Ebene wird in der therapeutischen Arbeit sehr intensiv genutzt.

Das spezielle Vorgehen bei Fütterstörungen beinhaltet neben der Untersuchung des Kindes und der Befragung der Eltern in Form von Fragebögen, Ernährungsprotokollen und Interviews (siehe auch Abschnitt 2.7.1, Diagnostik) die Videoaufzeichnung von Fütersituationen im Labor des Kinderzentrums München (siehe auch Abschnitt 4.2 und 4.3, Methodik). Zuvor wird mit der Mutter über die Einführung von vier Essensregeln gesprochen. Diese beinhalten (1) die Etablierung von festen Mahlzeiten, an denen sich das Kind im Tagesablauf orientieren kann und (2) die Einhaltung von Nahrungskarenz zwischen den Mahlzeiten, wodurch die Ausprägung eines Hunger- und Sättigungszyklus beim Kind gefördert werden soll. Der Mutter wird des weiteren vermittelt, dass sie (3) – dem Alter des Kindes angemessen – das Nahrungsangebot bei den Mahlzeiten bestimmt, während (4) das Kind seinerseits durch sein Hunger- und Sättigungsgefühl für die Kontrolle der Nahrungsmenge zuständig ist. Dabei soll die Mutter störende kindliche Verhaltensweisen wie Provozieren, Vermeiden oder Ablenken durch Ignorieren oder das Setzen von Grenzen beantworten und interessiertes und aktives kindliches Essverhalten durch Lob und Unterstützung verstärken (Papoušek, 2002; von

Hofacker, Papoušek & Wurmser, 2004). Jede Füttersitzung, die im Verlauf der Therapie stattfindet, wird auf Video aufgezeichnet. Die Frequenz der Füttersitzungen variiert dabei von einer Sitzung pro Woche im ambulanten Setting bis zu mehrmals täglich stattfindenden Füttersitzungen im Rahmen einer stationären Therapie. Die Fütteraufnahmen werden dann im Rahmen eines Feedback-Gesprächs zwischen Mutter und Therapeuten gemeinsam betrachtet. Dabei hat der Therapeut die Möglichkeit, das Selbstvertrauen der Mutter bzw. der Eltern in die eigene Kompetenz zu stärken, indem er eine gezielte Auswahl besonders gut gelungener Interaktionssequenzen trifft. Andererseits können besonders schwierige Momente der Interaktion im Detail (mikroanalytisch, d.h. in Zeitlupe) analysiert werden. Dies kann dazu dienen, die Eltern in der Wahrnehmung von beispielsweise undeutlichen kindlichen Hunger- und Sättigungssignalen zu schulen und ihnen eventuelle regulatorische und motorische Verhaltensprobleme ihres Säuglings verständlicher zu machen (Papoušek, 2000). Oft werden bei der Betrachtung der Fütterdynamik Erinnerungen der Mutter an eigene, frühe negative Fütter- oder Beziehungserfahrungen geweckt. Diese verinnerlichten, negativen Erfahrungen können im Rahmen von psychodynamisch orientierten Therapiegesprächen bearbeitet werden (Wollwerth de Chuquisengo & Papoušek, 2004). Durch die Ausrichtung auf konkretes, beobachtbares Verhalten in der Interaktion von Mutter und Kind ist es auch möglich, gemeinsam mit der Mutter dysfunktionale mütterliche Verhaltensweisen – wie z.B. Auffordern und Zwang – zu identifizieren und durch Einüben von funktionellem Verhalten – wie z.B. freundliches und zwangloses Anbieten von Nahrung – zu ersetzen. Außerdem können der Mutter ganz konkrete Hilfestellungen im Umgang mit desinteressiertem d.h. dysfunktionalem Essverhalten des Kindes – wie z.B. Abwehr, Ablenken und Vermeiden – und interessiertem d.h. funktionalem Essverhalten gegeben werden.

Zentrales Anliegen der Kommunikationstherapie nach dem *Münchener Modell* ist es, den Eltern das Kind als einen aktiven Partner verständlich zu machen, durch den sie sich in ihrem Verhalten leiten lassen können. Die Eltern werden darin unterstützt, die kindlichen Signale richtig zu deuten und sich (wieder) an ihnen zu orientieren und werden dadurch in ihren intuitiven elterlichen Kompetenzen gestärkt.

2.7.3 Therapieziel

Gemeinsam mit den Eltern wird das konkrete Ziel der Behandlung bei deren Beginn festgelegt. Entsprechend der diagnostischen Trias setzt sich das Therapieziel aus drei Komponenten zusammen: Zum einen der schnellen Behebung der Regulationsstörung, zum anderen der effektiven Entlastung der Eltern im Alltag und schließlich der Unterstützung positiver Interaktions- und Beziehungserfahrungen. Die Teufelskreise der Eltern-Kind-Interaktion sollen durch Aktivierung der Selbstheilungskräfte und durch positive Kommunikations- und Beziehungserfahrungen in Engelskreise, d.h. funktionale Interaktionsmuster umgewandelt werden (Papoušek, 1997; 1998; 2000; 2002; Wollwerth de Chuquisengo & Papoušek, 2004).

Bezogen auf die Füttersituation lassen sich diese funktionalen Interaktionsmuster zwischen Mutter und Kind als konkrete, die Verhaltensebene betreffende Ziele der Füttertherapie nach dem *Münchner Modells* formulieren (von Hofacker, Papoušek & Wurmser, 2004):

- Die Mutter bedrängt das Kind nicht bei der Nahrungsaufnahme, sondern lässt sich vom Kind zeigen, wie viel es essen bzw. ob es die Mahlzeit beenden möchte.
- Die Mutter bestimmt, wann, wie oft und was zum Essen angeboten wird (altersangemessene, ausgewogenen Kost).
- Die Mutter unterstützt und bestärkt das Kind in seinem Antrieb zu essen und fördert seine Autonomiebestrebungen.
- Die Mutter gibt einen angemessenen Rahmen vor, bei dem das Essen im Mittelpunkt steht (Vermeiden von Ablenkung) und achtet auf die Einhaltung von gesunden Grenzen.
- Die Mutter reagiert angemessen auf die Sättigungssignale des Kindes und sorgt für eine eindeutige Beendigung der Mahlzeit.
- Das Kind wird bei der Nahrungsaufnahme nicht von außen (z.B. durch die Mutter) gesteuert, sondern bestimmt selbst, wie viel es essen möchte. Es isst mit Freude und ist motiviert durch seinen Appetit, die Neugier auf das Essen und seine Autonomiewünsche.

Die Kriterien, die auf einen Therapieerfolg hinweisen, sind neben der entsprechenden Einschätzung durch Experten vor allem die Zufriedenheit der Mutter hinsichtlich der nun (wieder) als entspannt erlebten Essenssituation mit ihrem Kind.

Als weitere Kriterien für eine erfolgreich verlaufene Behandlung gelten, dass die Dauer der Mahlzeit sich durch die Behandlung verkürzt hat und das Kind altergemäße Kost akzeptiert bzw. der Übergang zum selbständigen Essen gelungen oder zumindest erleichtert ist.

Mit dem gewachsenen Selbstvertrauen der Eltern in ihre intuitiven Kompetenzen und der Zuversicht, ihren Alltag mit dem Kind in Zukunft nun wieder alleine, ohne therapeutische Unterstützung, bewältigen zu können, kann die Therapie im Einvernehmen zwischen Eltern und Therapeuten erfolgreich beendet werden.

Wie durch in der „*Münchener Sprechstunde für Schreibabys*“ durchgeführte Untersuchungen bestätigt wurde (Hofacker & Papoušek, 1998; Papoušek, 1998; von Hofacker, Papoušek & Wurmser, 2004), hat sich der Therapieansatz des Münchener Modells mit einem meist recht schnellen Wirkungseintritt innerhalb weniger Sitzungen und einer dem Säugling direkt zukommenden Entwicklungsförderung als sehr effektiv und vorteilhaft erwiesen (Wollwerth de Chuquisengo & Papoušek, 2004).

2.8 Wirksamkeitsstudien zu Fütterstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter

Nur wenige Untersuchungen zur Therapiewirksamkeit bei Fütterstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter erfüllen die Kriterien einer kontrollierten randomisierten klinischen Studie. Drei Studien, auf die diese Kriterien zutreffen, untersuchten größere Stichproben von Kindern mit Gedeihstörungen (Casey et al., 1994; Black et al., 1995; Raynor et al., 1999).

Casey et al. (1994) beobachteten insgesamt 914 Frühgeborene mit niedrigem Geburtsgewicht in einer prospektiven randomisierten klinischen Studie von der Geburt bis zum dritten Lebensjahr. Die Untersuchung sollte zeigen, ob eine multidimensionale Therapie bestehend aus intensivierten Hausbesuchen und Familienberatung die Wahrscheinlichkeit von Gedeihstörungen bei einer Gruppe von Frühgeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht senkt im Vergleich zur herkömmlichen regulären Versorgung und, ob sie Intelligenz, Gesundheit, Wachstum und Verhaltensstatus der gedeihgestörten Kinder bis zum dritten Lebensjahr verbessern kann. Überprüft wurde der Erfolg an IQ, Wachstumsparametern und BMI (Body Mass Index) sowie am Verhalten der Kinder, der allgemeinen Gesundheit und der Qualität der häuslichen Umgebung. Nach drei Jahren gab es zwischen den beiden

Therapiegruppen keinen Unterschied bezüglich der Auftretenshäufigkeit von Gedeihstörungen, die bei insgesamt 166 Kindern vorlagen. Als einziger Unterschied zwischen den Gruppen wurde ein besserer Intelligenzquotient bei den gedeihgestörten Kindern aus der Therapiegruppe festgestellt, und hier besonders bei den Kindern aus Familien mit hoher Compliance. (Bei diesen war auch das Verhalten besser.)

Black et al. (1995) untersuchten eine randomisierte klinische Stichprobe von 116 nicht-organisch gedeihgestörten Kindern deren Durchschnittsalter 12,7 Monate betrug (alle Kinder waren jünger als 25 Monate). Neben einer multidisziplinären Wachstums- und Ernährungsberatung in einer klinischen Einrichtung wurden bei einer zweiten Gruppe von Kindern zusätzlich ein Jahr lang wöchentliche Hausbesuche von Laien durchgeführt, um die Familie allgemein zu unterstützen und beraten. Gemessen wurden Wachstumsparameter, kognitive, motorische und sprachliche Entwicklung, Eltern-Kind-Interaktion und die Qualität der häuslichen Umgebung. Nach 12 Monaten zeigten sich keine Unterschiede zwischen den beiden Therapiegruppen bezüglich Wachstumsparameter, motorischer Entwicklung und interaktiver Kompetenz der Kinder. Die Hausbesuche führten nur zu Verbesserungen der kindgerechten häuslichen Umgebung, der rezeptiven Sprache und der kognitiven Entwicklung der jüngeren Kinder.

In der randomisierten klinischen Studie von Raynor et al. (1999) wurden 83 gedeihgestörte Kinder im Alter von vier bis 30 Monaten untersucht. Sie erhielten entweder eine konventionelle Versorgung oder zusätzliche Hausbesuche von speziell geschulten Beratern über den Zeitraum von einem Jahr. Der Erfolg wurde gemessen am Wachstum, der Ernährung, der Inanspruchnahme von Angeboten der Gesundheitssystems, an Skalen zur kindlichen Entwicklung und mütterlichen Angst und Depression und am kindlichen Verhalten, gemessen anhand eines selbstentwickelten Fragebogens. Unabhängig von der Therapiegruppe zeigten die Kinder eine gute Gewichtszunahme und Verbesserungen in der Entwicklung und der Kalorienaufnahme. Nur die Kinder, die in der Hausbesuchsgruppe jünger als 12 Monate waren, nahmen mehr an Gewicht zu als die Kontrollgruppe. Bei letzterer gab es hingegen mehr Überweisungen zur Ernährungsberatung und in die Klinik, eine höhere Beanspruchung des Sozialdiensts und weniger Zuverlässigkeit bei der Einhaltung der Termine.

Die in den drei Studien überprüften Interventionen bestanden aus Beratungs- und Betreuungsmaßnahmen zur allgemeinen Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung, die im Rahmen von regelmäßigen Hausbesuchen vermittelt wurden. Es wurden weder Ratschläge für konkrete Veränderungen der Fütterverhaltens gegeben, noch kam es zum gezielten therapeutischen Einsatz von Videoaufzeichnungen, die Beobachtung der Fütterinteraktionen spielte eine untergeordnete Rolle. Die Ergebnisse dieser Studien waren eher enttäuschend (Benoit, 2000; Wolke, 2005). Keine der, in den drei Studien untersuchten Therapiemaßnahmen führte zu einer konkreten Verbesserung der Fütter- bzw. Gedeihstörungen im Gruppenvergleich – ausgenommen die Hausbesuche bei den jüngeren Kindern in der Studie von Raynor et al. (1999). Wolke (2005; 2000b) verweist in diesem Zusammenhang auf den geringen Erfolg unspezifischer Interventionsmaßnahmen und die höhere Effektivität von konkreten Maßnahmen, die sich direkt mit dem Fütterverhalten befassen.

Psychosoziale oder verhaltenstherapeutische Interventionsstudien, die auf die Lösung eines konkreten Fütterproblems bei schweren Fütterstörungen abzielten, untersuchte Kerwin (1999) in einer Übersichtsarbeit (siehe auch Abschnitt 2.6). Bei den von Kerwin erfassten Arbeiten handelte es sich mehrheitlich um Einzelfallstudien mit extrem geringen Fallzahlen zwischen ein bis circa drei Kindern in einem Altersbereich, der hauptsächlich vom dritten Lebensjahr aufwärts bis weit ins Schulalter hineinreichte. Ein Großteil dieser Stichproben bestand aus schwer füttergestörten Kindern, die unter Gedeihstörungen und teilweise komplexen medizinischen Erkrankungen bzw. erheblichen organischen oder mentalen Behinderungen litten. Als besonders wirkungsvoll für eine Vielzahl von schweren Fütterproblemen erwiesen sich, zusammengefasst nach Kerwin, Behandlungskonzepte mit differentieller Verteilung der Aufmerksamkeit, in denen auf Kontingenz des Verhaltens geachtet wurde im Sinne von positiver Verstärkung des angemessenen kindlichen Essverhaltens und Ignorieren des unangemessenen kindlichen Verhaltens. Messgrößen für den Therapieerfolg waren in den meisten der, von Kerwin untersuchten Studien Gewicht, Kaloriengehalt oder prozentuale Menge der aufgenommenen Nahrung, Anzahl der Nahrungsaufnahme, Gewicht und Wachstum des Kindes oder einzelne Verhaltensweisen wie z.B. selbständiges Essen, negative Vokalisation, störendes Verhalten und Verweigerung bzw. Ausstoßen von Essen.

In einigen Studien wurde versucht, die Wirksamkeit der Behandlung von leichteren Fütterstörungen durch Analyse des komplexen mütterlichen und kindlichen Fütterverhaltens zu dokumentieren. Hier sollen nun drei derartige Studien vorgestellt werden:

Den Studien von Thompson, Palmer und Linscheid (1977), Werle, Murphy und Budd (1998) und Turner, Sanders und Wall (1994) ist gemeinsam, dass deren Stichproben aus weitgehend gesunden Kindern mit eher leichteren Fütterstörungen bestehen, welche in der Regel nicht mit Gedeihstörungen oder organischen Ursachen einhergehen. Hier stehen vor allem die ungünstigen Lernprozesse in der Eltern-Kind-Interaktion als Ursache von vollständiger oder partieller Essverweigerung im Vordergrund (Sarimski, 2004). Alle drei Studien verwendeten Videoaufzeichnungen im Zusammenhang mit der Beobachtung und Auswertung der Fütterinteraktion.

Thompson, Palmer und Linscheid (1977) analysierten in einer Einzelfall-Studie die Veränderungen in der Fütterinteraktion eines 30 Monate alten, ansonsten gesunden Jungen, dessen partielle Nahrungsverweigerung mit verhaltenstherapeutischen Interventionen behandelt wurde. Ziel der Therapie war zum Einen, die kindliche Aufnahme von ungeliebter Nahrung zu steigern und seine Abwehr diesbezüglich zu reduzieren und zum Anderen, die mütterlichen negativen Reaktionen auf die kindliche Verweigerung zu vermindern und ihr Lob bei erwünschtem kindlichen Verhalten zu steigern. Außerdem sollte die Ernährung ausgewogen sein und aus mehreren Nahrungsmittelgruppen bestehen. Das Therapieschema setzte sich zusammen aus einer Grundratenerhebung (Fütterung durch die Mutter) über drei Sitzungen, einer vom Therapeuten durchgeführten Therapieeinheit von neun Sitzungen, einer erneuten Rückkehr zur Grundratenerhebung für zwei Sitzungen und einer abschließenden Schulung der Mutter in den Grundprinzipien der Therapie über drei Sitzungen. Sechs Monate nach dem Ende der Therapie wurde eine Kontrollsitzung abgehalten. Die Therapie bestand aus der Verstärkung von erwünschtem kindlichen Verhalten (Essen von ungeliebter Nahrung) durch Lob, Aufmerksamkeit und Belohnung einerseits und dem Ignorieren der Essensverweigerung andererseits. Die Interaktionen zwischen Mutter und Kind bzw. Therapeut und Kind wurden mit Hilfe eines von Moustakas, Sigal und Schalock (1956) entwickelten und von Thompson und Linscheid (1976) modifizierten Systems analysiert, das aus neun Hauptkategorien und 93 Unterkategorien besteht. Alle Füttersitzungen wurden im Labor eines medizinischen Zentrums durch eine

Einwegscheibe hindurch auf Video aufgezeichnet. Aus verschiedenen, über den gesamten Ablauf der Therapie verteilten Sitzungen wurden jeweils sechs einminütige Sequenzen untersucht – je zwei Sequenzen aus jedem Drittel einer Sitzung. Außerdem wurde das Essen vor und nach jeder Sitzung gewogen und die Differenz registriert. Im Ergebnis zeigte sich, dass nach neun dreißigminütigen Therapiesitzungen die Ernährung des Kindes angemessen war und sich das unerwünschte Interaktionsmuster zwischen Mutter und Kind durch die therapeutischen Maßnahmen Verstärkung und Ignorieren positiv verändert hatte.

Werle, Murphy und Budd (1998) untersuchten die Bedeutung von Kontextvariablen, d.h. Essensumständen, und kontingenzen Mutter-Kind-Interaktionen für das häusliche Fütterverhalten. Die Stichprobe bestand aus drei, an chronischer Essensverweigerung leidenden Kindern im Alter zwischen 18 und 43 Monaten. Alle Kinder waren normal entwickelt und körperlich weitgehend gesund, so dass medizinische Probleme als Ursachen der Fütterstörungen ausgeschlossen werden konnten. Die Eltern erhielten zuerst Anweisungen für ein angemessenes Fütterverhalten gegenüber ihren Kindern – z.B. Lob oder Belohnung bei Kooperation des Kindes, Ignorieren bei störendem Verhalten (Behandlungsmethode 1) – und dann eine Schulung bezüglich einer besseren Strukturierung der Essensumstände – z.B. konsequentes Füttern des Kindes am Tisch, Anzahl der Mahlzeiten und Snacks, Dauer der Mahlzeiten (Behandlungsmethode 2). Die Untersuchung lief in vier Phasen ab: Grundratenerhebung, Behandlungsphase 1, Behandlungsphase 2 (sofern nötig) und Erhaltungsphase. Ein Kind durchlief alle Phasen, bei einem Kind konnte wegen guter Erfolge mit Behandlungsmethode 1 auf Behandlungsmethode 2 verzichtet werden und eine Mutter brach das Programm in der zweiten Behandlungsmethode ab. Der insgesamt untersuchte Zeitraum erstreckte sich über 19 bis 33 Sitzungen bzw. Tage. Maximal 30 Minuten der häuslichen Mahlzeiten wurden auf Video aufgezeichnet und in einminütige Sequenzen unterteilt. Beobachter registrierten dann die Auftretenshäufigkeit des elterlichen Verhaltens und die Anzahl der aufgenommenen Bissen der Ziernahrung für jede Sequenz. Zu diesem Zweck wurde eine leicht modifizierte Version des „Feeding Observation Code“ (Werle, Murphy & Budd, 1993) verwendet, ein System mit dessen Hilfe das Vorkommen von insgesamt 27 Verhaltens- und Essenskategorien erfasst werden konnte. Der Erfolg wurde gemessen am prozentualen Anteil des erwünschten

Elternverhaltens am gesamten Elternverhalten, an der Anzahl der aufgenommenen Bissen der Ziernahrung und an Veränderungen der Kontextvariablen, d.h. der Essensumstände. Das elterliche Training bewirkte bei allen drei Mutter-Kind-Paaren eine Zunahme sowohl des angemessenen Elternverhaltens und als auch der kindlichen Akzeptanz der Ziernahrung. Zugleich zeigten zwei Kinder positive Veränderungen der Kontextvariablen im Sinn einer geringeren Zahl von täglichen Mahlzeiten und Snacks und einem größeren Anteil von Mahlzeiten, die am Tisch eingenommen wurden. Nur bei einem Kind kam es zu einer leichten Verschlechterung der Kontextvariablen. Im Ergebnis vermuten die Autoren eine Wechselwirkung zwischen dem kindlichen Fütterverhalten und den Kontextvariablen und empfehlen, Letztere bei der Planung und Evaluation von Fütterinterventionen einem Monitoring zu unterziehen.

Mit einer Stichprobe von 20 Kindern im Alter zwischen 18 Monaten und fünf Jahren, deren Fütterprobleme über mindestens drei Monate andauerten, führten Turner, Sanders und Wall (1994) eine kontrollierte Therapieerfolgsstudie durch. Ausgeschlossen waren sowohl Kinder mit Psychosen, affektiven Störungen und schweren Entwicklungsverzögerungen als auch Kinder, deren organische Erkrankungen für die Entstehung von Fütterschwierigkeiten verantwortlich hätten sein können. Nach der Erfassung der Kinder, bestehend aus medizinischer Untersuchung, Verhaltensbeobachtung, Ernährungsprotokoll und Elternfragebögen, wurden die Mutter-Kind-Paare randomisiert und entweder einem elterlichen Verhaltenstraining über 6 Sitzungen (BPT = behavioral parent training) oder einer elterlichen Ernährungsschulung über 3 – 4 Sitzungen (SDE = standard dietary education) zugeordnet. Vor der Therapie und unmittelbar bzw. drei Monate nach der Therapie wurden sowohl im häuslichen als auch im klinischen Setting jeweils 20 Minuten der Mahlzeit auf Video aufgezeichnet und von geschulten Beobachtern analysiert. Grundlage hierfür war die „Mealtimes Observation Schedule - Revised“ (MOS) (Sanders et al., 1993) (für MOS siehe auch unter Abschnitt 2.9), ein Kategoriensystem, welches es ermöglicht, insgesamt 32 kindliche und mütterliche Verhaltensweisen in Zeitabschnitten von je 10 Sekunden Dauer zu codieren. Um Veränderungen durch die beiden Therapieschemata zu erfassen, wurde der Prozentsatz an Intervallen mit angemessenem und unangemessenem Verhalten bei Mutter und Kind berechnet, außerdem wurden Ernährungsprotokolle geführt und die

Eltern mit Fragebögen über ihre Zufriedenheit mit dem jeweiligen Therapieschema befragt. Während sich bei den Kindern eine Zunahme der Nahrungsvielfalt und eine Verbesserung des Verhaltens sowohl im häuslichen als auch im klinischen Setting in beiden Therapieschemata gleichermaßen einstellte, zeigten sich nach dem Verhaltenstraining (BPT) mehr positive Mutter-Kind-Interaktionen und eine größere Zufriedenheit mit diesem Therapieschema bei beiden Elternteilen. Weiterhin zeigten die Mütter nach beiden Therapien eine leichte Verbesserung ihrer Stimmung und ihrer ehelichen Zufriedenheit; letztere nahm bei der Nachkontrolle jedoch wieder ab. Die Autoren gehen davon aus, dass durch eine Kombination aus Verhaltens- und Ernährungskomponenten, durch eine längere Behandlung oder durch häufigere Trainingssitzungen eine größere Wirkung des bestehenden Elterntrainingsprogramms erzielt werden könnte.

Einer speziellen Art von Fütterstörung widmen sich die im Folgenden dargestellten Untersuchungen von Benoit, Green und Arts-Rodas (1997) und Dunitz-Scheer et al. (2001). Es handelt sich um die posttraumatische Fütterstörung (PTFD), die nach dem Muster einer klassischen Konditionierung durch schmerzvolle Erfahrungen im Mund- und Rachenbereich auftritt (siehe auch Abschnitt 2.4.1). Auch diese beiden Studien verwendeten Videoaufzeichnungen zur Auswertung (Benoit, Green & Arts-Rodas, 1997) bzw. Therapie (Dunitz-Scheer et al., 2001) der untersuchten Fütterinteraktionen. Außerdem unterzogen Benoit, Green und Arts-Rodas (1997) das problematische kindliche Fütterverhalten einer systematischen Analyse.

Die von Benoit, Green und Arts-Rodas (1997) durchgeführte Untersuchung basiert auf einer klinischen Stichprobe von 24 Kindern mit posttraumatischen Fütterstörungen (PTSD = Posttraumatic Feeding Disorders) im Alter von sieben Wochen bis 34 Monaten. Die Hälfte der Kinder hatte zudem eine Gedeihstörung, ein Viertel der Kinder litt an einer Zerebralparese und 15 Kinder wurden über Sonde (nasogastrische oder PEG-Sonde) ernährt. Die Therapie, deren Wirksamkeit in der Studie untersucht werden sollte, erstreckte sich über durchschnittlich 10 Sitzungen (2 bis 21 Sitzungen) und bestand aus drei Phasen: (1) Verschiedene physiologische und kontextuelle Veränderungen zur Regulation von Hunger-Sättigungszyklen und zur Wiederherstellung bzw. Steigerung von gesunden Essensgewohnheiten bei Kindern, die bereits Fütterfertigkeiten hatten; (2) Verhaltenstherapie (Flooding); und (3) ständige Wachstums- und Nahrungsüberwachung und Unterstützung der Eltern

(siehe auch Abschnitt 2.9 und Benoit & Coolbear, 1998). Neben der Erhebung von Daten aus elterlichen Fragebögen und Interviews und der Erfassung der kindlichen Wachstumsparameter wurden Essens- und Spielinteraktionen zwischen Bezugsperson und Kind im klinischen Setting auf Video aufgezeichnet. Mittels einer frühen Version der „Infant Feeding Behaviors-Rater“ Checkliste (IFB-R) (Benoit & Green, 1995) – ein 40 Items umfassendes System bestehend aus unangemessenem kindlichen Fütterverhalten – codierten geschulte Beobachter dann die ersten fünf Minuten der aufgezeichneten Mahlzeiten, indem sie die absoluten Auftretenshäufigkeit der 40 Items innerhalb dieses Zeitabschnitts bestimmten und mit einem fünfstufigen Rating versahen. Der Erfolg des dreiphasigen Therapieprotokolls zeigte sich in dreierlei Hinsicht: (1) durch eine klinische Verbesserung bei 17 der Kinder bezüglich einer gesteigerten oralen Aufnahme von Speisen und Flüssigkeiten, einer verbesserten Kooperation bei den Mahlzeiten, einer stetigen Gewichtszunahme, dem Beginn des oralen Fütterns (bei totaler Nahrungsverweigerung), der Akzeptanz einer größeren Vielfalt von Geschmacksrichtungen und Konsistenz der Speisen (bei partieller Nahrungsverweigerung) oder einer reduzierten Abhängigkeit von Sondenfütterung (bei sondenernährten Kindern); (2) durch eine Verbesserung auf der Verhaltensebene in Form von reduziertem problematischen Fütterverhalten bei 19 Kindern, wie durch die Analyse mit der IFB-R Checkliste festgestellt werden konnte, und (3) durch das erfolgreiche Absetzen der Sondenernährung bei sechs der 15 Kinder.

Ihre interdisziplinäre und multidimensionale Methode zur Sondenentwöhnung – auch bezeichnet als „Grazer Modell“ (Dunitz-Scheer et al., 2004) – überprüften Dunitz-Scheer et al. (2001) in einer Studie an 62 langzeitsonderten Kindern im Alter zwischen vier Wochen und drei Jahren. Alle Kinder wurden vor Beginn der Therapie zu 100% enteral ernährt (nasogastrische oder PEG-Sonde) und zum Zweck der Sondenentwöhnung stationär aufgenommen. Neben pädiatrischer und kinderchirurgischer Diagnostik wurde mittels Videodokumentation auch eine Interaktionsdiagnostik von Essens- und Spielsituationen durchgeführt. Die Auswertung der circa drei bis fünf Minuten dauernden Videosequenzen erfolgte durch mindestens zwei geschulte Beobachter anhand des Klassifikationssystems Zero to three (1999) (siehe auch Abschnitt 2.1). Die Sondenentwöhnungsmethode basiert auf der interdisziplinären Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen und

verläuft nach einem aus fünf Phasen bestehenden Zeitplan, der hier kurz aufgeführt werden soll: (1) Eingewöhnungsphase mit dem Ziel der Hungerentstehung tagsüber; (2) Spielerisches Fördern von Interesse am Essen ohne Druck; (3) Beendigung der Sondierung mit Krisis; (4) Plateauphase mit Selbstregulation des Hunger- und Sättigungszyklus durch das Kind und (5) Erziehungs- und Readaptionsphase mit Übertragung des Fütter-Ess-Zyklus in die häusliche Umgebung. Dabei kommen verschiedene therapeutische Komponenten wie z.B. Videoanalyse und Videotherapie, Interaktionstherapie, Spieltherapie, tiefenpsychologisch orientierte Therapie, Logopädie, Ernährungsberatung etc. zum Einsatz. In der Studie zeigte sich, dass 59 Kinder der Stichprobe mit Hilfe der Therapie vollständig von der Sonde entwöhnt werden konnten, bei drei Kindern wurde eine Teilentwöhnung erzielt. Nach anfänglichen Gewichtsverlusten war zudem bei allen Kindern drei Monate nach dem Ende der Therapie eine signifikante Verbesserung ihres Gedeihens zu verzeichnen.

Wie wichtig eine individuelle Abstimmung der Interventionen auf die einzelnen Fütterstörungen ist, zeigt die Untersuchung von Süss und Brack (1984), in der allerdings weder Videoaufzeichnungen noch Verhaltensanalysen zur Erfolgsbeurteilung heranzogen wurden. Die Therapie bestand aus eng umschriebenen verhaltenstherapeutischen Interventionen.

Süss und Brack (1984) verglichen die Wirkung der verhaltensorientierten Interventionen Desensibilisierung und Löschung (siehe auch Abschnitt 2.6). Die Stichprobe bestand aus insgesamt acht schwer füttergestörten Kindern im Alter zwischen 14 und 42 Monaten, die aufgrund schwerer Essstörungen stationär eingewiesen worden waren. Sechs Kinder hatten einen massiven Entwicklungsrückstand, nur zwei Kinder waren knapp normal entwickelt. Die Kinder wurden entsprechend der Art ihrer Essstörung eingeschätzt: Bei einer Gruppe von vier Kindern stand die Angst vor dem Füttern im Vordergrund, bei den anderen vier Kindern spielten provokatives Verhalten und die positiven Konsequenzen der Nahrungsaufnahme (z.B. Ablenkung durch die Mutter) eine primäre Rolle für die Nahrungsverweigerung. Für die angstgeprägten Fütterstörungen wurde eine systematische Desensibilisierungs-Therapie entwickelt, bei der immer wieder viele kleine Portionen über den Tag verteilt in kurzen Abständen angeboten wurden (Therapieform 1). Schrittweise wurde dann die Zahl der Mahlzeiten erniedrigt und die Zahl der angebotenen Löffel pro Mahlzeit erhöht. Die durch Provokation und

Ablenkung geprägten Fütterstörungen sollten durch Löschung des Störverhaltens (z.B. durch Ignorieren aller kindlichen Ablenkungsversuche) am ehesten zu beeinflussen sein (Therapieform 2). Unter den Bedingungen normaler Mahlzeiten – bezüglich Häufigkeit und Menge des Angebots –sollten die Bezugspersonen nicht mehr den störenden Verhaltensweisen des Kindes, sondern nur noch der normalen Nahrungsaufnahme positive Aufmerksamkeit schenken. Bei beiden Therapieformen wurde die Fütterung sofort abgebrochen, sobald das Kind Zeichen von Abwehr zeigte. Ausgangspunkt war ein, entsprechend dem Alter der Kinder geschätzter Nahrungsbedarf von circa 120 Löffel Nahrung pro Tag. Über insgesamt 16 Tage wurden alle Kinder im Wechsel zwei Tage mit Therapieform 1 und zwei Tage mit Therapieform 2 behandelt. Als Verlaufskontrolle diente die Menge der aufgenommenen Löffel pro Tag. Die Ergebnisse zeigten eine schnell eintretende Steigerung der Nahrungsaufnahme innerhalb des gesamten Untersuchungszeitraums und eine Abhängigkeit des Erfolgs der beiden Therapieformen von der korrekten Zuordnung der Kinder in die „ängstliche“ oder „provokative“ Gruppe. Sollte eine eindeutige Einstufung nicht möglich sein, empfehlen die Autoren eine Mischung beider Therapieformen bestehend aus Desensibilisierung (wie oben beschrieben) und der gleichzeitigen Unterweisung der Eltern, unerwünschtes kindliches Verhalten zu ignorieren bzw. aktive Nahrungsaufnahme durch Zuwendung zu verstärken.

Die aus der Verhaltenstherapie stammenden konkreten Interventionen haben sich in ihrer Wirksamkeit bei schweren Fütterstörungen in einigen Studien nach strengen methodischen Kriterien als effektiv und vielversprechend erwiesen (Kerwin, 1999), beschränken sich jedoch auf wenige eng umschriebene Maßnahmen. Wie auch der eben erwähnten Empfehlung von Süss und Brack (1984) zu entnehmen ist, erfordert der klinische Alltag in seiner Vielfalt jedoch zumeist einen kombinierten Therapieansatz, mit dem auf die individuellen Erfordernisse bei Fütterstörungen flexibel eingegangen werden kann (Sarimski, 2004). Viele Therapieansätze der neueren Zeit integrieren u.a. tiefenpsychologische, verhaltenstherapeutische, systemische und interaktionsorientierte Elemente und haben sich gerade durch ihre komplexe Sicht der Zusammenhänge in der Praxis sehr bewährt (Ramsay, 1995; Wolke, 2000b; 2005; Papoušek, 2004; Wollwerth de Chuquisengo & Papoušek, 2004; Sarimski, 2004). Daher zeigt sich gerade hier der Bedarf nach Erforschung

und Objektivierung der Wirksamkeit dieser Therapieansätze in Bezug auf das konkrete Störungsbild der Fütterstörung (von Hofacker et al., 2003; Kerwin, 1999).

Für die Dokumentation des Behandlungserfolgs bei Fütterstörungen verwendeten viele Wirksamkeitsstudien klinische Parameter, wie beispielsweise die Menge der aufgenommenen Löffel pro Tag (Süss & Brack, 1984), die Anzahl der Bissen oder Schlucke pro zwanzigminütiger Mahlzeit (Cooper et al., 1995), verschiedene kindliche Wachstumsparameter (Länge, Gewicht, längenbezogenes Gewicht, altersbezogene Länge, etc.) (Black et al., 1995; Casey et al., 1994) oder auch Skalen für die kindliche Entwicklung (Black et al., 1995; Raynor et al., 1999). Einige Arbeiten greifen auch einzelne Verhaltensweisen heraus und vergleichen deren prozentuales oder absolutes Vorkommen (Werle, Murphy & Budd, 1998; Coe et al., 1997; Turner, Sanders & Wall, 1994). Die komplexe mütterliche und kindliche Fütterinteraktion und die therapiebedingten Verhaltensänderungen können jedoch nur eingeschränkt durch die Reduktion auf wenige derartige Parameter erfasst werden.

Das *Münchner Modell* (siehe Abschnitt 2.7) stellt einen kombinierten Ansatz dar, der die konkrete Arbeit an der beobachtbaren Mutter-Kind-Interaktion in den Mittelpunkt seines Vorgehens stellt und dessen Erfolg sich vor allem in einer von Mutter und Kind als entspannt erlebten Essenssituation zeigt. Daher sollen die konkreten Verhaltensänderungen, die sich auf der Kommunikations- und Interaktionsebene durch die Anwendung dieses individuellen und multidimensionalen Therapieansatzes ereignen, genauer betrachtet werden, um so die Wirkung dieser Therapie besser nachvollziehen und einschätzen zu können. Der Verwendung von Videoaufzeichnungen kommt dabei eine Schlüsselfunktion zu. Mit dem Bedürfnis nach Objektivierung der Therapiewirksamkeit – d.h. der Veränderungen des mütterlichen und kindlichen Fütterverhaltens – stellt sich auch die Frage nach einem geeigneten Instrumentarium, das in der Lage ist, die konkreten Veränderungen in der Mutter-Kind-Interaktion zu dokumentieren.

Einige der bereits existierenden methodischen Ansätze sollen nun im folgenden Abschnitt 2.9 vorgestellt werden.

2.9 Ansätze für eine systematische Erfassung von Fütterverhalten

Es wurden bereits verschiedene Instrumentarien bzw. Checklisten entwickelt, um das Fütterverhalten von füttergestörten und gesunden Kindern und ihren Müttern genauer erfassen und untersuchen zu können. Die Mutter-Kind-Interaktionen werden dabei entweder auf der Basis eines globalen Ratings am Ende des gesamten Beobachtungszeitraums analysiert (z.B. MacPhee & Schneider, 1996; Chatoor et al., 1997) oder in kleinere Zeitintervalle unterteilt und das Verhalten pro Intervall in seinem Vorkommen registriert (z.B. Sanders et al., 1993).

In der Checkliste von Sanders et al. (1993) sind mütterliches, kindliches, funktionales und dysfunktionales Verhalten konsequent getrennt, in der Checkliste von Ramsay, Gisel & Boutry (1993) hingegen nur teilweise durch Bildung von Untergruppen. Zwei weitere Checklisten kennzeichnen zwar mütterliches und kindliches, nicht aber funktionales und dysfunktionales Verhalten (Chatoor et al., 1997; MacPhee & Schneider, 1996). Eine Checkliste besteht ausschließlich aus dysfunktionalem kindlichem Verhalten (Benoit & Coolbear, 1998). Die einzelnen Checklisten werden in der nachfolgenden Tabelle 2.1 so wiedergegeben, wie sie von den jeweiligen Autoren strukturiert wurden.

Tabelle 2.1: Checklisten für eine systematische Erfassung von Fütterverhalten

Quellenangabe und Angaben zur Stichprobe	Kind		Mutter	
	Dysfunktionales Verhalten	Funktionales Verhalten	Dysfunktionales Verhalten	Funktionales Verhalten
Sanders et al., 1993 n gesamt = 45 (19 NOFTT und 26 gesunde Kontrollen) Alter: 12 Mon. – 6 Jahre	<u>Störendes kindliches Essverhalten:</u> Nichtbefolgen elterlicher Anweisungen; Klagen/ jammern; Fordert; Körperliche Angriffe; Unangemessenes. regelwidriges Verhalten; Keine Interaktion; Verweigert Essen; Hält Essen in der Hand; Spuckt/ erbricht; Verlässt den Tisch beim Essen; Spielt mit dem Essen;	<u>Angemessenes kindliches Essverhalten:</u> Verlangt nach Essen; Bereitet Essen vor; Nimmt Nahrung auf; Kaut; Sonstige angemessene verbale Äußerung; Sonstiges angemessenes, nicht verbales Verhalten;	<u>Aversives elterliches Verhalten:</u> Aversiver Kontakt; Aversive Aufforderung; Aversive klare Anweisung; Aversive unklare Anweisung; Aversiver Kommentar zum Essen; Sonstige, durch Inhalt und Ton der Stimme negative Art der Aufmerksamkeit;	<u>Nicht-aversives elterliches Verhalten:</u> Lob; Positiver Kontakt; Positive Bemerkung; Freundliche klare Anweisung; Freundliche unspezifische Anweisung; Freundlicher Kommentar zum Essen; Sonstige freundliche Aufmerksamkeit; Bietet Essen an; Nimmt Essen weg;

Tabelle 2.1 (Fortsetzung): Checklisten für eine systematische Erfassung von Fütterverhalten

Quellenangabe und Angaben zur Stichprobe	Kind	Mutter
<p>Ramsay, Gisel & Boutry, 1993 n gesamt = 60 (38 NOFTT und 22 OFTT) Alter: 1 - 42 Monate;</p>	<p>Fütterverhalten: Bejahendes Fütterverhalten (Greift nach Flasche, Löffel, Essen; Öffnet begierig den Mund; Saugt/ schluckt/ kaut/ begierig/ rhythmisch/ beständig);</p> <p>Störendes Fütterverhalten (Behält Nahrung im Mund/ Spielt mit Essen/ Stößt Flasche/Essen weg; Dreht den Kopf weg; Biegt sich zurück; Schreit, hustet, spuckt, würgt; Leicht abgelenkt vom Essen; Spricht, um das Essen zu vermeiden);</p> <p>Unbeteiligtes Fütterverhalten (Fehlende Vorfreude; Öffnet Mund nur bei direktem Kontakt mit Essen; Saugt/ isst ohne Aufmerksamkeit beim Essen; Schaut weg; Spielt/ läuft umher, aber isst, wenn es gefüttert wird);</p> <p>Kindlicher Affekt: Warm (heiter/ lächelnd/ freundlich/ scheu aber zugewandt/ mit strahlenden Augen); Ärgerlich (wirft/ schreit/ leicht frustriert); Angespannt/ ängstlich (misstrauisch/ vorsichtig/ mit den Augen abtasten/ wachsam); Reizbar (kommt nicht zur Ruhe/ macht sich steif/ plötzliche Stimmungsumschwünge/ nervös); Traurig/ niedergeschlagen (passiv/ zurückgezogen/ nicht gesprächig/ unsteter Blick);</p> <p>Kindliche Interaktion: Responsiv (schaut/ lächelt/ spricht zu fütternder Person, teilt/ zeigt/ exploriert); Unfolgsam (weigert sich/ schlägt/ Wutausbrüche); Anklammernd (jammert/ will gehalten werden/ exploriert nicht); Vermeidend/ Widerstand leistend (macht sich steif/ biegt sich zurück/ ignoriert/ schaut, dreht sich weg);</p>	<p>Mütterlicher Affekt: Warm (heiter/ ruhige Stimme/ zuversichtlich/ entspannt); Feindselig (schniedig/ gereizte Stimme/ gelangweilt/ schroff); Depressiv (niedergeschlagene Gefühlslage/ monotone Stimme); Ängstlich (sehr beunruhigt/ besorgt/ wachsam); Aufgeregt (unruhig/ unorganisiert/ verwirrt);</p> <p>Mütterliche Interaktion: Einfühlend/ kontingent (lächelt/ küsst/ berührt/ spornt freundlich an/ lobt); Bietet Essen in einem guten Rhythmus an); Unbeteiligt (hält das Kind auf Distanz beim Füttern mit der Flasche; Schaut weg/ unbewusst gegenüber der kindlichen Berührung, dem Geplapper, dem Blick); Unsensibel/nicht-kontingent (unterricht schroff/ säubert im Übermaß; Drückt, behandelt grob/ lobt unangemessen; Verspricht/ schmeichelnd/ droht/ lenkt ab; Gibt kindlichen Wünschen nach/ negative Kommentare);</p>

Tabelle 2.1 (Fortsetzung): Checklisten für eine systematische Erfassung von Fütterverhalten

Quellenangabe und Angaben zur Stichprobe	Kind	Mutter
<p>MacPhee & Schneider, 1996</p> <p>n gesamt = 46 (24 NOFTT und 22 gesunde Kontrollen)</p> <p>Alter: ca. 6 – 14 Monate</p>	<p>Schwaches Saugen, ermüdet leicht und schläft nach kurzer Fütterung ein; Würgt leicht; Spuckt und erbricht häufig; Schreit während des Fütterns, erscheint angespannt; Entspannt und an die fütternde Person angeschmiegt während des Fütterns; Unruhig oder etwas steif während des Fütterns; Nimmt Augenkontakt auf während des Fütterns; Wendet den Blick ab während des Fütterns; Weigert sich den Mund zu öffnen oder stößt die Zunge rhythmisch heraus (altersabhängig); Spielt mit dem Essen, isst sehr wenig; Leicht abgelenkt vom Essen; Stößt das Essen weg oder wirft mit dem Essen; Überstreckt sich nach hinten oder wendet sich vom Essen oder von der fütternden Person ab; Schreit, wenn Essen/Flasche entfernt wird;</p>	<p>Positioniert das Kind so, dass Augenkontakt möglich ist; Spricht oft mit dem Kind; Kommentare gegenüber dem Kind sind neutral oder negativ; Richtet mehr Aufmerksamkeit auf das Kind als auf andere Menschen oder Dinge im Raum; Ignoriert kindliche Fütersignale oder scheint sie nicht zu bemerken; Mangel an Abstimmung während des Fütterns; Hält das Kind auf eine steife oder linkische Art und Weise; Füttert mechanisch; Füttert mit Zwang oder hat einen groben Fütterungsstil; Fühlt sich gestört durch Unordnung und putzt das Kind auf übertriebene Art während des Fütterns; Ermutigt, erleichtert Selbstessen (wenn altersangemessen); Unterbricht oder beendet Füttern auf unangemessene Art und verursacht dadurch Stress im Kind;</p>

Tabelle 2.1 (Fortsetzung): Checklisten für eine systematische Erfassung von Fütterverhalten

Quellenangabe und Angaben zur Stichprobe	Kind	Mutter
<p>Chattoor et al., 1997 n gesamt = 124 (74 FS und 50 gesunde Kontrollen) Alter: 6 Wo. – 36 Monate</p>	<p>Erscheint gut aufgelegt; Lächelt die Mutter an; Schaut die Mutter an; Vermeidet den Blick der Mutter; Schläft ein und hört zu essen auf; Wendet sich vom Essen ab; Erscheint ärgerlich; Erscheint bekümmert; Weigert sich den Mund zu öffnen; Schreit, wenn Essen angeboten wird; Stößt Essen weg; Wird steif bei Berührung; Überstreckt sich vom Essen weg nach hinten; Erscheint leicht abgelenkt; Vokalisiert zur Mutter hin; Behält Essen im Mund; Spuckt Essen aus; Stößt Zunge rhythmisch heraus; Schreit, wenn die Flasche oder das Essen weggenommen wird; Erbricht oder Stößt auf;</p>	<p>Zeigt Vergnügen; Gut aufgelegt; Macht positive Bemerkungen; Erscheint traurig; Macht positive Bemerkungen über die Nahrungsaufnahme des Kindes; Erscheint distanziert; Spricht mit dem Kind; Hält das Kind steif; Wartet darauf, dass das Kind die Interaktion beginnt; Positioniert das Kind ohne Rücksicht auf Unterstützung; Positioniert das Kind für gegenseitigen Austausch; Erscheint bekümmert; Macht negative Bemerkungen; Erscheint ärgerlich; Macht negative Bemerkungen über die Nahrungsaufnahme des Kindes; Lenkt das Kind ab oder erlaubt dem Kind Ablenkung während des Essens; Fordert das Kind zum Essen auf, etwas zu tun oder nicht zu tun; Zwingt Flasche oder Essen in den kindlichen Mund; Erscheint besorgt über Unordnung; Geht grob mit dem Kind um; Kontrolliert das Füttern durch Übergehen der kindlichen Signale; Unterbricht das Füttern und verursacht dadurch Verzweiflung beim Kind; Geht übertrieben mit dem Kind um; Schränkt die kindlichen Bewegungen ein; Übersieht die kindlichen Signale; Berührt das Kind spielerisch;</p>

Tabelle 2.1 (Fortsetzung): Checklisten für eine systematische Erfassung von Fütterverhalten

Quellenangabe und Angaben zur Stichprobe	Kind		Mutter
	Dysfunktionales Verhalten	Funktionales Verhalten	
Benoit & Coolbear, 1998 (Benoit & Green, 1995) n gesamt = 24 PTFD Alter: 7 Wo. – 34 Monate	<p><u>Bevor/nachdem Löffel/Essen den Mund erreicht:</u> Schreit beim Anblick von Essen/Flasche; Kopf vom Essen wegdrrehen; Mundöffnung verweigern; Mund bedecken (mit Hand, Arm, Gegenstand); Essen wegstoßen; Essen/Besteck wegwerfen; Kinn zwischen Schultern/an Brust verstecken; Sich nach hinten überstrecken; Sich winden; Den ganzen Körper auf dem Stuhl drehen; Essen mit Lippen/Zunge berühren ohne zu essen;</p> <p><u>Wenn Löffel/Essen im Mund ist:</u> Auf Löffel/Brustwarze beißen; Essen mit den Fingern aus dem Mund nehmen; „Ballt“ die Zunge in der hinteren Mundhöhle zusammen; Kaut nicht/saugt nicht/bewegt Essen nicht im Mund (>5 sec); Kauen von/ Saugen an Essen ohne zu schlucken; Passiv das Schlucken verweigern; Schlucken in großen Portionen; Essen in den Backen hamstern; Herausstoßen mit der Zunge; Ausspucken von Essen; Hochwürgen; Würgen; Erbrechen;</p>		

<p><u>Allgemeines Verhalten:</u></p> <p>Schreien/Sich aufregen/Jammern (nicht ärgerlich); Wutanfälle; Ärgerlich erscheinen (ärgerliche Vokalisation/Getue); Müde erscheinen/einschlafen; Uninteressiert/unmotiviert in Bezug auf das Essen erscheinen/nicht hungrig; Ängstlich/panisch/angespannt erscheinen; Abgelenkt vom Essen erscheinen; Gebraucht Spielzeug/Fernsehen etc. um abzulenken; Aus dem Stuhl aufstehen/herumgehen/stehen; Spielen mit Essen/Besteck; Scheint das Essen nicht zu mögen; Husten; Langsam Essen; Nur wenig Essen nehmen; Unbequem positioniert sein;</p>		
--	--	--

Anmerkung: NOFTT:Non-organic failure to thrive (nicht-organische Gedeihstörung);
OFTT: Organic failure to thrive (organische Gedeihstörung);
FS: Fütterstörung ohne nähere Angaben;
PTFD: posttraumatic feeding disorder (posttraumatische Fütterstörung);

Im Folgenden sollen die fünf in Tabelle 2.1 dargestellten Checklisten und die zugehörigen Studien näher erläutert werden:

Sanders et al. (1993) registrierten mütterliches und kindliches Verhalten und verwendeten zu diesem Zweck die Mealtime Observation Schedule (MOS; Sanders & Le Grice, 1989). Untersucht wurden die Beziehungen zwischen dem elterlichen Fütterverhalten auf der einen Seite und dem Fütterverhalten von 19 Kindern mit andauernden, nicht-organisch bedingten Fütterschwierigkeiten und 26 Kindern mit unproblematischem Fütterverhalten auf den anderen Seite. Das Alter der Kinder lag im Bereich zwischen 12 Monaten und sechs Jahren. Die Eltern der füttergestörten Kinder klagten über verschiedene Probleme beim Füttern ihrer Kinder (wie z.B. Essenverweigerung, Weigerung der Kinder selbst zu essen, extrem langsames Essen, Versuche, dem Füttern auszuweichen, wählerisches Essen und störendes Verhalten bei den Mahlzeiten oder seltener Würgen und Aufstoßen von Essen) und hatten aus diesem Grund die Hilfe von in der Klinik tätigen Spezialisten in Anspruch genommen. Im Rahmen der Studie wurden alle Kinder von ihren Eltern wie gewohnt gefüttert und dabei in einem standardisierten Beobachtungssetting mit Videokameras gefilmt. Unabhängig von der tatsächlichen Dauer der Mahlzeit wurden jeweils nur die ersten 20 Minuten der Fütterinteraktionen aufgezeichnet und ausgewertet. Das beobachtete Verhalten wurden anhand der „Mealtime Observation Schedule“ erfasst. Von den insgesamt 32 Kategorien beziehen sich 11 Kategorien auf „störendes“ und sechs Kategorien auf „angemessenes kindliches Fütterverhalten“. Weitere sechs Kategorien beinhalten „aversives elterliches Verhalten“ und neun Kategorien „nicht-aversives elterliches Verhalten“. Zwei erfahrene Beobachter registrierten das Vorkommen bzw. Nicht-Vorkommen jeder Kategorie in aufeinander folgenden 10 Sekunden langen Zeitabschnitten über den gesamten Beobachtungszeitraums von 20 Minuten. Die Auswertung der Beobachtungen zeigte: (a) Füttergestörte Kinder zeigen mehr störendes Essverhalten (Essensverweigerung, Nichtbefolgen elterlicher Anweisungen, sich Beschweren und Protestieren, unangemessenes regelwidriges Verhalten und Spielen mit dem Essen) und weniger Kauen bei den Mahlzeiten als nicht-füttergestörte Kinder. (b) Eltern füttergestörter Kinder wenden mehr zwangsvolle Kontrollmechanismen (aversive Anweisungen, aversive Aufforderungen und negative essensbezogene Kommentare) an als Eltern von unproblematischen Essern. (c) Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem aversiven mütterlichen Verhalten und dem kindlichen Fütterverhalten (z.B. Essensverweigerung oder

Nichtbefolgen elterlicher Anweisungen) und das mütterliche Ausmaß von aversivem Verhalten ist ein signifikantes Kriterium für störendes kindliches Fütterverhalten. (d) Es gibt keinen Anhaltspunkt dafür, dass kindliche Fütterprobleme in einer Beziehung stehen zu elterlichen Eheproblemen, mütterlichen Depressionen oder sozialer Unterstützung der Mutter.

Ramsay, Gisel & Boutry (1993) untersuchten das Fütterverhalten von insgesamt 60 Mutter-Kind-Paaren mittels einer 1988 von Ramsay und Zelazo entwickelten Checkliste. Die Forscher verglichen organisch und nicht-organisch gedeihgestörte Kinder und ihre Mütter in Bezug auf Affekte, Interaktionen und das klinischen Erscheinungsbild der Fütterstörungen. Es handelte sich um 38 Kinder mit nicht-organischen und 22 Kinder mit organischen Gedeihstörungen im Alter zwischen einem bis 42 Monaten. Die Kinder beider Gruppen zeigten Fütterschwierigkeiten und waren von den behandelnden Ärzten zur weiteren Therapie an die Klinik verwiesen worden, nachdem durch die Behandlung der organischen Erkrankungen keine Gewichtszunahme erreicht werden konnte oder die unzureichende Nahrungsaufnahme nicht vollständig durch organische Erkrankungen erklärt werden konnte. Zusätzlich führten Ängste bzw. Fehlverhalten der Mütter bezüglich des Fütterns und Klagen über lang anhaltende Fütterschwierigkeiten zur Aufnahme in die Klinik. Kinder mit medizinischen Diagnosen wurden der Gruppe der organischen Gedeihstörungen zugeordnet. In die Gruppe der nicht-organischen Gedeihstörungen wurden Kinder eingestuft, die von den zuweisenden Kinderärzten als „medizinisch gesund“ beschrieben wurden bzw. deren Gedeihstörungen als nicht-organisch, psychosozial oder von der Mutter verursacht eingestuft wurden. In der Klinik wurden die Kinder von den Eltern gemäß ihrer üblichen Gewohnheiten gefüttert und währenddessen vom Forscherteam 15 bis 20 Minuten lang durch eine Einwegscheibe hindurch beobachtet. Das Fütterverhalten der Kinder und die kindlichen und mütterlichen Affekte und Interaktionen wurden anhand der modifizierten, aus 20 Verhaltensklassen bestehenden Checkliste (Ramsay & Zelazo, 1988) von den Beobachtern registriert. Die Verhaltensklassen verteilen sich auf fünf Kategorien. Die Kategorie „Fütterverhalten“ besteht aus den drei Verhaltensklassen bejahendes, störendes und unbeteilgtes Fütterverhalten und enthält ausschließlich kindliche Verhaltensweisen, die unmittelbar mit der Nahrungsaufnahme bzw. deren Abwehr zu tun haben. Diese Variablen wurden in der Auswertung der Daten als vorhanden bzw. nicht-vorhanden erfasst. Die Kategorie „kindlicher Affekt“ enthält die

fünf Verhaltensklassen „warm“, „ärgerlich“, „angespannt/ängstlich“, „reizbar“, „traurig/niedergeschlagen“, die Kategorie „mütterlicher Affekt“ schließt die fünf Verhaltensklassen „warm“, „feindselig“, „depressiv“, „ängstlich“ und „aufgeregt“ ein. Beide Kategorien sollen den emotionalen Zustand von Mutter und Kind während der Fütterinteraktion wiedergeben. In der Kategorie „kindliche Interaktion“ finden sich die vier Verhaltensklassen „responsiv“, „unfolgsam“, „anklammernd“ und „vermeidend/Widerstand leistend“, während sich die Kategorie „mütterliche Interaktion“ aus den drei Verhaltensklassen „einfühlend/kontingent“, „unbeteiligt“ und „unsensibel/nicht-kontingent“ zusammensetzt. Diese Kategorien beziehen sich auf Verhaltensweisen, die während der Fütterinteraktion vorkommen, aber nicht unmittelbar mit der Nahrungsaufnahme zusammenhängen, sondern eher den allgemeinen Umgang zwischen Mutter und Kind betreffen. Die beobachteten Affekte und Interaktionen wurden in der Auswertung zu positiven (z.B. warm, responsiv) bzw. negativen (z.B. ärgerlich, feindselig, unbeteiligt) Variablen zusammengefasst. Ramsay, Gisel und Boutry konnten mit dieser Studie zeigen, dass Kinder mit nicht-organischen Gedeihstörungen und Kinder mit organischen Gedeihstörungen oder mit Zerebralparese die gleichen frühen Fütterprobleme aufweisen. Auch stellte sich heraus, dass obwohl keines der Kinder mit nicht-organischen Gedeihstörungen eine diagnostizierbare neurologische Störung hatte, fast die Hälfte der Anamnesen auf eine neurologische Beteiligung hinwiesen. Dies lässt nach Meinung der Autoren darauf schließen, dass auch beim Nicht-Vorhandensein einer diagnostizierbaren neurologischen Störung eine organische Ursache nicht ausgeschlossen werden kann.

MacPhee & Schneider (1996) hatten sich zum Ziel gesetzt, eine Fütter-Checkliste zu entwickeln, die dem klinischen Pflegepersonal eine effiziente, objektive und systematische Erfassung der Mutter-Kind-Fütterinteraktion bei nicht-organischen Gedeihstörungen (NOFTT) erleichtern sollte. Die „Feeding Checklist“ besteht aus 25 Verhaltensklassen, von den Autoren Items genannt, von denen sich 11 auf elterliches und 14 auf kindliches Verhalten beziehen. Um die Qualität der Checkliste im Vergleich mit einer bereits erprobten Checkliste – der „Chatoor Feeding Scale“ (Chatoor et al., 1989) – zu testen, wurden die Fütterinteraktionen von 24 Mutter-Kind-Paaren mit nicht-organischen Gedeihstörungen und 22 nicht-füttergestörten Mutter-Kind-Paaren auf Video aufgezeichnet. Die Kinder waren zwischen sechs und 14 Monaten alt und befanden sich in stationärer Behandlung aufgrund von nicht-

organischen Gedeihstörungen oder, wie im Fall der Kontrollgruppe, unkomplizierter (wie z.B. kleiner chirurgischer) Probleme. Die Beobachter analysierten jeweils die ersten fünf Minuten vom Beginn der aufgezeichneten Mahlzeiten und registrierten das Vorkommen bzw. Nicht-Vorkommen der einzelnen Items am Ende des Analysezeitraums zuerst auf der ersten Checkliste, dann nach einem zweiten Durchlauf auf der zweiten Checkliste. Im Ergebnis zeigten beide Checklisten ähnliche Verhaltensmuster, in denen sich die Mutter-Kind-Paare mit nicht-organischen Gedeihstörungen von solchen mit gedeihenden Kindern signifikant unterschieden. Bei der „Feeding Checklist“ von MacPhee & Schneider handelte es sich bei den betreffenden Verhaltensmustern um das Aufrechterhalten von visuellem und verbalem Kontakt, der von den Kontroll-Müttern gepflegt wurde, während die Mütter der füttergestörten Paare die Signale ihrer Kinder ignorierten. Die füttergestörten Kinder unterschieden sich von den gesunden Kindern durch das Abwenden des Blicks und des Körpers während des Fütterns. In der zweiten Phase der Studie trug die „Feeding Checklist“ dazu bei, die Dokumentation von nicht-organisch bedingten Gedeihstörungen (NOFTT) durch das Pflegepersonal wesentlich zu verbessern.

Chatoor et al. (1997) testeten die bereits erwähnte „Chatoor Feeding Scale“ in einer Studie mit 74 füttergestörten und 50 gesunden Kindern und deren Müttern. Die füttergestörten Kinder waren aufgrund von Gedeihstörungen zur ambulanten oder stationären Behandlung an die Kinderklinik überwiesen worden und erfüllten die diagnostischen Kriterien einer „entwicklungsbedingten Fütterstörung“ nach Chatoor, Dickson, Schaefer und Egan (Chatoor et al., 1984; Chatoor et al., 1985). Das Alter der Kinder betrug zwischen sechs Wochen und 36 Monaten. Die Skala sollte für die Beobachtung von Mutter-Kind-Fütterinteraktionen in den ersten drei Lebensjahren sowohl in der Forschung als auch im klinischen Alltag verwendbar sein. Ziel der Studie war es, die Skala weiterzuentwickeln, zu validieren und mit ihrer Hilfe sowohl zwischen gesunden und füttergestörten als auch zwischen den von Chatoor et al. (1997) und Chatoor (1997) definierten drei Untergruppen von Fütterstörungen – Feeding Disorder of Homeostasis, Feeding Disorder of Attachment, Feeding Disorder of Separation bzw. Infantile Anorexie (siehe Ausführungen in Abschnitt 2.5) – zu differenzieren. Die Skala besteht aus insgesamt 46 Verhaltensklassen, auch Items genannt: 20 mütterlichen und 26 kindlichen, die entlang einer vierstufigen globalen Rating-Skala entsprechend ihrer Intensität und Auftretenshäufigkeit am Ende des

Beobachtungszeitraums eingestuft werden. Es besteht keine eigene Kennzeichnung von funktionalen und dysfunktionalen Items und keine Zuordnung der Items zu übergeordneten Kategorien. Die Füttersitzungen fanden unter Laborbedingungen statt und wurden auf Video aufgezeichnet. Es wurden dann jeweils 20 Minuten der aufgezeichneten Mahlzeiten von zwei trainierten Beobachtern analysiert, wobei die verschiedenen Items nach Ablauf der Videoaufzeichnungen mittels der „Chattoor Feeding Scale“ registriert wurden. Durch eine Faktorenanalyse konnten fünf Faktoren bzw. Subskalen extrahiert werden, die unterschiedlichen Mutter-Kind-Interaktionsmustern beim Füttern entsprechen. In der Studie war die „Chattoor Feeding Scale“ in der Lage zu 80% zwischen nicht-füttergestörten und füttergestörten Kindern zu unterscheiden, sowie Letztere einer der drei Untergruppen von Fütterstörungen (siehe oben) zu zuordnen.

Benoit und Coolbear (1998) führten eine Studie durch, die zeigen sollte, ob es bei Kindern mit posttraumatischen Fütterstörungen (PTFD) spezielles, problematisches Fütterverhalten gibt, das eine Aussage über das zu erwartende Behandlungsergebnis zulässt. (Siehe auch Abschnitt 2.8, Benoit, Green & Arts-Rodas, 1997). Die von ihnen untersuchte Stichprobe bestand aus 24 Kindern im Alter zwischen sieben Wochen und 34 Monaten, welche die folgenden Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung erfüllten: Essensverweigerung, ängstliche Abwehr beim Kontakt mit Nahrung, Nahrungsaufnahme nur im Dämmerzustand, fehlende Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungsgefühlen. Die Mütter der Kinder hatten sich zur weiteren Beratung und Therapie der posttraumatischen Fütterprobleme an eine psychiatrische Kinderklinik gewandt und wurden im Rahmen der Studie einer aus drei Komponenten bestehenden Behandlung zugeführt: 1. physiologische und kontextuelle Veränderungen zur Regulation von Hunger- und Sättigungszyklen und zur Wiederherstellung bzw. Steigerung von guten Essensgewohnheiten; 2. Kontrolle der Nahrungsaufnahme und 3. Verhaltenstherapie (Flooding). Zusätzlich zur Datenerhebung mittels Fragebogen und strukturierten Interviews und der Erfassung der kindlichen Wachstumsparameter wurden die Mütter und Kinder beim Essen und Spielen durch einen Einwegspiegel auf Video aufgezeichnet. Auf der Grundlage der „Infant Feeding Behaviors-Rater Checkliste“ (IFB-R; Benoit & Green, 1995) wurden jeweils die ersten fünf Minuten der aufgezeichneten Mahlzeiten von trainierten Beobachtern codiert. Die „IFB-R Checkliste“ besteht aus 40 Verhaltensklassen bzw. Items, die sich ausschließlich auf

problematisches kindliches Essverhalten beziehen und in drei Sektionen geordnet sind. Die Sektion 1 enthält Items, die das kindliche Desinteresse zeigen bevor oder nachdem die Nahrung den Mund erreicht hat. In der Sektion 2 werden Verhaltensweisen aufgeführt, mit denen das Kind seinen Widerstand gegen die Nahrungsaufnahme ausdrückt, wenn sich Löffel bzw. Nahrung schon im Mund befinden. Die Sektion 3 umfasst allgemeine Verhaltensweisen, die bei kindlicher Essverweigerung auftreten. Von jeder dieser 40 Items wurde nun die Auftretenshäufigkeit innerhalb des fünfminütigen Beobachtungszeitraums ausgezählt und dann mit einem fünfstufigen Rating versehen. Die Auswertung ergab, dass Kinder mit einer posttraumatischen Fütterstörung signifikant weniger gut auf die Behandlung ansprachen, wenn sie sich passiv weigerten, das im Mund befindliche Essen zu schlucken bzw. das Essen länger als fünf Sekunden nicht kauten, saugten oder im Mund bewegten. Kinder, die nicht auf die Behandlung reagierten, litten außerdem eher unter anatomisch/mechanischen Problemen der oberen Luftwege. In einer früheren Untersuchung konnten Benoit und Green (1995) zudem mittels der „IFB-R Checkliste“ sowohl einen signifikanten Unterschied zwischen füttergestörten und nicht-füttergestörten Kindern feststellen als auch signifikante, den Erwartungen entsprechende Unterschiede zwischen dem Verhalten vor und nach Therapie.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich mit den hier aufgeführten Instrumentarien zur systematischen Erfassung von Fütterverhalten allesamt keine Daten zur Zeitdauer der einzelnen Verhaltensweisen gewinnen lassen. Durch die fehlenden Daten zur zeitlichen Ausdehnung der Verhaltensweisen können auch die Kontingenzen in der Fütterinteraktion, d.h. die ineinandergrifende Abfolge von mütterlichem und kindlichem Verhalten entlang einer Zeitachse nicht untersucht werden, sofern überhaupt beide Seiten in ihrem gesamten Verhaltensspektrum erfasst werden. Hinsichtlich der absoluten Auftretenshäufigkeit der Items im gesamten Beobachtungszeitraum bzw. hinsichtlich der relativen, d.h. auf ein bestimmtes Zeitintervall bezogenen Auftretenshäufigkeit lassen sie in den meisten Fällen nur grobe Einschätzungen zu.

Daraus ergab sich in der Konsequenz die Aufgabe, ein System zu entwickeln, das in der Lage ist, die komplexen Verhaltensweisen in der Fütterinteraktion möglichst realitätsnah als ineinandergrifrende Ereignisse wiederzugeben. Es sollten Anfang und Ende der einzelnen Verhaltensweisen so genau definiert sein, dass eine exakte

Dokumentation von Auftretenshäufigkeiten und Dauer bezogen auf ein Zeitintervall möglich ist. In einem zweiten Schritt sollte das System auch dazu dienen, die zeitlichen Zusammenhänge, d.h. die Verhaltenskontingenzen in der Füttersituation zu erfassen. Außerdem sollte es sich auch dafür eignen, Veränderungen im Fütterverhalten – wie sie z.B. im Verlauf einer Therapie zu erwarten sind – abzubilden.

3 Zielsetzung und Fragestellung der Arbeit

Als Teil dieser Pilotstudie wurde ein Beschreibungssystem entwickelt, das die computergestützte und mikroanalytische Erfassung von videografiertem funktionalem, dysfunktionalem und neutralem Verhalten von Mutter und Kind beim Füttern ermöglicht. Mit Hilfe dieses Beschreibungssystems soll es gelingen, durch die Analyse eines angemessenen Interaktionszeitraums verlässliche Daten über die Fütterdynamik zwischen Mutter und Kind zu gewinnen. Die Anwendbarkeit des Beschreibungssystems wurde im Rahmen dieser Pilotstudie an einer Stichprobe von 15 füttergestörten Kindern und ihren Müttern überprüft. Die hierbei erhobenen Daten sollen Aufschluss darüber geben, wie und in welchem Ausmaß sich das mütterliche und kindliche Fütterverhalten durch die Anwendung der kommunikationsorientierten Eltern-Säuglings-Therapie nach dem *Münchener Modell* verändern.

Im Einzelnen sollen folgende Fragen beantwortet werden:

(1) Bezuglich der Methode und ihrer Entwicklung:

1. Welche Grundvoraussetzungen müssen erfüllt sein, damit die computergestützte, mikroanalytische Erfassung von komplexem Fütterverhalten gelingen kann?
2. Welche Gesichtspunkte müssen in diesem Zusammenhang bei der Wahl des Videoausschnitts bzw. des zu analysierenden Interaktionszeitraums berücksichtigt werden?

(2) Bezuglich der Daten aus der Verhaltensmikroanalyse:

1. Wie sind die Problematik der Fütterstörung und die Auswirkungen der Therapie im allgemeinen Interaktionsverhalten von Müttern und Kindern der Stichprobe zu erkennen?
2. Zeigen Mütter am Ende der Therapie ein geringeres Ausmaß an dysfunktionalem Verhalten in der Füittersituation mit dem Kind als zu Beginn der Therapie?
3. Zeigen Mütter am Ende der Therapie ein größeres Ausmaß an funktionalem Verhalten in der Füittersituation mit dem Kind als zu Beginn der Therapie?

4. Zeigen Kinder am Ende der Therapie ein geringeres Ausmaß an dysfunktionalem Verhalten in der Füttersituation mit der Mutter als zu Beginn der Therapie?
5. Zeigen Kinder am Ende der Therapie ein größeres Ausmaß an funktionalem Verhalten in der Füttersituation mit der Mutter als zu Beginn der Therapie?

4 Methoden

4.1 Stichprobe

Die Stichprobe umfasst 15 Kinder und deren Mütter. Es handelt sich um 10 Mädchen und 5 Jungen aus der Inanspruchnahmepopulation der *Forschungs- und Beratungsstelle für Frühentwicklung und Kommunikation des Instituts für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin* (Ludwig-Maximilians-Universität München). Die Mütter wurden dort gemeinsam mit ihren Kindern im Rahmen der *Sprechstunde für Schreibbabys* wegen einer Fütterstörung beraten bzw. therapiert.

Bei der Auswahl der Kinder wurde nicht auf eine bestimmte Altersgruppe geachtet, sondern darauf, dass die Nahrungsaufnahme hauptsächlich mit dem Löffel – durch die Mutter oder das Kind selbst – erfolgte. Ein weiteres Einschlusskriterium war das Vorhandensein einer brauchbaren und technisch einwandfreien Videoaufzeichnung vom Beginn und vom Ende einer abgeschlossenen Füttertherapie.

Nicht berücksichtigt wurden Kinder mit organischen Erkrankungen, motorischen und mentalen Entwicklungsstörungen, sowie schwer neurologisch beeinträchtigte Kinder.

Die Diagnose „Fütterstörung“ erfolgte durch Experten auf der Grundlage der in der *Sprechstunde für Schreibbabys* erhobenen Daten und Beobachtungen, wobei zwischen einer leichten und einer ausgeprägten Fütterstörung unterschieden wurde.

Bei letzterer handelt es sich um einen auffälligen Befund, der sowohl die Mutter als auch die Mutter-Kind-Beziehung erheblich belastet und der den Hauptgrund für die Inanspruchnahme der Beratung darstellt. Eine leichte Fütterstörung wird von der Mutter als nicht so schwerwiegend empfunden und meist als Nebendiagnose einer anderen, im Vordergrund stehenden Störung (z. B. Schlafstörung) festgestellt.

Von den 15 Kindern der Stichprobe wiesen 14 eine ausgeprägte und ein Kind eine leichte Fütterstörung auf.

Es handelte sich nur in einem Fall um eine isolierte Fütterstörung, in den anderen Fällen trat die Fütterstörung zeitgleich in Kombination mit einem oder mehreren anderen Störungsbildern auf: 5 Kinder zeigten eine Kombination von 2 Störungsbildern, bei 3 Kindern fanden sich gleichzeitig 3 Störungsbilder und bei 6 Kindern kam es zu einem parallelen Auftreten von 4 bis 6 Störungsbildern. Die Häufigkeit des Auftretens der einzelnen Störungsbilder innerhalb der Stichprobe in Verbindung mit der Diagnose „Fütterstörung“ wird in Tabelle 4.1 dargestellt.

Tabelle 4.1: Weitere Problembereiche in Verbindung mit der “Fütterstörung”

Weitere Problembereiche	Schlafstörung	Fütterstörung	
		n = 15	(%)
	Schlafstörung	8	53,3
	Chronische Unruhe, Unzufriedenheit, Dysphorie	7	46,7
	Exzessiver Trotz, Grenzsetzungskonflikte	6	40,0
	Exzessives Klammern, Ängste, Trennungsangst	4	26,7
	Exzessives Schreien	1	6,7
	Aggressives Verhalten	1	6,7
	Oppositionelles/provokatives Verhalten	1	6,7
	Störung der Schlaf-Wach-Organisation	1	6,7
	Keine weiteren Problembereiche (isolierte Fütterstörung)	1	6,7

Die Perzentilenverteilung bezüglich Gewicht, Länge und längenbezogenem Gewicht war zwischen den Geschlechtern zum Zeitpunkt der Geburt und zum Zeitpunkt der Erstvorstellung nicht signifikant unterschiedlich.

Bezüglich Gewicht und Länge lagen zum Geburtszeitpunkt jeweils 2 Kinder (13,3%) unter der 3. Perzentile und je 1 Kind (6,7%) über der 97. Perzentile. Die übrigen 12 Kinder (80,0%) verteilten sich auf die Perzentilen 3 bis < 10 (je 2 Kinder = 13,3%) und die Perzentilen 10 bis < 90 (je 10 Kinder = 66,7%). Bezüglich des Kopfumfangs zum Geburtszeitpunkt befand sich nur 1 Kind (6,7%) unter der 3. Perzentile, 3 Kinder (20,0%) lagen zwischen der 3. bis < 10. Perzentile und 11 Kinder (73,3%) zwischen der 10. bis < 90. Perzentile.

Bei allen 15 Kindern wurden Gewicht und Länge bei der Erstvorstellung in der Beratungsstelle erfasst. Bei 8 Kindern erfolgte die erste Videoaufzeichnung einer Füttersitzung noch am gleichen Tag, bei 7 Kindern kam es erst circa eine bis drei Wochen später zu einer ersten Videoaufzeichnung.

Bei Erstvorstellung lagen 2 Kinder (13,3%) unter der 3. Gewichtsperzentile und 5 Kinder (33,3%) unter der 3. längenbezogenen Gewichtsperzentile. Ein Kind (6,7%) erreichte eine Länge über der 97. Perzentile. Die genaue Verteilung der Perzentilen von Gewicht, Länge und Gewicht zu Länge zum Zeitpunkt der Erstvorstellung ist den Tabellen 4.2, 4.3 und 4.4 zu entnehmen.

Tabelle 4.2: Verteilung der Gewichtsperzentilen bei Erstvorstellung

Gewichtsperzentile bei Erstvorstellung	< 3%	Geschlecht			Gesamt
		weiblich	männlich		
		Anzahl	1	1	
		% von Geschlecht	10,0%	20,0%	13,3%
	3% bis < 10%	Anzahl	2	,0	2
		% von Geschlecht	20,0%	0%	13,3%
	10% bis < 90%	Anzahl	5	4	9
		% von Geschlecht	50,0%	80,0%	60,0%
	90% bis < 97%	Anzahl	2	,0	2
		% von Geschlecht	20,0%	0%	13,3%
Gesamt		Anzahl	10	5	15
		% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 4.3: Verteilung der Längenperzentilen bei Erstvorstellung

Längenperzentile bei Erstvorstellung	3% bis < 10%	Geschlecht			Gesamt
		weiblich	männlich		
		Anzahl	3	,0	
		% von Geschlecht	30,0%	0%	20,0%
	10% bis < 90%	Anzahl	6	5	11
		% von Geschlecht	60,0%	100,0%	73,3%
	>= 97%	Anzahl	1	,0	1
		% von Geschlecht	10,0%	0%	6,7%
Gesamt		Anzahl	10	5	15
		% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 4.4: Verteilung der längenbezogenen Gewichtsperzentilen bei Erstvorstellung

Perzentile Gewicht/Länge bei Erstvorstellung	< 3%	Geschlecht			Gesamt
		weiblich	männlich		
		Anzahl	2	3	
		% von Geschlecht	20,0%	60,0%	33,3%
	3% bis < 10%	Anzahl	2	,0	2
		% von Geschlecht	20,0%	0%	13,3%
	10% bis < 90%	Anzahl	6	2	8
		% von Geschlecht	60,0%	40,0%	53,3%
Gesamt		Anzahl	10	5	15
		% von Geschlecht	100,0%	100,0%	100,0%

Das Alter der Mütter bei der Geburt der Kinder schwankte zwischen 25 und 39 Jahren (Mittelwert (M) = 31,2 Jahre, Standardabweichung (SD) = 4,3); 2 Mütter verweigerten die Altersangabe.

Die ersten Videoaufzeichnungen zu Beginn der Therapie fanden in dem Zeitraum von November 1994 bis Oktober 1998 statt. Zu diesem Zeitpunkt waren die Kinder zwischen 7,7 und 23,5 Monate alt ($M = 15,0$ Monate, $SD = 4,9$). Bei 2 Kindern wurde das Alter aufgrund von Frühgeburtlichkeit um jeweils einen Monat korrigiert (M Alter korrigiert = 14,9 Monate, $SD = 5,0$).

Die Verteilung von kindlichem und mütterlichem Alter und Primiparität in Beziehung zum Geschlecht der Kinder ist der Tabelle 4.5 zu entnehmen.

Tabelle 4.5: Altersverteilung von Mutter und Kind und Verteilung der Primiparität

	Mädchen <i>n</i> = 10	Jungen <i>n</i> = 5
Korrigiertes Alter der Kinder zum Zeitpunkt der ersten Videoaufnahme in Monaten (M/SD)	$14,1 \pm 4,7$	$16,5 \pm 5,6$
Alter der Mutter in Jahren (M/SD)	$32,9 \pm 4,0$	$30,0 \pm 4,2$
Anteil der Primipara (<i>n</i>)	8 (80,0%)	4 (80,0%)

Der Zeitraum zwischen der ersten Videoaufzeichnung zu Beginn und der letzten Videoaufzeichnung am Ende der Therapie betrug zwischen 7 und 52 Tagen ($M = 23,5$ Tage, $SD = 15,5$). Bei allen Kindern handelte es sich um den ersten und einzigen Therapiezyklus bezüglich der Fütterstörung, mit Ausnahme eines Kindes, bei dem drei Monate später ein zweiter Zyklus folgte.

Die Anzahl der therapeutischen Füttersitzungen pro Zyklus variierte zwischen 2 und 32 Sitzungen ($M = 9,5$ Sitzungen, $SD = 9,6$). Dabei wurde die Therapie bei 11 Kindern ambulant (2 bis 14 Sitzungen) und bei 4 Kindern stationär (17 bis 32 Sitzungen) durchgeführt.

4.2 Therapeutisches Setting

Das unter dem Namen *Münchner Modell* bekannte Therapiekonzept, das in der *Sprechstunde für Schreibabys* angewendet wird, wurde bereits in Abschnitt 2.7 ausführlich beschrieben. Hier sollen die Einleitung einer Füttertherapie und das Setting d.h. die konkreten Umstände der auf Video aufgezeichneten Füttersitzungen dargestellt werden.

Bei einem ersten telefonischen Kontakt zwischen den Eltern und den Mitarbeitern der Beratungsstelle wird die Situation von Eltern und Kind erörtert und die Möglichkeit eines persönlichen Beratungstermins im Rahmen der *Sprechstunde für Schreibabys* in Erwägung gezogen. Wird ein Beratungstermin vereinbart, sind die Eltern angehalten, bis zum Zeitpunkt der Erstvorstellung einen mehrseitigen, umfassenden Elternfragebogen zu beantworten und ein Ernährungsprotokoll über den Verlauf einer Woche zu führen. Das Anamnesegespräch mit den Eltern bzw. der Mutter in der Form eines semistrukturierten Interviews wird von einem ärztlichen und einem psychologischen Mitarbeiter im Beisein des Kindes geführt und dient der Erfassung der pädiatrischen und psychosozialen Daten (Interview adaptiert nach Esser et al., 1990). Liegt der Gesprächszeitpunkt entsprechend günstig bzw. ist das Kind hungrig genug, erfolgt nun in der Regel die Videoaufzeichnung von Mutter und Kind während einer Mahlzeit im Labor der Beratungsstelle (siehe Abbildung 4.1). Ist eine anschließende Fütterung des Kindes nicht möglich oder sinnvoll, findet die erste Videoaufzeichnung einer Füttersitzung beim nächsten Beratungstermin statt. Die anschließende pädiatrische und entwicklungsneurologische Untersuchung des Kindes – inklusive der Erhebung der anthropometrischen Daten – wird ebenfalls auf Video aufgezeichnet.

Die Mahlzeit soll nach Möglichkeit so gestaltet werden, wie es Mutter und Kind vom häuslichen Umfeld her gewohnt sind. D. h. die Mutter bringt sowohl Essen und Getränke als auch benötigtes Zubehör von zu Hause mit, das Essen kann vor Ort erwärmt werden. Auch bezüglich der Fütterungsposition und des gesamten Ablaufs der Mahlzeit, einschließlich fester Essensrituale, wird die Mutter bei der ersten Videoaufzeichnung zur Authentizität ermuntert. Das problematische Verhalten soll bei der Erstvorstellung von den Therapeuten möglichst unverfälscht beobachtet werden können. Dabei handelt es sich um eine nicht teilnehmende Beobachtung, bei der die Therapeuten die Füttersitzung im angrenzenden Raum durch eine Einwegscheibe verfolgen.

Die Dauer der Videoaufzeichnung erstreckt sich über die gesamte Füttersituation vom Beginn der Mahlzeit bis zum endgültigen Abbruch der Sitzung durch die Mutter oder den Therapeuten.

Bei den im Therapieverlauf folgenden Füttersitzungen sollen die Mahlzeiten von der Mutter bereits nach den Anweisungen der Therapeuten bzw. entsprechend der gemeinsam erarbeiteten Verbesserungsmöglichkeiten umgestaltet werden.

4.3 Technische Aspekte der Videoaufzeichnungen

Der Raum, in dem die Füttersitzungen stattfinden, besitzt zwei zueinander im 90-Grad-Winkel befindliche Einwegscheiben, durch die mit je einer, auf einem Stativ fixierten Videokamera (Panasonic CCD Video Camera F15) gefilmt wird (siehe Abbildung 4.1).

Durch die beobachtenden Mitarbeiter können beide Kameras den Bewegungen und Positionsänderungen von Mutter und Kind angepasst werden, sofern dies erforderlich ist. In der Mehrzahl der Fälle jedoch sitzt das Kind etwa in der Mitte des Raumes im Hochstuhl, die Mutter seitlich rechts vor ihm auf einem Stuhl.

Die Aufnahmen der beiden Kameras werden über einen Mischer (Panasonic Digital Production Mixer WJ-MX12) einem VHS-Videorekorder (Panasonic AG-7350) zugeführt und von diesem im Split-screen-Verfahren (wenn durch die räumliche Konstellation sinnvoll) aufgezeichnet (Mutter linke Bildschirmhälfte, Kind rechte Bildschirmhälfte). Mittels Zuschaltung eines Zeitcodegenerators (Alpermann & Velte TC15) an den Videorekorder wird der Zeitcode, bestehend aus Stunden, Minuten, Sekunden und Frames (1 Sekunde = 25 Frames) in den unteren Rand der Videoaufzeichnung eingeblendet.

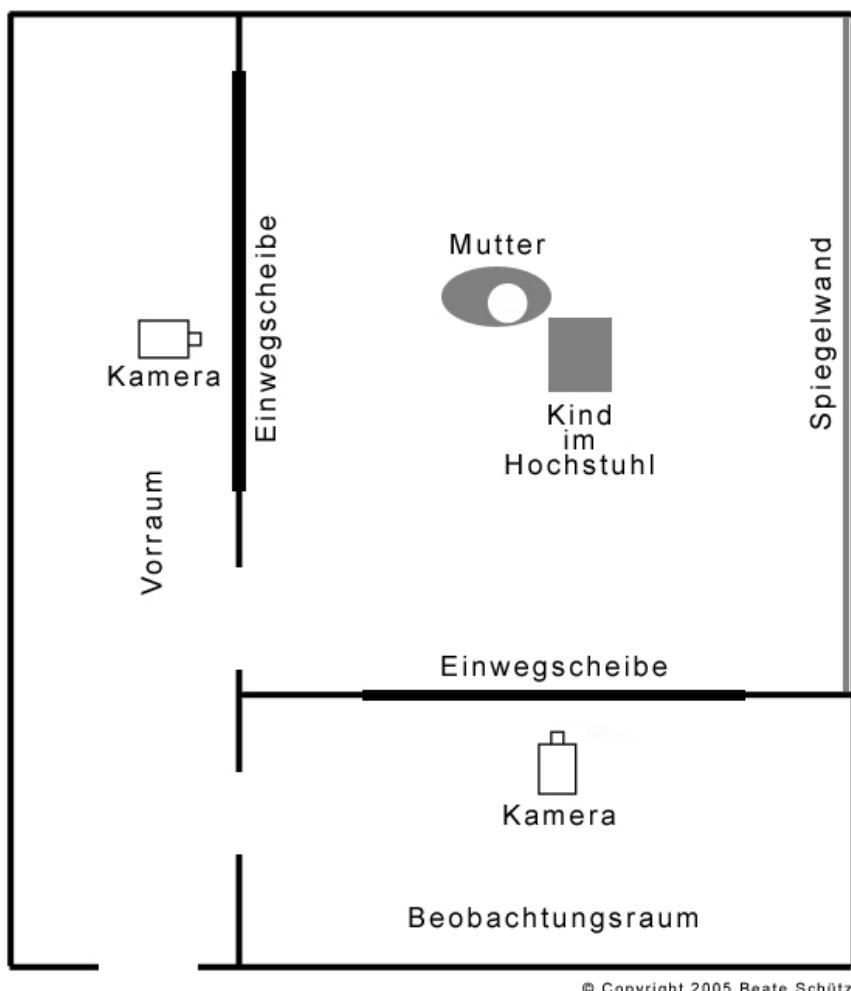


Abbildung 4.1: Labor der Forschungs- und Beratungsstelle für Frühentwicklung und Kommunikation des Instituts für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (Ludwig-Maximilians-Universität München).

4.4 Verhaltensanalyse der Videoaufzeichnungen

Notwendige Voraussetzung für die Analyse des aufgezeichneten mütterlichen und kindlichen Verhaltens und zugleich wichtiger Bestandteil dieser Arbeit war die Entwicklung und Erprobung eines geeigneten Beschreibungssystems, das in Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen Mitarbeitern der Forschungs- und Beratungsstelle erstellt wurde.

Im Mittelpunkt stand das Bestreben, einzelne ähnliche, in der Füttersituation beobachtbare Verhaltensweisen zu Verhaltensklassen zusammenzufassen. Berücksichtigt wurde dabei der Entwicklungszeitraum von der Fütterung mit dem Löffel durch die Mutter bis zum eigenständigen Essen des Kindes.

Die Klassen sollen in ihrer Gesamtheit eine sinnvolle Beschreibung des mütterlichen und kindlichen Fütterverhaltens während dieses Entwicklungszeitraums ermöglichen.

Durch Definitionen, Operationalisierungen, Beispiele, genaue Codierungsanweisungen und Abgrenzungen gegenüber anderen Klassen wurde die Unterscheidbarkeit zwischen den Klassen im Hinblick auf eine möglichst gute Beobachterübereinstimmung erhöht.

Die so entstandenen 20 Klassen des mütterlichen und 18 Klassen des kindlichen Verhaltens wurden zu je drei Kategorien bezüglich Mutter und Kind zusammengefasst. Innerhalb einer Kategorie schließen sich die Klassen gegenseitig aus.

Im Überblick zeigt Tabelle 4.6 eine Zusammenfassung des Beschreibungssystems, die ausführliche Darstellung befindet sich im Anhang der Arbeit.

Tabelle 4.6: Übersicht des Beschreibungssystems

MUTTER		KIND	
Kategorie	Verhaltensklasse	Kategorie	Verhaltensklasse
Mütterliche Löffelführung beim Füttern (MFÜ)	Hinbewegen des Löffels (n)	Kindliches Interesse am Essen (KIE)	Bereitschaft Signalisieren (f)
	Zurückziehen des Löffels (n)		Explorieren d. Selbständigen Essens (f)
	Anbieten von Nahrung (f)		Selbständiges Essen (f)
	Fördern d. Selbständigen Essens (f)		Antizipatorisches Mundöffnen (f)
	Füttern mit Druck (d)		Nahrungsaufnahme (f)
	Nachführen des Löffels (d)		Kauen (n)
Vorwiegend verbale Strategien der Mutter (MST)	Anregen (f)	Orale Aktivitäten des Kindes beim Füttern (KOA)	Im Mund Behalten (d)
	Loben (f)		Herauslaufen Lassen (d)
	Anweisen (f)		Herausstoßen (d)
	Grenzen Setzen (f)		Ausspucken (d)
	Tadeln (d)		Husten und Würgen (d)
	Auffordern (d)		Erbrechen (d)
	Unangemessene Zuwendung (d)		Herausnehmen (d)
	Ablenken (d)		Mund Zukneifen (d)
Besonderes Verhalten der Mutter (MBV)	Säubern (n)	Mangelndes Interesse des Kindes am Essen (KMI)	Ablenken (d)
	Abwartendes Beobachten (f)		Vermeiden (d)
	Ignorieren (f)		Abwehren (d)
	Beenden (f)		Provokieren (d)
	Festhalten (d)		
	Zwang (d)		

Anmerkung: (f) = funktionales Verhalten
 (d) = dysfunktionales Verhalten
 (n) = neutrales Verhalten

Für die Fragestellung der vorliegenden Arbeit ist es zum einen notwendig, die einzelnen beobachteten Verhaltensklassen möglichst exakt zu dokumentieren. Zum anderen ist es wichtig, zwischen dysfunktionalem und funktionalem Verhalten – bezogen auf eine altersangemessene Nahrungsaufnahme – zu differenzieren, da anhand dessen vermehrtem oder verminderter Vorkommen Rückschlüsse auf den Verlauf und die Wirkung der Therapie gezogen werden sollen. Daher werden in der Tabelle jene Verhaltensklassen als dysfunktional (d) oder funktional (f) gekennzeichnet, die, bezogen auf eine altersangemessene Nahrungsaufnahme, durch ihre Definition bereits primär – d. h. auch unabhängig vom genauen

Interaktionszusammenhang – entsprechend eingeordnet werden können. Dysfunktionale Verhaltensklassen bezeichnen mütterliche oder kindliche Verhaltensweisen, welche eine konfliktreiche und disharmonische Fütterinteraktion kennzeichnen bzw. zur Verfestigung störender Interaktionsmuster und einer belasteten Eltern-Kind-Beziehung beitragen. Unter funktionalen Verhaltensklassen werden jene verstanden, die zu einer von Mutter und Kind positiv erlebten und entspannten Füttersituation führen und eine unproblematische Nahrungsaufnahme des Kindes fördern. Die mit „neutral“ (**n**) versehenen Verhaltensklassen sind für sich genommen zunächst nicht zuordenbar, sondern erweisen sich erst bei genauer Kenntnis des Interaktionszusammenhangs als dysfunktionales oder funktionales Verhalten.

4.4.1 Auswahl der Videoauszüge

Von einem wissenschaftlichen Mitarbeiter der Beratungsstelle wurde aus der Videoaufzeichnung der Füttersitzung eines Mutter-Kind-Paars zu Beginn und am Ende der Therapie jeweils ein Auszug von insgesamt fünf Minuten Dauer für die Verhaltensanalyse überspielt.

Ein fünfminütiger Auszug setzt sich aus jeweils zwei Videoepisoden (Takes) zusammen: einer dreiminütigen Episode vom Anfang der Füttersitzung (Take 1) und einer Schlussepiisode, die vom Abbruch oder Ende der Mahlzeit ausgehend, die letzten zwei Minuten der Füttersitzung zeigt (Take 2).

4.4.2 Vorgang des Codierens

Die fünfminütigen Auszüge wurden dann den trainierten Beobachtern zur Verhaltensanalyse übergeben. Die Beobachter wurden verblindet sowohl hinsichtlich der persönlichen Daten des Mutter-Kind-Paars, als auch hinsichtlich des Zeitpunkts der Füttersitzung im Therapieverlauf, (d. h. bezüglich Beginn oder Ende der Therapie).

Mit Hilfe des Computerprogramms *Interact REL 6.5.16-67* (Mangold Software & Consulting, München) wurden die auf den Videoauszügen erkennbaren Verhaltensklassen von den Beobachtern in mehreren Arbeitsschritten codiert. Die Anzahl der Arbeitsschritte war abhängig von der Komplexität der Füttersituation, bzw. der Art und Anzahl der auftretenden Verhaltensklassen.

Die Codierung erfolgte in Realzeit-Bandgeschwindigkeit und erfasst Anfang bis Ende des Verhaltens (Ereigniscodierung).

4.5 Zusammenhang von Verhaltensklassen und therapeutischen Zielen

Entsprechend der Fragestellung dieser Arbeit werden die Veränderungen des mütterlichen und kindlichen Fütterverhaltens im Verlauf der hier angewendeten kommunikationsorientierten Eltern-Säuglings-Therapie nach dem *Münchner Modell* beobachtet und analysiert. Daher erscheint es wichtig, eine Verbindung zwischen dem therapeutischen Ansatz und den definierten Verhaltensklassen herzustellen.

In Tabelle 4.7 werden die dysfunktionalen und funktionalen Verhaltensklassen in einen Zusammenhang mit den grundlegenden therapeutischen Zielen gebracht.

Anhand des vermehrten oder verminderten Vorkommens der einzelnen dysfunktionalen und funktionalen Verhaltensklassen – repräsentiert durch Auftretenshäufigkeit und Dauer des Verhaltens pro Minute – sollen Aussagen über eine positive Entwicklung im Verlauf der Therapie getroffen werden können.

Tabelle 4.7: Zusammenhang von Verhaltensklassen und therapeutischen Zielen

Therapeutische Ziele	Dysfunktionales	Funktionales
	Fütterverhalten	Fütterverhalten
Mutter bedrängt das Kind nicht, sondern lässt es bestimmen, wie viel es essen möchte und wann es satt ist	Füttern mit Druck Auffordern Festhalten Zwang	Anbieten von Nahrung Abwartendes Beobachten Beenden
Mutter unterstützt und bestärkt das Kind in seinem Antrieb zu essen und fördert seine Autonomie	Tadeln	Anregen Loben Anweisen Fördern des Selbständigen Essens
Mutter gibt einen angemessenen Rahmen vor, bei dem das Essen im Mittelpunkt steht	Ablenken Nachführen des Löffels	Ignorieren Grenzen Setzen Beenden
Mutter sorgt für eine eindeutige Beendigung der Mahlzeit	Fortsetzen des bereits erwähnten dysfunktionalen mütterlichen Verhaltens	Beenden
Kind isst gerne und bestimmt, wie viel es essen will; es ist motiviert durch seinen Appetit, die Neugier auf das Essen und seine Autonomiewünsche	Im Mund Behalten Herauslaufen Lassen Herausstoßen Ausspucken Husten und Würgen Erbrechen Herausnehmen Mund Zukneifen Ablenken Abwehren Vermeiden Provozieren	Antizipatorisches Mundöffnen Bereitschaft Signalisieren Explorieren des Selbständigen Essens Selbständiges Essen Nahrungsaufnahme

4.6 Beobachterübereinstimmung

Nach einer intensiven Trainingsphase wurden alle 30 Auszüge der Füttersitzungen (je zwei pro Mutter-Kind-Paar) von einem Beobachter in randomisierter Abfolge ausgewertet. Ein zweiter eingebüchter unabhängiger Beobachter codierte 14 der 15, zu Therapiebeginn erfolgten Füttersitzungen in zufälliger Reihenfolge. (Das entspricht einem Anteil von ca. 47% an allen Füttersitzungen.)

Die Beobachterübereinstimmung wurde mit Hilfe der Kappa-Methode nach Cohen berechnet (Lienert, 1978), welche die Zufallsübereinstimmung zwischen Beobachtern berücksichtigt.

Nach internationalem Übereinkommen sollte der Kappa-Koeffizient mindestens 0.65 betragen, um von einer verlässlichen Beobachterübereinstimmung sprechen zu können.

Grundlage der Berechnung von Kappa war die Ebene der einzelnen Frames (1 Sekunde = 25 Frames) über den gesamten Beobachtungszeitraum von fünf Minuten (Take 1 + Take 2), d. h. die Ermittlung der Beobachterübereinstimmung basiert auf 7500 Zeiteinheiten pro Füttersitzung.

Die Kappa-Koeffizienten wurden für jede Verhaltenskategorie einzeln über alle Mutter-Kind-Paare hinweg bestimmt. Die Gesamtwerte für die Beobachterübereinstimmung lagen zwischen $k = 0.67$ und $k = 0.78$. Die einzelnen Werte sind der Tabelle 4.8 zu entnehmen.

Tabelle 4.8: Beobachterübereinstimmung (Kappa nach Cohen)

Verhaltenskategorien		Kappa
Mutter	Mütterliche Löffelführung beim Füttern (MFÜ)	0.74
	Vorwiegend verbale Strategien der Mutter (MST)	0.71
	Besonderes Verhalten der Mutter (MBV)	0.78
Kind	Kindliches Interesse am Essen (KIE)	0.67
	Orale Aktivitäten des Kindes beim Füttern (KOA)	0.67
	Mangelndes Interesse des Kindes am Essen (KMI)	0.71

4.7 Datenaufbereitung

Für die statistische Datenbearbeitung wurden die Daten von *Interact* in SPSS 9.0 for Windows übertragen und einer Plausibilitätsprüfung unterzogen. Hierbei wurden geringfügige Überschneidungen (≤ 10 Frames) von zwei einzelnen Verhaltensklassen innerhalb einer Kategorie automatisch korrigiert. Bei Überschneidungen von mehr als 10 Frames bzw. Überschneidungen zwischen mehr als zwei Verhaltensklassen wurden die betreffenden Stellen auf dem Videoband vom Beobachter nochmals angefahren und die Daten nach ihrer Überprüfung entsprechend verändert.

Für jede Füttersitzung wurde eine eigene Datei erstellt, aus der getrennt für Therapiebeginn und Therapieende jeweils die Auftretenshäufigkeit und Dauer jeder einzelnen Verhaltensklasse pro Minute extrahiert wurden. Die Durchführung dieses

Arbeitsschritts erfolgte automatisiert mit einem eigens dafür entwickelten Computerprogramm.

4.8 Statistische Datenanalyse

Die bei der Beschreibung der Stichprobe angegebenen Daten stellen Mittelwerte (M) \pm Standardabweichung (SD) dar.

Um Veränderungen von Auftretenshäufigkeit und Dauer der Verhaltensweisen im Verlauf der Therapie zu erfassen, wurden Wilcoxon-Tests für verbundene Stichproben (einseitig) durchgeführt. (Die Gleichzeitigkeit bzw. das zeitliche Ineinandergreifen von mütterlichem und kindlichem Verhalten wurde in der vorliegenden Studie nicht berücksichtigt.)

Durch die getrennte Erfassung von Anfang (Take 1) und Ende (Take 2) der Füttersitzungen bestand die Möglichkeit, Daten über den Einfluss der Therapie auf das Füttergeschehen in unterschiedlichen Phasen der Füttersitzung zu gewinnen. Aufgrund der kleinen Stichprobengröße ($n = 15$) war jedoch beispielsweise die Durchführung einer zweifaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung auf den Faktoren Therapieverlauf (Therapiebeginn, Therapieende) \times Sitzungsverlauf (Take 1, Take 2) nicht zu vertreten. Ein parametrisches Verfahren zur Berechnung der Unterschiede (T-Test für verbundene Stichproben) konnte ebenfalls nicht gewählt werden, weil die Voraussetzung der Normalverteilung der Differenzen bei einer großen Anzahl der Variablen nicht gegeben war.

Daraus ergab sich nach Beratung am *Institut für Medizinische Informationsbearbeitung, Biometrie und Epidemiologie* (Ludwig-Maximilians-Universität München) die Entscheidung für ein nichtparametrisches Verfahren, den Wilcoxon-Rangsummentest für verbundene Stichproben (einseitig). Um dem Auftreten einer α -Fehlerinflation durch zu viele Einzeltests vorzubeugen, konzentriert sich die Datenauswertung zunächst auf den gesamten fünfminütigen Beobachtungszeitraum aus beiden Takes, wodurch ein Einblick in die Veränderungen der jeweiligen Fütterdynamik insgesamt vermittelt wird.

Da es jedoch aus inhaltlichen Gründen auch von Interesse ist, den Einfluss der Therapie auf das Füttergeschehen in unterschiedlichen Phasen der Füttersitzung genauer zu betrachten, wurden zusätzlich jene Variablen, bei denen in den ersten Berechnungen signifikante Veränderungen auftraten, wieder in Take 1 und Take 2 gespalten und in weiteren Tests auf Signifikanzen überprüft.

Der Einfluss der Therapie auf die Dauer der Mahlzeit zu Beginn und Ende der Therapie wurde ebenfalls mit einem Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben (einseitig) untersucht.

Der Streubereich und das Lagemaß werden durch die Quartile Q_1 , Q_2 und Q_3 dargestellt. Bei dysfunktionalem Verhalten bedeutet die mediane Differenz von $Q_2 > 0$ eine Abnahme des Verhaltens im Therapieverlauf, die mediane Differenz von $Q_2 \leq 0$ hingegen ein Gleichbleiben bzw. eine Zunahme des jeweiligen Verhaltens. Umgekehrt zeigt eine mediane Differenz von $Q_2 < 0$ bei funktionalem Verhalten eine Zunahme desselben im Therapieverlauf, eine mediane Differenz von $Q_2 \geq 0$ hingegen ein Gleichbleiben bzw. eine Abnahme. Ein p -Wert $\leq 0,05$ kennzeichnet jeweils einen signifikanten Unterschied.

5 Ergebnisse

Entsprechend den zwei Schwerpunkten in der Fragestellung dieser Arbeit erfolgt zunächst die Darstellung der Ergebnisse bezogen auf die Methodenentwicklung. Anschließend werden die Daten beschrieben, die aus der Verhaltensmikroanalyse resultieren.

5.1 Ergebnisse bezüglich der Methode und ihrer Entwicklung

5.1.1 Voraussetzungen für die Entwicklung des Beschreibungssystems

Eine wesentliche Voraussetzung sowohl für die computergestützte und mikroanalytische Codierung ist die möglichst präzise Definition bzw. Darstellung der zu erfassenden Verhaltensweisen in einem allgemeinverständlichen Beschreibungssystem. Das für diese Pilotstudie entwickelte Beschreibungssystem wurde bereits in Abschnitt 4.4 (Verhaltensanalyse der Videoaufzeichnungen) vorgestellt und befindet sich in seiner ausführlichen Darstellung im Anhang dieser Arbeit. Es besteht aus 20 mütterlichen und 18 kindlichen Verhaltensklassen, welche je drei Kategorien bezüglich Mutter und Kind zugeordnet sind.

Jede Verhaltensklasse wird zuerst mittels einer kurzen Beschreibung definiert. In der Operationalisierung werden dann die Verhaltensweisen bzw. Umstände genauer aufgeführt, die in der Verhaltensklasse zusammengefasst sind; konkrete Beispiele aus dem Kontext der Fütterinteraktionen ergänzen und veranschaulichen die Beschreibung. In der Rubrik „Codierung“ erfolgt nun die exakte Definition von Beginn und Ende des jeweiligen Verhaltens – d.h. Beginn und Ende des entsprechenden Tastendrucks auf der Computertastatur –, wie es für eine Ereigniscodierung erforderlich ist. Es wurde gelegentlich für sinnvoll erachtet, hier eventuelle Besonderheiten der Codierung zu nennen, um an kritischen Stellen mögliche Unklarheiten bei den Beobachtern bereits im Vorfeld auszuräumen. In der Rubrik „Abgrenzung“ werden andere, leicht zu verwechselnde Verhaltensklassen mit ihren jeweils spezifischen Unterscheidungsmerkmalen genannt.

Des Weiteren setzen die Erstellung eines Beschreibungssystems und die computergestützte Codierung und Weiterverarbeitung von Daten Verhaltenskategorien voraus, innerhalb derer sich die einzelnen Verhaltensklassen

gegenseitig ausschließen. Erst dadurch sind eine strukturierte Erfassung und Codierung der komplexen Interaktionen als auch eine genaue Rückübersetzung der einzelnen Codes in reales Verhalten möglich. Das bedeutet, dass Verhaltensklassen innerhalb einer Kategorie nie parallel d.h. zeitgleich auftreten können. Verhaltensweisen, die in der Fütterinteraktion zeitgleich stattfinden, müssen sich demzufolge in verschiedenen Kategorien befinden. Das vorliegende Beschreibungssystem erfüllt diese Bedingungen.

Dem geht ein Entwicklungsprozess voraus, in dessen Verlauf die Zuordnung der Verhaltensklassen zu den einzelnen Kategorien immer wieder verändert und mit der Realität der Füttersituation abgeglichen wurde. Dabei wurden die unterschiedlichen Verhaltensebenen von Mutter und Kind analysiert und die Verhaltensklassen nach zum Teil inhaltlichen und zum Teil praktischen Gesichtspunkten geordnet.

Die Zusammensetzung der sechs Verhaltenskategorien des Beschreibungssystems soll im Folgenden genauer erläutert werden:

- **Mütterliche Löffelführung beim Füttern (MFÜ):** Diese Kategorie beinhaltet Verhaltensweisen, die sich auf die konkreten Löffelbewegungen der Mutter beim Füttern beziehen. Dabei handelt es sich um je zwei funktionale (*Anbieten von Nahrung, Fördern des Selbständigen Essens*) bzw. dysfunktionale Verhaltensklassen (*Füttern mit Druck, Nachführen des Löffels*), in deren Operationalisierungen bereits die kindliche Reaktion miterfasst wird und um zwei neutrale Verhaltensklassen, die sich lediglich durch die Vor- und Zurückbewegung des Löffels definieren (*Hinbewegen des Löffels, Zurückziehen des Löffels*).
- **Vorwiegend verbale Strategien der Mutter (MST):** Hier sind Verhaltensklassen aufgeführt, deren funktionale oder dysfunktionale Wirkung sich besonders über die verbale Ebene vermittelt. Diese Kategorie trägt der Tatsache Rechnung, dass verbale Äußerungen beim Füttern zeitgleich mit den mütterlichen Löffelbewegungen und anderen mütterlichen Verhaltensweisen auftreten können und daher getrennt von diesen in einer eigenen Kategorie aufgeführt sein müssen.
- **Besonderes Verhalten der Mutter (MBV):** In dieser Kategorie befinden sich unterschiedliche und komplexe Verhaltensweisen, die sowohl parallel

zur mütterlichen Löffelführung als auch zu den verbalen Äußerungen der Mutter auftreten können, sich jedoch gegenseitig ausschließen. Die fütterdynamische Bedeutung von *Säubern* tritt erst im Kontext der gesamten Interaktion zu Tage (daher zunächst als neutral bezeichnet), während die übrigen Verhaltensweisen bereits primär in ihrer Funktionalität (*Abwartendes Beobachten, Ignorieren, Beenden*) bzw. Dysfunktionalität (*Festhalten, Zwang*) festgelegt sind.

- **Orale Aktivitäten des Kindes beim Füttern (KOA):** Diese Kategorie beinhaltet Verhaltensweisen, die das Kind im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme mit dem Mund ausführt. Dies betrifft sowohl Verhaltensweisen, welche die Nahrungsaufnahme primär unterstützen (funktional: *Antizipatorisches Mundöffnen, Nahrungsaufnahme*) als auch verhindern (dysfunktional: *Im Mund behalten, Herauslaufen Lassen, Herausstoßen, Ausspucken, Husten und Würgen, Erbrechen, Herausnehmen, Mund Zukneifen*) bzw. deren Bedeutung erst im weiteren Interaktionskontext zum Tragen kommt (neutral: *Kauen*).
- **Kindliches Interesse am Essen (KIE):** Hier sind komplexe Verhaltensweisen aufgeführt, die alle darauf schließen lassen, dass das Kind Interesse am Essen hat. Sie sind mit unterschiedlichen Entwicklungsstufen der kindlichen Essfertigkeit bzw. Autonomie assoziiert, wobei *Bereitschaft Signalisieren* als früheste Entwicklungsstufe durch die anderen beiden späteren Stufen mit repräsentiert wird.
- **Mangelndes Interesse des Kindes am Essen (KMI):** Im Gegensatz zur vorigen Kategorie sind hier komplexe Verhaltensweisen zusammengefasst, denen eine grundlegende Essunlust des Kindes gemeinsam ist. Die Verhaltensklassen lassen sich voneinander abgrenzen aufgrund ihres unterschiedlichen Charakters oder ihrer unterschiedlichen Intensität (z.B. *Vermeiden und Abwehren*).

5.1.2 Wahl des Videoausschnitts bzw. des zu analysierenden Interaktionszeitraums

Die zu analysierenden Videoauszüge sollen so beschaffen sein, dass sie ein repräsentatives Bild der spezifischen Fütterdynamik der einzelnen Mutter-Kind-Paare vermitteln. Die im klinischen Alltag der Beratungsstelle angefertigten

Videoaufzeichnungen der Füttersitzungen geben kein genormtes Setting wieder, sondern zeigen sowohl hinsichtlich der Dauer als auch des Ablaufs ein individuelles Geschehen. Daher mussten vor allem bezüglich der Länge und des Ausschnitts der Videoauszüge verschiedene Überlegungen angestellt werden, um die einzelnen Mutter-Kind-Interaktionen sinnvoll vergleichen zu können.

5.1.2.1 Länge der Videoauszüge

Der Videoauszug, der für die computergestützte Codierung vorgesehen war, sollte einerseits lang genug sein, um eine ausreichende Anzahl von Fütterhandlungen zu enthalten und dadurch die tatsächliche individuelle Fütterdynamik zum Vorschein kommen zu lassen. Andererseits sollte die sehr aufwändige Erfassung und Verarbeitung der Daten in einem für ein Pilotprojekt vertretbaren zeitlichen Rahmen machbar sein. Des Weiteren musste beachtet werden, die Auswahl der für die Stichprobe in Frage kommenden Mutter-Kind-Paare nicht zusätzlich einzuschränken, durch die Entscheidung für einen (eher) längeren Videoauszug (von beispielsweise zehnminütiger Dauer). Dadurch würden Mutter-Kind-Paare von der Aufnahme in die Stichprobe ausgeschlossen, die sich durch eine kürzere Fütterungsdauer am Beginn oder am Ende der Therapie auszeichnen. (Acht Videoaufzeichnungen von der letzten Füttersitzung am Ende der Therapie haben eine Länge von ≤ 7 Minuten.)

Die Dauer eines einzelnen Videoauszugs wurde daher auf eine Gesamtlänge von fünf Minuten festgelegt.

5.1.2.2 Wahl des Videoausschnitts

Die Frage nach der Art des zu analysierenden Videoausschnitts stellt sich für die Füttersitzungen, deren Videoaufzeichnungen die festgelegte Gesamtlänge von fünf Minuten überschreiten. Wie bereits erwähnt sollte der Ausschnitt die individuelle Fütterdynamik des jeweiligen Mutter-Kind-Paars repräsentieren. Dabei ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass die Füttersitzungen oft in verschiedenen Phasen verlaufen, die sich in ihrer Funktionalität bzw. Dysfunktionalität unter Umständen deutlich von einander unterscheiden können. So kann eine Füttersitzung in den ersten Minuten durchaus harmonisch und funktional verlaufen solange das Kind noch hungrig ist. Tritt dann beim Kind im Laufe der Mahlzeit ein Sättigungsgefühl ein, ohne dass die Mutter darauf angemessen reagiert, kommt oft erst die eigentlich problematische Fütterdynamik zum Vorschein. Diese erstreckt sich dann oft bis zum Ende der Füttersitzung. Andere Fütterinteraktionen wiederum sind bereits von

Beginn an hauptsächlich durch dysfunktionales Verhalten (z.B. Ablenken) gekennzeichnet.

Das eigentliche Ende der Füttersitzung stellt eine besonders problematische Phase dar, da die Mütter meist nicht in der Lage sind, die Mahlzeit konsequent und eindeutig zu beenden. Auch bei Füttersitzungen, die nach erfolgter Therapie zum größten Teil stressfrei und erfolgreich verlaufen, bleibt das Beenden der Mahlzeit durch die Mutter ein besonders schwieriger und sensibler Moment innerhalb der Fütterinteraktion.

Um ein möglichst realitätsnahes Bild der gesamten Fütterinteraktion zu zeigen, wurde der zu analysierende Abschnitt von insgesamt fünf Minuten daher aus zwei Episoden (Takes) zusammengesetzt. Das dreiminütige Take 1 zeigt einen Ausschnitt vom Anfang der Füttersitzung, in dem je nach Art der Fütterdynamik noch funktionales Verhalten oder bereits dysfunktionales Verhalten auftritt. Die verbleibenden zwei Minuten des zweiten Takes werden vom Abbruch der Füttersitzung ausgehend festgelegt und zeigen das Ende der Mahlzeit mit seinen oft sehr problematischen, dysfunktionalen Interaktionen.

Auf diese Weise wird die Fütterinteraktion in ihrer Komplexität erfasst und zusätzlich die Möglichkeit geschaffen, die unterschiedlichen Phasen der Füttersitzung gesondert zu untersuchen.

5.2 Ergebnisse bezüglich der Daten aus der Verhaltensmikroanalyse

5.2.1 Beobachtetes Vorkommen von Verhaltensklassen in der Stichprobe

Die Tabellen 5.1 und 5.2 zeigen im Überblick – eingeteilt in Therapiebeginn und Therapieende – bei wie vielen Mutter-Kind-Paaren die einzelnen Verhaltensklassen während des gesamten Beobachtungszeitraums von jeweils fünf Minuten unabhängig von Dauer und Häufigkeit ihres Auftretens in Erscheinung traten.

Tabelle 5.1: Beobachtetes Vorkommen mütterlicher Verhaltensklassen bezogen auf den jeweiligen fünfminütigen Beobachtungszeitraum (Anzahl der M-K-Paare)

Kategorie	Verhaltensklasse	Therapiebeginn	Therapieende
		Beobachtet bei Anzahl der M-K-Paare (n = 15)	Beobachtet bei Anzahl der M-K-Paare (n = 15)
MFÜ	Hinbewegen des Löffels (n)	15	13
	Zurückziehen des Löffels (n)	15	13
	Anbieten von Nahrung (f)	11	12
	Fördern des Selbständigen	4	5
	Essens (f)		
	Füttern mit Druck (d)	12	8
	Nachführen des Löffels (d)	4	3
MST	Anregen (f)	11	14
	Loben (f)	10	14
	Anweisen (f)	5	8
	Grenzen Setzen (f)	12	13
	Tadeln (d)	8	7
	Auffordern (d)	14	12
	Unangemessene Zuwendung (d)	9	2
	Ablenken (d)	15	8
MBV	Säubern (n)	13	13
	Abwartendes Beobachten (f)	4	9
	Ignorieren (f)	0	3
	Beenden (f)	10	13
	Festhalten (d)	7	0
	Zwang (d)	0	0

Anmerkung: (f) = funktionales Verhalten

(d) = dysfunktionales Verhalten

(n) = neutrales Verhalten

MFÜ = Mütterliche Löffelführung beim Füttern

MST = Vorwiegend verbale Strategien der Mutter

MBV = Besonderes Verhalten der Mutter

Tabelle 5.2: Beobachtetes Vorkommen kindlicher Verhaltensklassen bezogen auf den jeweiligen fünfminütigen Beobachtungszeitraum (Anzahl der M-K-Paare)

Kategorie	Verhaltensklasse	Therapiebeginn	Therapieende
		Beobachtet bei Anzahl der M-K-Paare (n = 15)	Beobachtet bei Anzahl der M-K-Paare (n = 15)
KIE	Bereitschaft Signalisieren (f)	12	13
	Explorieren des Selbständigen	4	8
	Essens (f)		
	Selbständiges Essen (f)	5	9
KOA	Antizipatorisches Mundöffnen (f)	5	8
	Nahrungsaufnahme (f)	15	15
	Kauen (n)	14	15
	Im Mund Behalten (d)	5	3
	Herauslaufen Lassen (d)	1	0
	Herausstoßen (d)	1	0
	Ausspucken (d)	2	1
	Husten und Würgen (d)	3	3
	Erbrechen (d)	0	0
	Herausnehmen (d)	0	0
KMI	Mund Zukneifen (d)	3	0
	Ablenken (d)	15	14
	Vermeiden (d)	14	9
	Abwehren (d)	12	7
	Provozieren (d)	2	3

Anmerkung: (f) = funktionales Verhalten

(d) = dysfunktionales Verhalten

(n) = neutrales Verhalten

KIE = Kindliches Interesse am Essen

KOA = Orale Aktivitäten des Kindes beim Füttern

KMI = Mangelndes Interesse des Kindes am Essen

5.2.1.1 Mütterliche Verhaltensklassen

Bei einer großen Anzahl von Müttern traten bei Beginn der Therapie die dysfunktionalen Verhaltensklassen *Füttern mit Druck* (12 Mütter), *Auffordern* (14 Mütter) und *Unangemessene Zuwendung* (9 Mütter) auf. *Ablenken* konnte bei allen 15 Müttern der Stichprobe beobachtet werden. Bei etwa der Hälfte der Mütter gehörte bei Therapiebeginn das *Festhalten* und *Tadeln* der Kinder zum Spektrum ihres Fütterverhaltens. Das *Nachführen des Löffels*, ein Verhalten, das auf hohe Nachgiebigkeit der Mutter hindeutet, war bei Therapiebeginn bei 4 Müttern zu verzeichnen. *Zwang* als sehr gewaltsames Fütterverhalten kam in der untersuchten Stichprobe zu keiner Zeit vor.

Im Verlauf der Therapie nahm bei jeder dysfunktionalen Verhaltensklasse, die Anzahl der Mütter, die das jeweilige Verhalten zeigten, ab. Das *Festhalten* der Kinder beim Füttern trat sogar am Ende der Therapie bei keiner der Mütter mehr in Erscheinung. Ein besonders deutlicher Rückgang zeigte sich bei den häufig vorkommenden Verhaltensklassen *Unangemessene Zuwendung* (von 9 auf 2 Mütter), *Ablenken* (von 15 auf 8 Mütter) und *Füttern mit Druck* (von 12 auf 8 Mütter).

Neben den dysfunktionalen Verhaltensklassen konnte beim Beginn der Therapie ein weites Spektrum an funktionalem mütterlichem Verhalten beobachtet werden. Bei gut zwei Dritteln der Mütter gehörte das *Anbieten* von Nahrung, das zum Essen *Anregen* und *Loben* der Kinder ebenso zum gezeigten Interaktionsverhalten, wie das *Grenzen Setzen* und der Versuch, die Mahlzeit zu *Beenden*. Eher selten – bei knapp einem Drittel der Mütter – waren *Fördern des Selbständigen Essens*, *Anweisen* und *Abwartendes Beobachten* bei Therapiebeginn zu verzeichnen. Das *Ignorieren* des kindlichen unerwünschten Verhaltens trat beim Beginn der Therapie noch nicht auf, wurde aber bei Therapieende von 3 Müttern angewendet.

Bei Therapieende waren durchweg alle funktionalen mütterlichen Verhaltensklassen bei einer größeren Anzahl von Müttern zu beobachten als bei Therapiebeginn. Besonders deutlich war der Zuwachs im Verlauf der Therapie sowohl bei der Verhaltensklasse *Abwartendes Beobachten* (von 4 auf 9 Mütter) als auch bei den Verhaltensklassen *Anregen* (von 11 auf 14 Mütter), *Loben* (von 10 auf 14 Mütter), *Anweisen* (von 5 auf 8 Mütter) und *Beenden* der Mahlzeit (von 10 auf 13 Mütter).

Von den primär neutral definierten mütterlichen Verhaltensklassen (siehe Abschnitt 4.4) trat das *Säubern* des Kindes oder des Umfeldes bei einer gleichbleibend großen Anzahl von 13 Müttern in Erscheinung, während das *Hinbewegen* und *Zurückziehen*

des Löffels im Rahmen der Löffelführung beim Füttern bei Therapiebeginn zunächst bei allen Müttern und am Ende der Therapie bei nur noch 13 Müttern vorkamen.

5.2.1.2 Kindliche Verhaltensklassen

Mit Ausnahme von *Erbrechen* und *Herausnehmen* von Nahrung, das in der Stichprobe zu keinem der untersuchten Zeitpunkte auftrat, waren bei Therapiebeginn alle dysfunktionalen Verhaltensklassen bei den Kindern zu beobachten. Das vereinzelte Auftreten von Verhaltensklassen aus der Kategorie der oralen Aktivitäten beim Füttern erklärt sich unter anderem aus der Tatsache, dass verschiedene orale Verweigerungsmuster, mit deren Hilfe das Kind die Nahrungsaufnahme zu verhindern sucht, voneinander differenziert und getrennt erfasst wurden. So kamen bei Therapiebeginn das *Herauslaufen Lassen* und *Herausstoßen* von Nahrung bei je 1 Kind, das *Ausspucken* bei 2 Kindern und *Husten und Würgen* sowie *Mund Zukneifen* bei je 3 Kindern vor.

Sehr häufig waren bei Therapiebeginn die dysfunktionalen Verhaltensklassen *Ablenken* (bei allen 15 Kindern), *Vermeiden* (14 Kinder) und *Abwehren* (12 Kinder) zu verzeichnen, mit denen die Kinder ihr mangelndes Interesse am Essen ausdrückten.

Außer bei den beiden Verhaltensklassen *Husten und Würgen* und *Provokieren* zeigte sich im Verlauf der Therapie eine abnehmende Tendenz beim Vorkommen der dysfunktionalen Verhaltensklassen in der Stichprobe. Eine besonders deutliche Abnahme des Vorkommens war im Verlauf der Therapie beim *Vermeiden* (von 14 auf 9 Kinder) und *Abwehren* (von 12 auf 7 Kinder) der Nahrungsaufnahme zu beobachten. *Herauslaufen Lassen* und *Herausstoßen* von Nahrung ebenso wie *Mund Zukneifen* traten bei Therapieende nicht mehr in Erscheinung.

Die Beschäftigung mit nicht essensbezogenen Aktivitäten, ausgedrückt in der Verhaltensklasse *Ablenken*, blieb auch bei Therapieende ein von nahezu allen Kindern gezeigtes Verhalten.

Provokierendes Verhalten (*Provokieren*) kam anfangs nur bei 2 Kindern vor und war als einziges dysfunktionales Verhalten am Ende der Therapie bei einer größeren Anzahl von Kindern (3) festzustellen als bei Therapiebeginn.

Wie die Mütter, zeigten auch die Kinder zu Beginn der Therapie funktionale Verhaltensweisen, die innerhalb der Stichprobe unterschiedlich stark verteilt waren. Am Ende der Therapie traten die einzelnen Verhaltensklassen bei einer größeren Anzahl von Kindern auf.

Besonders verbreitet waren zu Beginn der Therapie bei den untersuchten Kindern Verhaltensweisen, die den Müttern Bereitschaft zur Nahrungsaufnahme signalisierten (*Bereitschaft Signalisieren*) (12 Kinder). Am Ende der Therapie waren diese Verhaltensweisen bei 13 Kindern zu beobachten.

Unabhängig vom Zeitpunkt der Therapie kam es bei allen 15 Kindern zur Aufnahme von Nahrung (*Nahrungsaufnahme*).

Bei etwa einem Drittel der Kinder waren bei Therapiebeginn die Verhaltensklassen *Explorieren des Selbständigen Essens* (4 Kinder), *Selbständiges Essen* (5 Kinder) und *Antizipatorisches Mundöffnen* (5 Kinder) zu verzeichnen. Bei Therapieende traten diese Verhaltensklassen bei fast doppelt so vielen Kindern in Erscheinung.

Das *Kauen* von Nahrung als einziges, primär neutral definiertes kindliches Essverhalten trat zu jedem Untersuchungszeitpunkt bei beinahe allen Kindern der Stichprobe auf.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das Auftreten von dysfunktionalen Verhaltensklassen bei Therapiebeginn sowohl bei den Müttern, als auch bei den Kindern der Stichprobe durchaus Rückschlüsse auf ein problematisches Fütterverhalten zulässt. Gleichzeitig zeigt die Stichprobe aber auch bereits bei Beginn der Therapie ein nicht geringes Vorkommen sowohl von funktionalen als auch neutralen Verhaltensklassen.

Veränderungen im Interaktionsverhalten ergaben sich dahingehend, dass die Anzahl der Mutter-Kind-Paare, bei denen bei Therapiebeginn dysfunktionale Verhaltensklassen beobachtet wurden, zum Therapieende hin abnahm. Die Anzahl der Mutter-Kind-Paare, bei denen funktionale Verhaltensklassen auftraten nahm hingegen zum Therapieende hin zu. Die Anzahl der Mutter-Kind-Paare, bei denen die primär neutralen Verhaltensklassen in Erscheinung traten, war sowohl bei Therapiebeginn als auch bei Therapieende sehr groß und unterlag im Therapieverlauf nur geringen Schwankungen.

5.2.1.3 Mütterliche und kindliche Verhaltensklassen getrennt nach Anfang und Ende der Füttersitzung

In Ergänzung der oben gezeigten Tabellen 5.1 und 5.2 wird das beobachtete Vorkommen mütterlicher bzw. kindlicher Verhaltensklassen bei Therapiebeginn und Therapieende in den folgenden Tabellen 5.3 und 5.4 getrennt nach Take1 und Take 2 – also Anfang und Ende der Füttersitzung – dargestellt.

Tabelle 5.3: Beobachtetes Vorkommen mütterlicher Verhaltensklassen getrennt nach Anfang (Take 1) und Ende (Take 2) der Füttersitzung (Anzahl der M-K-Paare)

Kategorie	Verhaltensklasse	Therapiebeginn		Therapieende	
		Beobachtet bei Anzahl der M-K-Paare (n = 15)		Beobachtet bei Anzahl der M-K-Paare (n = 15)	
		Take 1	Take 2	Take 1	Take 2
MFÜ	Hinbewegen des Löffels (n)	14	14	11	13
	Zurückziehen des Löffels (n)	13	14	10	12
	Anbieten von Nahrung (f)	10	10	10	10
	Fördern des Selbständigen Essens (f)	3	2	2	4
	Füttern mit Druck (d)	12	9	3	8
	Nachführen des Löffels (d)	4	1	2	2
MST	Anregen (f)	9	7	13	11
	Loben (f)	8	6	10	13
	Anweisen (f)	4	2	6	4
	Grenzen Setzen (f)	9	11	7	12
	Tadeln (d)	6	4	5	5
	Auffordern (d)	14	10	7	10
	Unangemessene Zuwendung (d)	4	8	1	2
	Ablenken (d)	14	9	7	3
MBV	Säubern (n)	10	11	6	12
	Abwartendes Beobachten (f)	2	4	6	8
	Ignorieren (f)	0	0	2	2
	Beenden (f)	2	9	6	12
	Festhalten (d)	6	4	0	0
	Zwang (d)	0	0	0	0

Anmerkung:
(f) = funktionales Verhalten
(d) = dysfunktionales Verhalten
(n) = neutrales Verhalten

Take 1 = 3 Minuten vom Anfang der Füttersitzung

Take 2 = 2 Minuten vom Ende der Füttersitzung

MFÜ = Mütterliche Löffelführung beim Füttern

MST = Vorwiegend verbale Strategien der Mutter

MBV = Besonderes Verhalten der Mutter

Tabelle 5.4: Beobachtetes Vorkommen kindlicher Verhaltensklassen getrennt nach Anfang (Take 1) und Ende (Take 2) der Füttersitzung (Anzahl der M-K-Paare)

Kategorie	Verhaltensklasse	Therapiebeginn		Therapieende	
		Beobachtet bei Anzahl der M-K-Paare (n = 15)		Beobachtet bei Anzahl der M-K-Paare (n = 15)	
		Take 1	Take 2	Take 1	Take 2
KIE	Bereitschaft Signalisieren (f)	11	9	13	11
	Explorieren des Selbständigen	3	3	5	6
	Essens (f)				
	Selbständiges Essen (f)	3	5	7	7
KOA	Antizipatorisches Mundöffnen (f)	5	0	7	5
	Nahrungsaufnahme (f)	15	13	15	14
	Kauen (n)	14	9	15	14
	Im Mund Behalten (d)	4	2	3	2
	Herauslaufen Lassen (d)	1	0	0	0
	Herausstoßen (d)	1	1	0	0
	Ausspucken (d)	2	0	1	1
	Husten und Würgen (d)	3	1	2	2
	Erbrechen (d)	0	0	0	0
	Herausnehmen (d)	0	0	0	0
KMI	Mund Zukneifen (d)	3	0	0	0
	Ablenken (d)	14	15	13	12
	Vermeiden (d)	10	12	5	9
	Abwehren (d)	7	9	2	6
	Provokieren (d)	1	1	2	3

Anmerkung:(f) = funktionales Verhalten

(d) = dysfunktionales Verhalten

(n) = neutrales Verhalten

Take 1 = 3 Minuten vom Anfang der Füttersitzung

Take 2 = 2 Minuten vom Ende der Füttersitzung

KIE = Kindliches Interesse am Essen

KOA = Orale Aktivitäten des Kindes beim Füttern

KMI = Mangelndes Interesse des Kindes am Essen

Im Folgenden werden einige bemerkenswerte Daten aus den Tabellen beschrieben: Bei der dysfunktionalen Verhaltensklasse *Füttern mit Druck* aus der Kategorie „Mütterliche Löffelführung beim Füttern“ kam es im Therapieverlauf besonders am Anfang der Füttersitzung (Take 1) zu einer starken Abnahme der Anzahl der Mütter, die das Verhalten zeigten (von 12 auf 3 Mütter). In der Kategorie „Vorwiegend verbale Strategien der Mütter“ kam es bei fünf der insgesamt acht Verhaltensklassen zu bemerkenswerten Veränderungen. Die Anzahl der Mütter, die ihre Kinder unfreundlich zum Essen aufforderten (*Auffordern*) halbierte sich im Therapieverlauf am Anfang der Füttersitzung von 14 auf 7 Mütter, während die Anzahl der Mütter, die das Verhalten am Ende der Füttersitzung zeigten im Therapieverlauf gleich blieb. Bei der dysfunktionalen Verhaltensklasse *Unangemessene Zuwendung* fiel bei Therapiebeginn eine Differenz zwischen Anfang und Ende der Füttersitzung auf (4 Mütter in Take 1 gegenüber 8 Müttern in Take 2). Im Therapieverlauf kam es am Ende der Füttersitzung zu einem Rückgang des beobachteten Verhaltens von 8 auf 2 Mütter. Beim *Ablenken* zeigte sich sowohl bei Therapiebeginn als auch bei Therapieende eine Differenz zwischen Anfang und Ende der Füttersitzung, wobei am Ende der Füttersitzung das Ablenkverhalten jeweils bei deutlich weniger Müttern zu beobachten war als am Anfang der Füttersitzung (bei Therapiebeginn 9 Mütter in Take 2 gegenüber 14 Müttern in Take 1; bei Therapieende 3 Mütter in Take 2 gegenüber 7 Müttern in Take 1).

Bei Therapiebeginn trat *Loben* als funktionales mütterliches Verhalten am Ende der Füttersitzung bei weniger Müttern auf als am Anfang der Füttersitzung (6 Mütter in Take 2 gegenüber 8 Müttern in Take 1). Im Therapieverlauf kam es am Ende der Füttersitzung zu einer Verdopplung auf 13 Mütter, die ihre Kinder für ihr Essverhalten lobten. Die Verhaltensweisen mit denen die Mütter ihren Kindern Grenzen setzten (*Grenzen Setzen*) traten besonders bei Therapieende am Anfang der Füttersitzung bei deutlich weniger Müttern in Erscheinung als am Ende der Füttersitzung (bei Therapieende 7 Mütter in Take 1 gegenüber 12 Müttern in Take 2). Bei Therapiebeginn war der Unterschied zwischen Anfang und Ende der Füttersitzung beim beobachteten Vorkommen des Verhaltens weniger ausgeprägt (9 Mütter in Take 1 gegenüber 11 Müttern in Take 2). Im Therapieverlauf nahm die Anzahl der Mütter, die Grenzen setzten demnach am Anfang der Füttersitzung ab, während sie am Ende der Füttersitzung leicht zunahm. *Abwartendes Beobachten* aus der Kategorie „Besonderes Verhalten der Mutter“ kam jeweils am Anfang der

Füttersitzung bei einer geringeren Anzahl von Mütter vor als am Ende der Füttersitzung (bei Therapiebeginn 2 Mütter in Take 1 gegenüber 4 Müttern in Take 2; bei Therapieende 6 Mütter in Take 1 gegenüber 8 Mütter in Take 2). Ebenso verhielt es sich bei der Verhaltensklasse *Beenden*, allerdings mit einer größeren Differenz zwischen Anfang und Ende der Füttersitzung (bei Therapiebeginn 2 Mütter in Take 1 gegenüber 9 Müttern in Take 2; bei Therapieende 6 Mütter in Take 1 gegenüber 12 Müttern in Take 2). Sowohl beim *Beenden* der Mahlzeit als auch bei der Verhaltensklasse *Abwartendes Beobachten* kam es in Therapieverlauf immer zu einer Zunahme des beobachteten Vorkommens bei den Müttern.

Die kindliche dysfunktionale Verhaltensklasse *Vermeiden* aus der Kategorie „Mangelndes Interesse des Kindes am Essen“ trat jeweils am Anfang der Füttersitzung bei weniger Kindern in Erscheinung als am Ende der Füttersitzung. Der Rückgang des beobachteten Vorkommens von Vermeiden im Therapieverlauf zeigte sich besonders am Anfang der Füttersitzung deutlich (bei Therapiebeginn 10 Kinder in Take 1 und 12 Kinder in Take 2; bei Therapieende 5 Kinder in Take 1 und 9 Kinder in Take 2). Das *Abwehren* der Nahrung durch die Kinder kam am Anfang der Füttersitzung ebenfalls bei jeweils weniger Kindern vor als am Ende der Füttersitzung, mit größerer Differenz bei Therapieende. Im Therapieverlauf fällt vor allem die deutlichere Abnahme des Verhaltens am Anfang der Füttersitzung auf (von 7 auf 2 Kinder in Take 1; von 9 auf 6 Kinder in Take 2).

Bei der funktionalen kindlichen Verhaltensklasse *Antizipatorisches Mundöffnen* aus der Kategorie „Orale Aktivitäten des Kindes beim Füttern“ kam es besonders bei Therapiebeginn zu einem auffälligen Unterschied zwischen Anfang und Ende der Füttersitzung, dadurch dass das Verhalten am Ende der Füttersitzung nicht mehr in Erscheinung trat. Das im Therapieverlauf vermehrte Vorkommen des Verhaltens in der Stichprobe ist daher am Ende der Füttersitzung besonders deutlich (Zunahme von 0 auf 5 Kinder).

5.2.2 Veränderungen des mütterlichen und kindlichen Fütterverhaltens im Verlauf der Therapie

Um die Veränderungen im Ausmaß des mütterlichen und kindlichen Verhaltens im Verlauf der Therapie genauer betrachten zu können, wurden die einzelnen Verhaltensklassen bezüglich ihrer Auftretenshäufigkeit (pro Minute) und ihrer Dauer (in Sekunden pro Minute) bei Therapiebeginn bzw. bei Therapieende mit Hilfe eines Wilcoxon-Tests für verbundene Stichproben (einseitige Testung) analysiert.

In den folgenden Ausführungen sollen die primär dysfunktionalen und primär funktionalen Verhaltensklassen betrachtet werden, da anhand von deren vermehrtem oder verminderterem Vorkommen auf eine Wirkung der Therapie im Sinne der therapeutischen Ziele (siehe Abschnitt 4.5) geschlossen werden kann.

Die Ergebnisse der Wilcoxon-Tests, die sich zum einen auf den gesamten fünfminütigen Beobachtungszeitraum – bestehend aus Take 1 und Take 2 – beziehen, und zum anderen Anfang (Take 1) und Ende (Take 2) der Füttersitzung getrennt erfassen, sind den Tabellen 5.5 bis 5.11 zu entnehmen. Verhaltensklassen, bei denen ein Wilcoxon-Test nicht möglich war, sowie einige seltenere aber klinisch relevante Verhaltensklassen, wurden einer deskriptiven Einzelanalyse unterzogen.

5.2.2.1 Auswirkungen der Therapie auf das dysfunktionale Verhalten der Mütter

Die Verhaltensmikroanalyse des dysfunktionalen mütterlichen Verhaltens ergab viele statistische Veränderungen von Dauer und Auftretenshäufigkeit der Verhaltensklassen im Therapieverlauf. Die ausführlichen Ergebnisse des Vergleichs sind in Tabelle 5.5 bzw. Tabelle 5.6 zusammengestellt.

Die Tatsache, dass bei Therapieende keines der Kinder mehr von seiner Mutter beim Füttern festgehalten wurde (*Festhalten*), während dies bei Therapiebeginn noch bei etwa der Hälfte der Mütter der Fall gewesen war, spiegelt sich in den signifikanten Ergebnissen bei der Dauer (mediane Differenz von $Q_2 = 7,78$, Quartile: $Q_1 = 0,78$ bis $Q_3 = 16,34$, $n^* = 7$, $p \leq 0,01$) und der Auftretenshäufigkeit (mediane Differenz von $Q_2 = 0,80$, Quartile: $Q_1 = 0,20$ bis $Q_3 = 1,00$, $n^* = 7$, $p \leq 0,01$) der Verhaltensklasse wieder. Auch bei alleiniger Betrachtung des Anfangs der Füttersitzung (Take 1), wo das Verhalten von 6 Müttern gezeigt wurde, gab es in Bezug auf das *Festhalten* der Kinder beim Füttern Signifikanzen bei der Dauer und Auftretenshäufigkeit (jeweils $p \leq 0,05$). Das Ende der Füttersitzung (Take 2) konnte mit dem Wilcoxon-Test nicht

untersucht werden, da hier das Verhalten bei Therapiebeginn nur bei 4 Müttern vorkam.

Bei den Verhaltensklassen *Füttern mit Druck* und *Ablenken* des Kindes durch die Mutter, welche bei Therapiebeginn von einer großen Anzahl von Müttern gezeigt wurden, kam es im Therapieverlauf ebenfalls zu einer signifikanten Abnahme des Verhaltens sowohl bei der Dauer als auch bei der Auftretenshäufigkeit (jeweils $p \leq 0,01$). Es kam zu einer medianen Differenz von $Q_2 = 3,28$ (Quartile: $Q_1 = 1,83$ bis $Q_3 = 6,27$, $n^* = 12$) bei der Dauer bzw. $Q_2 = 1,10$ (Quartile: $Q_1 = 0,70$ bis $Q_3 = 1,70$, $n^* = 12$) bei der Auftretenshäufigkeit von *Füttern mit Druck* und einer medianen Differenz von $Q_2 = 2,34$ (Quartile: $Q_1 = 0,50$ bis $Q_3 = 8,34$, $n^* = 15$) bei der Dauer bzw. $Q_2 = 0,80$ (Quartile: $Q_1 = 0,20$ bis $Q_3 = 1,80$, $n^* = 14$) bei der Auftretenshäufigkeit von *Ablenken*. Bei getrennter Betrachtung von Take 1 und Take 2 zeigte sich bei beiden Verhaltensklassen, besonders in Take 1, dem Anfang der Füttersitzung, eine deutlich signifikante Abnahme bei Dauer und Auftretenshäufigkeit (jeweils $p \leq 0,01$). In Take 2, dem Ende der Füttersitzung, kam es bei beiden Verhaltensklassen nur bei der Dauer zu einer signifikanten Abnahme (jeweils $p \leq 0,05$).

Verhaltensweisen, mit denen die Kinder von den Müttern zum Essen gedrängt wurden (*Auffordern*), wurden gleichfalls von einer überwiegenden Zahl von Müttern gezeigt. Mit einer medianen Differenz von $Q_2 = 0,80$ (Quartile: $Q_1 = 0,20$ bis $Q_3 = 1,40$, $n^* = 15$, $p \leq 0,05$) kam es hier jedoch nur bei der Auftretenshäufigkeit der Verhaltensweisen zu einer signifikanten Abnahme. Bei genauerer Analyse der Daten hinsichtlich Anfang und Ende der Füttersitzung erwies sich der Anfang der Füttersitzung auch hier als der Zeitraum, in dem die Veränderungen auf Signifikanzniveau stattfanden ($p \leq 0,05$).

Die *Unangemessene Zuwendung*, die den Kindern von den Müttern zuteil wurde, verringerte sich im Therapieverlauf signifikant sowohl in ihrer Dauer ($Q_2 = 1,09$, Quartile: $Q_1 = 0,60$ bis $Q_3 = 1,91$, $n^* = 10$, $p \leq 0,01$), als auch in ihrer Auftretenshäufigkeit ($Q_2 = 0,40$, Quartile: $Q_1 = 0,20$ bis $Q_3 = 0,60$, $n^* = 9$, $p \leq 0,01$). In diesem Fall ergab sich in Take 2, dem Ende der Füttersitzung, eine signifikante Abnahme bei Dauer und Auftretenshäufigkeit (jeweils $p \leq 0,01$). Die Anzahl von maximal 4 Müttern, die das Verhalten in Take 1 zeigten, war für die Durchführung eines Wilcoxon-Tests nicht ausreichend. Bei der deskriptiven Einzelanalyse dieses Takes zeigte sich ein Verschwinden des Verhaltens bei 3 Müttern und eine

vermehrte Auftretenshäufigkeit bei einer Mutter (bei gleichzeitig verminderter Dauer des Verhaltens).

Negative Äußerungen der Mütter über das kindliche Essverhalten (*Tadeln*), die bei circa der Hälfte der Mütter vorkamen, verringerten sich im Therapieverlauf bezüglich ihrer Dauer bzw. Auftretenshäufigkeit in keinem statistisch signifikanten Ausmaß, sondern zeigten vielmehr eine zunehmende bzw. gleichbleibende Tendenz.

Auch beim *Nachführen des Löffels* durch die Mutter kam es zu keiner statistisch signifikanten Abnahme von Dauer und Auftretenshäufigkeit im Laufe der Therapie. Die deskriptive Einzelanalyse dieser Verhaltensklasse (bezogen auf den gesamten fünfminütigen Beobachtungszeitraum) ergab eine Abnahme in Häufigkeit und Dauer bei einer Mutter und ein Verschwinden des Verhaltens bei 3 Müttern gegenüber einem Neuauftreten bei 2 Müttern.

Es lässt sich zusammenfassen, dass – mit Ausnahme der Verhaltensklasse *Tadeln* – bei allen mütterlichen dysfunktionalen Verhaltensklassen die medianen Differenzen auf eine Abnahme von Dauer und Auftretenshäufigkeit des jeweiligen Verhaltens im Verlauf der Therapie hinweisen, nur vereinzelt ohne statistische Signifikanz.

Tabelle 5.5: Veränderungen von Auftretenshäufigkeit und Dauer dysfunktionaler mütterlicher Verhaltensklassen im Therapieverlauf bezogen auf den gesamten fünfminütigen Beobachtungsraum

Kategorie	Verhaltensklasse	Auftretenshäufigkeit (pro Minute)					Dauer (in Sekunden pro Minute)				
		Differenzen zwischen Beginn und Ende der Therapie					Differenzen zwischen Beginn und Ende der Therapie				
		Q ₁	Q ₂	Q ₃	n*	p	Q ₁	Q ₂	Q ₃	n*	p
MFÜ	Füttern mit Druck	0,70	1,10	1,70	12	≤ 0,01	1,83	3,28	6,27	12	≤ 0,01
	Nachführen des Löffels	-0,20	0,40	0,60	6	n.s.	-0,18	0,64	1,34	6	n.s.
MST	Tadeln	-0,40	0,00	0,80	10	n.s.	-0,55	-0,39	1,55	11	n.s.
	Auffordern	0,20	0,80	1,40	15	≤ 0,05	-1,20	0,93	1,57	15	n.s.
	Unangemessene Zuwendung	0,20	0,40	0,60	9	≤ 0,01	0,60	1,09	1,91	10	≤ 0,01
	Ablenken	0,20	0,80	1,80	14	≤ 0,01	0,50	2,34	8,34	15	≤ 0,01
MBV	Festhalten	0,20	0,80	1,00	7	≤ 0,01	0,78	7,78	16,34	7	≤ 0,01

Anmerkung: MFÜ = Mütterliche Löffelführung beim Füttern
 MST = Vorwiegend verbale Strategien der Mutter
 MBV = Besonderes Verhalten der Mutter

Tabelle 5.6: Veränderungen von Auftretenshäufigkeit und Dauer dysfunktionaler mütterlicher Verhaltensklassen im Therapieverlauf getrennt nach Anfang (Take 1) und Ende (Take 2) der Füttersitzung

Kategorie	Verhaltensklasse	Take	Auftretenshäufigkeit (pro Minute)					Dauer (in Sekunden pro Minute)				
			Differenzen zwischen Beginn und Ende der Therapie					Differenzen zwischen Beginn und Ende der Therapie				
			Q ₁	Q ₂	Q ₃	n*	p	Q ₁	Q ₂	Q ₃	n*	p
MFÜ	Füttern mit Druck	1	0,84	1,17	2,67	12	≤ 0,01	2,04	2,84	6,55	12	≤ 0,01
		2	-0,50	1,00	1,50	11	n.s.	0,03	2,35	6,32	12	≤ 0,05
MST	Auffordern	1	0,33	0,67	1,67	14	≤ 0,05	–	–	–	–	–
		2	-0,50	1,00	2,50	13	n.s.	–	–	–	–	–
	Unangemessene	1	Wilcoxon-Test nicht möglich, da n* < 6					Wilcoxon-Test nicht möglich, da n* < 6				
		2	0,50	0,50	1,50	9	≤ 0,01	1,50	2,10	3,32	9	≤ 0,01
	Zuwendung	1	0,67	1,00	2,34	13	≤ 0,01	1,41	3,18	13,58	14	≤ 0,01
		2	-0,50	0,50	1,50	11	n.s.	0,48	3,72	10,08	11	≤ 0,05
MBV	Festhalten	1	0,33	0,67	0,67	6	≤ 0,05	1,29	3,48	12,97	6	≤ 0,05
		2	Wilcoxon-Test nicht möglich, da n* < 6					Wilcoxon-Test nicht möglich, da n* < 6				

Anmerkung: MFÜ = Mütterliche Löffelführung beim Füttern
 MST = Vorwiegend verbale Strategien der Mutter
 MBV = Besonderes Verhalten der Mutter
 Take 1 = 3 Minuten vom Anfang der Füttersitzung
 Take 2 = 2 Minuten vom Ende der Füttersitzung

5.2.2.2 Auswirkungen der Therapie auf das funktionale Verhalten der Mütter

Bei 4 der insgesamt 9 funktionalen mütterlichen Verhaltensklassen kam es zu statistisch signifikanten Veränderungen im Therapieverlauf. Die einzelnen Ergebnisse des Vergleichs sind der Tabelle 5.7 bzw. der Tabelle 5.8 zu entnehmen.

Bei den häufiger gezeigten Verhaltensweisen *Beenden*, *Anregen* und *Loben* trat vor allem das *Beenden* der Mahlzeit durch die Mutter mit einem zweifach signifikanten Ergebnis in Erscheinung: Besonders bei der Dauer dieser Verhaltensklasse ($Q_2 = -0,27$, Quartile: $Q_1 = -0,66$ bis $Q_3 = -0,14$, $n^* = 13$, $p \leq 0,01$) aber auch bei deren Auftretenshäufigkeit ($Q_2 = -0,40$, Quartile: $Q_1 = -0,60$ bis $Q_3 = -0,20$, $n^* = 9$, $p \leq 0,05$) kam es zu einer signifikanten Zunahme. Bei getrennter Analyse der Takes bestätigten sich die Signifikanzen vor allem für Take 2, dem Ende der Füttersitzung, mit einer medianen Differenz von $Q_2 = -0,67$ bei der Dauer (Quartile: $Q_1 = -1,93$ bis $Q_3 = -0,24$, $n^* = 12$, $p \leq 0,01$) und $Q_2 = -1,25$ bei der Auftretenshäufigkeit (Quartile: $Q_1 = -2,25$ bis $Q_3 = 0,00$, $n^* = 8$, $p \leq 0,05$) des Verhaltens. In Take 1, in dem das Verhalten insgesamt bei deutlich weniger Müttern auftrat als in Take 2, zeigte sich eine signifikante Zunahme von *Beenden* nur bei der Dauer ($p \leq 0,05$); Veränderungen bei der Auftretenshäufigkeit blieben ohne Signifikanz.

Eine signifikante Zunahme der Äußerungen, mit denen die Mütter das Essverhalten ihrer Kinder während der Mahlzeit positiv bewerteten (*Loben*), machte sich ausschließlich bei der Dauer dieser Verhaltensklasse bemerkbar ($Q_2 = -0,98$, Quartile: $Q_1 = -2,46$ bis $Q_3 = 0,10$, $n^* = 15$, $p \leq 0,05$) und beschränkte sich bei genauerer Betrachtung der Takes auf Take 2, das Ende der Füttersitzung ($p \leq 0,01$).

Dabei erhöhte sich die Zahl der Mütter, die sich in dieser Phase der Füttersitzung lobend äußerten im Verlauf der Therapie von ursprünglich 6 auf 13 Mütter.

Die Versuche der Mütter, ihre Kinder zum Essen anzuregen (*Anregen*), zeigten nur bei der Auftretenshäufigkeit eine signifikante Zunahme mit einer medianen Differenz von $Q_2 = -0,70$ (Quartile: $Q_1 = -1,40$ bis $Q_3 = 0,40$, $n^* = 14$, $p \leq 0,05$), nicht aber bei deren Dauer. Auch bei dieser Verhaltensklasse traten die signifikanten Veränderungen ($p \leq 0,05$) schwerpunktmäßig in Take 2, dem Ende der Füttersitzung, auf.

Zu den anfangs weniger häufig vorkommenden mütterlichen Verhaltensklassen gehörte *Abwartendes Beobachten*, das sowohl bei der Dauer ($Q_2 = -3,94$, Quartile: $Q_1 = -8,63$ bis $Q_3 = 1,06$, $n^* = 10$, $p \leq 0,05$) als auch bei der Auftretenshäufigkeit ($Q_2 = -0,50$, Quartile: $Q_1 = -1,20$ bis $Q_3 = 0,20$, $n^* = 10$, $p \leq 0,05$) signifikante Veränderungen aufwies. Die genaue Betrachtung der einzelnen Phasen der Füttersitzung ergab hier

keinen eindeutigen Schwerpunkt der Veränderung in Take 1 oder Take 2, sondern ein signifikantes Ergebnis bei der Dauer in Take 1 ($p \leq 0,05$) und der Auftretenshäufigkeit in Take 2 ($p \leq 0,05$). Bei der Auftretenshäufigkeit in Take 1 waren die Testvoraussetzungen für die Durchführung eines Wilcoxon-Tests (bei $n^* = 4$) nicht gegeben. Die deskriptive Einzelanalyse zeigte hier für Take 1 eine gleichbleibende Auftretenshäufigkeit bei 2 Müttern und eine Neuaufreten des Verhaltens bei 4 Müttern. Die deskriptive Analyse der Daten bezogen auf den gesamten fünfminütigen Beobachtungszeitraum ergab bei 6 Müttern ein Neuaufreten des Verhaltens im Therapieverlauf, bei 1 Mutter eine erhöhte Dauer und Auftretenshäufigkeit gegenüber einer verminderten Dauer und Auftretenshäufigkeit bei 2 Müttern und einem Verschwinden des Verhaltens am Ende der Therapie bei 1 Mutter.

Zu keinen signifikanten Veränderungen im Wilcoxon-Test kam es bei den häufiger vorkommenden Verhaltensklassen *Anbieten von Nahrung* und *Grenzen Setzen*, so wie bei den seltener vorkommenden Verhaltensklassen *Fördern des Selbständigen Essens* und *Anweisen*.

Dabei lassen – im Gegensatz zu den übrigen funktionalen mütterlichen Verhaltenklassen – die positiven medianen Differenzen von *Grenzen Setzen* eine Tendenz zur Abnahme von Dauer und Auftretenshäufigkeit dieses Verhaltens im Therapieverlauf erkennen.

Hinsichtlich des Förderns der kindlichen Essbemühungen durch die Mutter (*Fördern des Selbständigen Essens*), eine eher selten vorkommende Verhaltensklasse, ergab die deskriptive Einzelanalyse der Daten bezogen auf den gesamten fünfminütigen Beobachtungszeitraum ein Neuaufreten des Verhaltens bei 5 Müttern gegenüber einem Verschwinden des Verhaltens bei 4 Müttern.

Das ebenfalls seltener vorkommende *Anweisen* der Kinder beim Essen (mit dem Ziel einer Verbesserung bereits vorhandener kindlicher Fertigkeiten im Umgang mit der Nahrung) trat im gesamten fünfminütigen Beobachtungszeitraum bei 4 Müttern neu auf und war bei 2 Müttern sowohl in der Auftretenshäufigkeit als auch in der Dauer vermehrt. Bei einer Mutter kam es zu einer Zunahme der Dauer von *Anweisen* bei gleichbeleibender Auftretenshäufigkeit, bei einer anderen Mutter verminderten sich die Dauer und Auftretenshäufigkeit des Verhaltens, während es bei einer weiteren Mutter im Therapieverlauf gänzlich aus dem Verhaltensspektrum verschwand.

Das *Ignorieren* des kindlichen unerwünschten Verhaltens trat nur bei 3 Müttern der Stichprobe am Ende der Therapie auf und konnte daher aufgrund des zu seltenen Vorkommens nicht mit dem Wilcoxon-Test analysiert werden.

Mit einer Ausnahme – nämlich der Verhaltensklasse *Grenzen Setzen* – weisen die medianen Differenzen der mütterlichen funktionalen Verhaltensklassen auf eine Zunahme von Dauer und Auftretenshäufigkeit der jeweiligen Verhaltensklassen hin, jedoch oft ohne statistische Signifikanz.

Tabelle 5.7: Veränderungen von Auftretenshäufigkeit und Dauer funktionaler mütterlicher Verhaltensklassen im Therapieverlauf bezogen auf den gesamten fünfminütigen Beobachtungsraum

Kategorie	Verhaltensklasse	Auftretenshäufigkeit (pro Minute)					Dauer (in Sekunden pro Minute)				
		Differenzen zwischen Beginn und Ende der Therapie					Differenzen zwischen Beginn und Ende der Therapie				
		Q ₁	Q ₂	Q ₃	n*	p	Q ₁	Q ₂	Q ₃	n*	p
MFÜ	Anbieten von Nahrung	-1,20	-0,40	0,40	13	n.s.	-7,23	-4,39	0,46	14	n.s.
	Fördern des Selbständigen Essens	-0,20	-0,20	0,40	9	n.s.	-0,26	-0,13	0,21	9	n.s.
MST	Anregen	-1,40	-0,70	0,40	14	≤ 0,05	-2,52	-1,30	1,34	15	n.s.
	Loben	-1,80	-0,40	0,10	12	n.s.	-2,46	-0,98	0,10	15	≤ 0,05
	Anweisen	-0,30	-0,20	0,00	8	n.s.	-0,60	-0,22	-0,15	9	n.s.
	Grenzen Setzen	-0,80	0,20	0,60	13	n.s.	-2,06	0,47	3,27	15	n.s.
MBV	Abwartendes Beobachten	-1,20	-0,50	0,20	10	≤ 0,05	-8,63	-3,94	1,06	10	≤ 0,05
	Ignorieren	Wicoxon-Test nicht möglich, da n* < 6					Wicoxon-Test nicht möglich, da n* < 6				
	Beenden	-0,60	-0,40	-0,20	9	≤ 0,05	-0,66	-0,27	-0,14	13	≤ 0,01

Anmerkung: MFÜ = Mütterliche Löffelführung beim Füttern
 MST = Vorwiegend verbale Strategien der Mutter
 MBV = Besonderes Verhalten der Mutter

Tabelle 5.8: Veränderungen von Auftretenshäufigkeit und Dauer funktionaler mütterlicher Verhaltensklassen im Therapieverlauf getrennt nach Anfang (Take 1) und Ende (Take 2) der Füttersitzung

Kategorie	Verhaltensklasse	Take	Auftretenshäufigkeit (pro Minute)					Dauer (in Sekunden pro Minute)				
			Differenzen zwischen Beginn und Ende der Therapie					Differenzen zwischen Beginn und Ende der Therapie				
			Q ₁	Q ₂	Q ₃	n*	p	Q ₁	Q ₂	Q ₃	n*	p
MST	Anregen	1	-2,00	-0,67	0,67	13	n.s.	–	–	–	–	–
		2	-1,50	-1,00	-0,50	13	≤ 0,05	–	–	–	–	–
	Loben	1	–	–	–	–	–	-2,22	-0,83	0,83	13	n.s.
		2	–	–	–	–	–	-2,22	-1,85	-0,78	14	≤ 0,01
MBV	Abwartendes Beobachten	1	Wilcoxon-Test nicht möglich, da n* < 6					-37,00	-3,56	-1,18	6	≤ 0,05
		2	-2,00	-1,50	0,50	9	≤ 0,05	-21,58	-6,34	4,42	10	n.s.
	Beenden	1	-1,00	-0,50	-0,33	6	n.s.	-0,55	-0,45	-0,20	6	≤ 0,05
		2	-2,25	-1,25	0,00	8	≤ 0,05	-1,93	-0,67	-0,24	12	≤ 0,01

Anmerkung: MST = Vorwiegend verbale Strategien der Mutter
 MBV = Besonderes Verhalten der Mutter
 Take 1 = 3 Minuten vom Anfang der Füttersitzung
 Take 2 = 2 Minuten vom Ende der Füttersitzung

5.2.2.3 Auswirkungen der Therapie auf das dysfunktionale Verhalten der Kinder

Bei den dysfunktionalen kindlichen Verhaltensklassen beschränkten sich die statistisch signifikanten Veränderungen auf 2 Verhaltensklassen. Die ausführlichen Ergebnisse des Vergleichs sind in Tabelle 5.9 bzw. Tabelle 5.10 dargestellt.

Bei den Verhaltensklassen mit signifikanten Ergebnissen handelte es sich um die in der Stichprobe häufig vorkommenden Verhaltensklassen *Ablenken* und *Abwehren*.

Mangelndes Interesse am Essen in Form von *Ablenken* oder abgelenkt sein wurde auch am Ende der Therapie noch von beinahe allen Kindern gezeigt, dennoch kam es bei der Dauer der Verhaltensklasse zu einer signifikanten Abnahme mit einer medianen Differenz von $Q_2 = 12,48$ (Quartile: $Q_1 = -5,35$ bis $Q_3 = 25,03$, $n^* = 15$, $p \leq 0,05$) und bei der Auftretenshäufigkeit zu einer signifikanten Abnahme mit einer medianen Differenz von $Q_2 = 1,20$ (Quartile: $Q_1 = 0,04$ bis $Q_3 = 2,00$, $n^* = 15$, $p \leq 0,01$). Bei der Analyse der Daten getrennt nach Take 1 und Take 2 bestätigten sich die Signifikanzen insbesondere für Take 1, den Anfang der Füttersitzung, auf einem Signifikanzniveau von $p \leq 0,01$ sowohl für die Dauer als auch für die Auftretenshäufigkeit von *Ablenken*. In Take 2, dem Ende der Füttersitzung, zeigte sich eine signifikante Abnahme des Verhaltens nur bei der Auftretenshäufigkeit ($p \leq 0,05$), nicht jedoch bei der Dauer.

Abwehren als häufig vorkommender Ausdruck vehemente Essensverweigerung des Kindes wies am Ende der Therapie ein deutlich reduziertes Vorkommen in der Stichprobe auf und verringerte sich im Therapieverlauf ebenfalls signifikant sowohl in der Dauer ($Q_2 = 3,96$, Quartile: $Q_1 = 0,40$ bis $Q_3 = 9,32$, $n^* = 13$, $p \leq 0,05$) als auch in der Auftretenshäufigkeit ($Q_2 = 0,40$, Quartile: $Q_1 = 0,20$ bis $Q_3 = 1,20$, $n^* = 13$, $p \leq 0,05$). Bei genauerer Betrachtung der verschiedenen Phasen der Füttersitzung ergab sich eine signifikante Abnahme (jeweils $p \leq 0,05$) gleichermaßen für die Dauer und die Auftretenshäufigkeit in Take 1 und Take 2.

Zu keinerlei signifikanten Veränderungen im Wilcoxon-Test kam es bei dem häufiger vorkommenden dezenten *Vermeiden* der Nahrungsaufnahme durch die Kinder.

Bei den übrigen dysfunktionalen kindlichen Verhaltensklassen, die hauptsächlich der Kategorie der oralen Aktivitäten beim Füttern entstammen, war aufgrund ihres seltenen Auftretens keine Analyse mit Hilfe des Wilcoxon-Tests möglich – eine Ausnahme ergab sich für das *Im Mund Behalten* von Nahrung. Die einzelnen Verhaltensklassen werden daher im Rahmen einer deskriptiven Einzelanalyse bezogen auf den gesamten fünfminütigen Beobachtungszeitraum näher beschrieben.

Es zeigte sich, dass das passive *Im Mund Behalten* von Nahrung am Ende der Therapie bei 3 Kindern nicht mehr zu beobachten war, während es bei einem Kind der Stichprobe neu auftrat. Bei einem Kind nahm die Dauer des Verhaltens im Verlauf der Therapie bei gleichzeitig unveränderter Auftretenshäufigkeit zu, bei einem weiteren Kind nahm die Dauer bei ebenfalls unveränderter Auftretenshäufigkeit im Therapieverlauf ab. Der Wilcoxon-Test, der nur für die Dauer dieses Verhaltens durchzuführen war, ergab keine signifikante Abnahme.

Sowohl das passive *Herauslaufen Lassen* bzw. aktive *Herausstoßen* von Nahrung aus dem Mund des Kindes als auch das *Mund Zukneifen* beim Füttern kamen bei Therapieende nicht mehr in der Stichprobe vor.

Das *Ausspucken* von Nahrung verschwand am Ende der Therapie bei einem der beiden Kinder, die das Verhalten bei Therapiebeginn zeigten, und nahm hingegen bei dem anderen Kind im Therapieverlauf in Dauer und Auftretenshäufigkeit zu.

Beim *Husten und Würgen* in Verbindung mit der Nahrungsaufnahme kam es bei jeweils einem Kind zum Verschwinden bzw. Neuauftreten des Verhaltens bei Therapieende. Ein Kind hustete und würgte am Ende der Therapie weniger lange und weniger häufig als bei Therapiebeginn, ein weiteres Kind zeigte nur eine geringere Dauer des Verhaltens bei gleichbleibender Auftretenshäufigkeit.

Das *Provozieren* der Mutter während des Essens war bei Therapieende bei einem Kind aus dem Verhaltensspektrum verschwunden, bei einem weiteren Kind nahm die Dauer und Auftretenshäufigkeit zu und bei 2 Kindern kam es zu einem Neuauftreten des Verhaltens bei Therapieende.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die medianen Differenzen der dysfunktionalen kindlichen Verhaltensklassen – soweit sie zu errechnen waren – auf eine Abnahme von Dauer und Auftretenshäufigkeit der jeweiligen Verhaltensklassen hinweisen, die jedoch nur bei den Verhaltensklassen *Ablenken* und *Abwehren* zu einem signifikanten Ergebnis führte.

Tabelle 5.9: Veränderungen von Auftretenshäufigkeit und Dauer dysfunktionaler kindlicher Verhaltensklassen im Therapieverlauf bezogen auf den gesamten fünfminütigen Beobachtungszeitraum

Kategorie	Verhaltensklasse	Auftretenshäufigkeit (pro Minute)					Dauer (in Sekunden pro Minute)				
		Differenzen zwischen Beginn und Ende der Therapie					Differenzen zwischen Beginn und Ende der Therapie				
		Q ₁	Q ₂	Q ₃	n*	p	Q ₁	Q ₂	Q ₃	n*	p
KOA	Im Mund Behalten	Wilcoxon-Test nicht möglich, da n* < 6					-0,77	0,68	1,26	6	n.s.
	Herauslaufen Lassen						Wilcoxon-Test nicht möglich, da n* < 6				
	Herausstoßen						Wilcoxon-Test nicht möglich, da n* < 6				
	Ausspucken						Wilcoxon-Test nicht möglich, da n* < 6				
	Husten und Würgen						Wilcoxon-Test nicht möglich, da n* < 6				
	Mund Zukneifen						Wilcoxon-Test nicht möglich, da n* < 6				
KMI	Ablenken	0,40	1,20	2,00	15	≤ 0,01	-5,35	12,48	25,03	15	≤ 0,05
	Vermeiden	-0,60	0,30	1,60	14	n.s.	-0,43	0,73	2,27	14	n.s.
	Abwehren	0,20	0,40	1,20	13	≤ 0,05	0,40	3,96	9,32	13	≤ 0,05
	Provozieren	Wilcoxon-Test nicht möglich, da n* < 6					Wilcoxon-Test nicht möglich, da n* < 6				

Anmerkung: KOA = Orale Aktivitäten des Kindes beim Füttern
 KMI = Mangelndes Interesse des Kindes am Essen

Tabelle 5.10: Veränderungen von Auftretenshäufigkeit und Dauer funktionaler und dysfunktionaler kindlicher Verhaltensklassen im Therapieverlauf getrennt nach Anfang (Take 1) und Ende (Take 2) der Füttersitzung

Kategorie	Verhaltensklasse	Take	Auftretenshäufigkeit (pro Minute)					Dauer (in Sekunden pro Minute)				
			Differenzen zwischen Beginn und Ende der Therapie					Differenzen zwischen Beginn und Ende der Therapie				
			Q ₁	Q ₂	Q ₃	n*	p	Q ₁	Q ₂	Q ₃	n*	p
KIE	Bereitschaft	1	–	–	–	–	–	-8,54	-5,11	1,84	14	≤ 0,01
	Signalisieren (f)	2	–	–	–	–	–	-4,70	-0,64	0,80	14	n.s.
KMI	Ablenken (d)	1	0,66	1,17	3,00	14	≤ 0,01	-1,76	10,89	30,69	15	≤ 0,01
		2	0,50	1,00	2,00	13	≤ 0,05	-11,70	2,12	28,48	15	n.s.
	Abwehren (d)	1	0,33	0,67	1,00	9	≤ 0,05	0,67	2,41	7,47	9	≤ 0,05
		2	-1,00	1,50	2,00	11	≤ 0,05	-3,80	11,86	12,78	11	≤ 0,05

Anmerkung: (f) = funktionales Verhalten

(d) = dysfunktionales Verhalten

KIE = Kindliches Interesse am Essen

KMI = Mangelndes Interesse des Kindes am Essen

Take 1 = 3 Minuten vom Anfang der Füttersitzung

Take 2 = 2 Minuten vom Ende der Füttersitzung

Tabelle 5.11: Veränderungen von Auftretenshäufigkeit und Dauer funktionaler kindlicher Verhaltensklassen im Therapieverlauf bezogen auf den gesamten fünfminütigen Beobachtungszeitraum

Kategorie	Verhaltensklasse	Auftretenshäufigkeit (pro Minute)					Dauer (in Sekunden pro Minute)				
		Differenzen zwischen Beginn und Ende der Therapie					Differenzen zwischen Beginn und Ende der Therapie				
		Q ₁	Q ₂	Q ₃	n*	p	Q ₁	Q ₂	Q ₃	n*	p
KIE	Bereitschaft Signalisieren	-1,4	-0,20	1,00	15	n.s.	-5,76	-2,15	0,30	15	≤ 0,01
	Explorieren des Selbständigen Essens	-1,20	-1,00	0,40	9	n.s.	-18,63	-2,75	1,02	10	n.s.
	Selbständiges Essen	-3,00	-0,40	-0,20	10	n.s.	-5,08	-1,24	1,12	10	n.s.
KOA	Antizipatorisches Mundöffnen	Wilcoxon-Test nicht möglich, da n* < 6					-0,43	-0,15	0,11	8	n.s.
	Nahrungsaufnahme	-2,20	-0,60	1,40	14	n.s.	-4,08	-1,20	1,47	15	n.s.

Anmerkung: KIE = Kindliches Interesse am Essen

KOA = Orale Aktivitäten des Kindes beim Füttern

5.2.2.4 Auswirkungen der Therapie auf das funktionale Verhalten der Kinder

Nur bei einer der insgesamt 5 funktionalen kindlichen Verhaltensklassen ergab sich eine statistisch signifikante Veränderung im Therapieverlauf. Die genauen Ergebnisse des Vergleichs sind in Tabelle 5.10 und Tabelle 5.11 aufgeführt.

Zu einem signifikanten Ergebnis kam es bei den in der Stichprobe häufig vorkommenden Verhaltensweisen, mit denen die Kinder ihre Bereitschaft zur Nahrungsaufnahme signalisierten (*Bereitschaft Signalisieren*). Dabei zeigte sich nur bei der Dauer der Verhaltensweisen eine deutlich signifikante Zunahme mit einer medianen Differenz von $Q_2 = -2,15$ (Quartile: $Q_1 = -5,76$ bis $Q_3 = 0,30$, $n^* = 15$, $p \leq 0,01$), nicht aber bei der Auftretenshäufigkeit. Bei genauerer Betrachtung der verschiedenen Phasen der Füttersitzung trat eine signifikante Veränderung bei der Dauer ($p \leq 0,01$) nur in Take 1, dem Anfang der Füttersitzung, auf.

Keine signifikanten Veränderungen im Therapieverlauf ergaben sich hinsichtlich des eigentlichen Vorgangs der *Nahrungsaufnahme*, der sowohl bei Therapiebeginn als auch bei Therapieende bei allen Kindern zu beobachten war, als auch bei den seltener vorkommenden Verhaltensklassen *Explorieren des Selbständigen Essens*, *Selbständiges Essen* und *Antizipatorisches Mundöffnen*.

In der deskriptiven Einzelanalyse der Verhaltensklasse *Explorieren des Selbständigen Essens* zeigte sich bei Therapieende ein Neuauftreten des Verhaltens bei 6 Kindern gegenüber seinem Verschwinden bei 2 Kindern. Bei einem Kind verlängerte sich die Dauer des Verhaltens bei gleichbleibender Auftretenshäufigkeit, während sich bei einem anderen Kind sowohl die Dauer als auch die Auftretenshäufigkeit im Therapieverlauf verminderte.

Die deskriptive Einzelanalyse der Verhaltensklasse *Selbständiges Essen* verdeutlichte, dass bei 5 Kindern *Selbständiges Essen* am Ende der Therapie neu aufgetreten war und bei 2 Kindern in Dauer und Auftretenshäufigkeit zugenommen hatte. Bei einem Kind war die Auftretenshäufigkeit erhöht, die Dauer jedoch vermindert, bei einem weiteren Kind waren sowohl Dauer als auch Auftretenshäufigkeit vermindert, während *Selbständiges Essen* bei einem anderen Kind am Ende der Therapie nicht mehr in Erscheinung trat.

Das frühzeitige Öffnen des kindlichen Mundes beim Herannahen des gefüllten Löffels (*Antizipatorisches Mundöffnen*) konnte nur bezüglich der Dauer mit einem Wilcoxon-Test analysiert werden, bei der Auftretenshäufigkeit waren die Testvoraussetzungen (bei $n^* = 5$) nicht erfüllt. Die deskriptive Einzelanalyse ergab

bei 3 Kindern ein Neuaufreten des Verhaltens am Ende der Therapie, bei 2 Kindern eine Zunahme von Dauer und Auftretenshäufigkeit und bei 3 Kindern ein Gleichbleiben der Auftretenshäufigkeit bei gleichzeitiger Verminderung der Dauer. Es lässt sich zusammenfassen, dass die medianen Differenzen der funktionalen kindlichen Verhaltensklassen auf eine Zunahme von Dauer und Auftretenshäufigkeit der jeweiligen Verhaltensklassen im Therapieverlauf hinweisen. Zu einer statistischen Signifikanz kam es jedoch nur bei der Verhaltensklasse *Bereitschaft Signalisieren*.

6 Diskussion

6.1 Beantwortung der Fragestellung und kurze Zusammenfassung der Ergebnisse

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Entwicklung und Erprobung eines Beschreibungssystems für die computergestützte Verhaltensmikroanalyse von Fütterinteraktionen, mit dem es möglich ist, das Fütterverhalten von Mutter und Kind in seiner Komplexität – d.h. seinen funktionalen, dysfunktionalen und neutralen Ausprägungen – und seinen zeitlichen Zusammenhängen zu erfassen. Mit Hilfe dieses Beschreibungssystems untersucht diese Arbeit die Auswirkungen der kommunikationsorientierten Eltern-Säuglings-Therapie nach dem *Münchener Modell* auf die Mutter-Kind-Interaktion beim Füttern. Dazu werden die Videoaufzeichnungen von 15 füttergestörten Kindern und ihren Müttern am Anfang und am Ende der Therapie miteinander verglichen.

Teil 1 der Fragestellung bezieht sich auf die in dieser Arbeit verwendete Methodik und ihre Entwicklung und befasst sich zum einen mit den Grundvoraussetzungen, die für eine computergestützte, mikroanalytische Erfassung von komplexem Fütterverhalten erfüllt sein müssen und zum anderen mit den Gesichtspunkten, die bei der Wahl des zu analysierenden Videoausschnitts zu berücksichtigen sind.

Teil 2 der Fragestellung bezieht sich auf die Daten, die aus der Verhaltensmikroanalyse der Mutter-Kind-Interaktionen gewonnen wurden. Von Interesse ist dabei, wie sich die Problematik der Fütterstörung und die Auswirkungen der Therapie im Interaktionsverhalten der Stichprobe zeigen und insbesondere in welchem Ausmaß die dysfunktionalen mütterlichen und kindlichen Verhaltensklassen am Ende der Therapie verringert bzw. die funktionalen mütterlichen und kindlichen Verhaltensklassen vermehrt auftreten.

In Anlehnung an die Fragestellung der Arbeit sollen die gewonnenen Ergebnisse im Folgenden kurz zusammengefasst werden:

(1) Bezuglich der Methode und ihrer Entwicklung:

1. Die Grundvoraussetzungen für eine computergestützte, mikroanalytische Erfassung von komplexem Fütterverhalten bestanden in einer präzisen Definition bzw. Darstellung von verschiedenen Verhaltensklassen und deren Zuordnung zu Verhaltenskategorien, innerhalb derer sich die Verhaltensklassen gegenseitig ausschließen.
2. Die Gesichtspunkte, die bei der Wahl des zu analysierenden Interaktionsausschnitts berücksichtigt werden mussten, waren eine aussagekräftige Länge der Ausschnitte (von fünf Minuten), die zugleich dem zeitlichen Rahmen der Datenerfassung angemessen war, sowie die Wahl eines Videoausschnitts bestehend aus zwei Takes (vom Anfang und Ende der Mahlzeit), der in seiner Zusammensetzung die individuelle Fütterdynamik und die verschiedenen Phasen der Mutter-Kind-Interaktion möglichst realitätsnah repräsentierte.

(2) Bezuglich der Daten aus der Verhaltensmikroanalyse:

1. Das Auftreten von dysfunktionalen mütterlichen und kindlichen Verhaltensklassen in der Stichprobe ließ bei Therapiebeginn Rückschlüsse auf ein problematisches Fütterverhalten zu. Die Auswirkungen der Therapie auf das Interaktionsverhalten der Mutter-Kind-Paare zeigten sich in einer Abnahme von dysfunktionalen Verhaltensklassen und in einer Zunahme von funktionalen Verhaltensklassen in der gesamten Stichprobe am Ende der Füttertherapie.
2. Bei den Müttern kam es mit Ausnahme der Verhaltensklasse *Tadeln* zu einer Abnahme von Dauer und Auftretenshäufigkeit von jedem dysfunktionalen Verhalten (*Füttern mit Druck, Nachführen des Löffels, Auffordern, Unangemessene Zuwendung, Ablenken, Festhalten*) im Therapieverlauf, vereinzelt jedoch ohne statistische Signifikanz.
3. Das funktionale Verhalten der Mütter (*Anbieten von Nahrung, Fördern des Selbständigen Essens, Anregen, Loben, Anweisen, Abwartendes Beobachten, Ignorieren, Beenden*) nahm in seiner Dauer und Auftretenshäufigkeit am Ende der Therapie zu, signifikante Zunahmen gab es bei den Verhaltensklassen *Abwartendes Beobachten, Beenden*,

Anregen (Auftretenshäufigkeit) und *Loben* (Dauer). Nur bei der Verhaltensklasse *Grenzen Setzen* zeigte sich eine gegenläufige Tendenz.

4. Bei den Kindern ließ sich am Ende der Therapie eine Abnahme der Dauer und Auftretenshäufigkeit bei den dysfunktionalen Verhaltensklassen erkennen, die statistisch getestet werden konnten (*Im Mund Behalten, Ablenken, Vermeiden, Abwehren*). Es kam jedoch nur bei den zwei Verhaltensklassen *Ablenken* und *Abwehren* zu einem signifikanten Ergebnis. Die selten vorkommenden Verhaltensklassen *Herauslaufen Lassen, Herausstoßen* und *Zukneifen des Mundes* traten bei Therapieende nicht mehr auf.
5. Das funktionale Verhalten der Kinder (*Bereitschaft Signalisieren, Explorieren des Selbständigen Essens, Selbständiges Essen, Antizipatorisches Mundöffnen, Nahrungsaufnahme*) nahm im Therapieverlauf durchweg in seiner Dauer und Auftretenshäufigkeit zu, eine statistische Signifikanz gab es jedoch nur bei der Dauer von *Bereitschaft Signalisieren*.

6.2 Diskussion der Methode und ihrer Entwicklung

Das Beschreibungssystem zur computergestützten Verhaltensmikroanalyse von Fütterstörungen wurde bereits bei der Darlegung der Methoden (Abschnitt 4.4) vorgestellt und befindet sich in seiner vollständigen Form im Anhang dieser Arbeit. Im Rahmen des Ergebnisdarstellung (Abschnitt 5.1) wurden die Grundvoraussetzungen für eine computergestützte, mikroanalytische Ereigniscodierung von komplexem Fütterverhalten beschrieben. Ebenso wurden die Gesichtspunkte genannt, welche für die Wahl der zu analysierenden Videoausschnitte zu berücksichtigen waren. In den folgenden Abschnitten sollen verschiedene Aspekte der Methode, ihrer Entwicklung und der untersuchten Stichprobe diskutiert werden.

6.2.1 Das Beschreibungssystem – Grundstruktur und Voraussetzungen

Wichtige Grundvoraussetzungen für die Entwicklung eines Beschreibungssystems zur computergestützten mikroanalytischen Erfassung von komplexem Fütterverhalten waren zum einen die präzise Definition und Darstellung der Verhaltensklassen und zum anderen deren Zuordnung zu Verhaltenskategorien

innerhalb derer sie sich gegenseitig ausschließen. Das Beschreibungssystem konnte sich nur dann für eine computergestützte Ereigniscodierung von Fütterverhalten eignen, wenn Anfang und Ende der einzelnen Codes – also Verhaltensklassen – exakt festgelegt wurden. Für den Benutzer des Systems sollte zweifelsfrei erkennbar sein, wann er die, einer Verhaltensklassen zugeordnete Taste auf der Computertastatur zu drücken bzw. loszulassen hatte. Ebenso wichtig war die klare Abgrenzbarkeit der einzelnen Verhaltensklassen untereinander, da die Beobachter keine globale Einschätzung am Ende des Beobachtungszeitraum abzugeben hatten – im Unterschied zu den Untersuchungen von Ramsay, Gisel und Boutry (1993), MacPhee und Schneider (1996) und Chattoor et al. (1997) –, sondern sich im Bereich von Frames (1 Sekunde = 25 Frames; siehe auch Abschnitt 4.6) innerhalb einer Verhaltenskategorie auf eine Verhaltensklasse festlegen mussten. Die aus diesen Gründen notwendige ausführliche Darstellung der insgesamt 38 Verhaltensklassen erfolgte mittels Beschreibung, Operationalisierungen, ergänzenden Beispielen aus der Füttersituation, exakten Codierungsanweisungen und der Abgrenzung gegenüber anderen Klassen.

Die Codierung von Verhalten als Ereignis ermöglichte, Daten zur exakten Dauer und Auftretenshäufigkeit der Verhaltensklassen pro Minute zu gewinnen. Dadurch wurde außerdem die Möglichkeit geschaffen, die Gleichzeitigkeit bzw. die Kontingenzen von mütterlichem und kindlichem Fütterverhalten zu untersuchen. Die Analyse von Verhaltenskontingenzen wurde in der vorliegenden Arbeit aus zeitlichen Gründen nicht durchgeführt, könnte jedoch bei entsprechender Stichprobengröße interessante Ergebnisse erwarten lassen.

Die in Abschnitt 2.9 dargestellten Checklisten von Sanders et al. (1993), Ramsay, Gisel und Boutry (1993), MacPhee und Schneider (1996), Chattoor et al. (1997) und Benoit und Coolbear (1998) eigneten sich nicht für die computergestützte Codierung von Verhaltensklassen als Ereignis, da sie aufgrund fehlender Definitionen von Anfang und Ende des Verhaltens dessen zeitliche Ausdehnung nicht erfassen können.

Wie bereits erwähnt, wurden die Checklisten von Ramsay, Gisel und Boutry (1993), MacPhee und Schneider (1996), Chattoor et al. (1997) und Benoit und Coolbear (1998) von den jeweiligen Autoren für ein globales Rating verwendet: Ramsay, Gisel und Boutry (1993) registrierten nur das Vorhandensein bzw. Nicht-Vorhandensein der einzelnen Variablen am Ende der 15 bis 20 Minuten langen Beobachtungsphase

und führten in ihrer Auswertung Verhaltensklassen aus unterschiedlichen Kategorien zu positiven bzw. negativen Variablen zusammen. Auch MacPhee und Schneider (1996) verzeichneten nur das Vorkommen bzw. Nicht-Vorkommen der einzelnen Items am Ende des fünfminütigen Analysezeitraums. Bei Chatoor et al. (1997) wurden die einzelnen Items am Ende des 20-minütigen Beobachtungszeitraums entsprechend ihrer Intensität und Auftretenshäufigkeit in einer vierstufigen Rating-Skala eingestuft. Benoit und Coolbear (1998) zählten in ihrer Untersuchung die Auftretenshäufigkeiten jedes einzelnen Items innerhalb des fünfminütigen Beobachtungszeitraums aus und versahen sie mit einem fünfstufigem Rating. Dadurch konnten in diesen Studien weder genaue Daten zur Dauer noch zur Auftretenshäufigkeit der Verhaltensklassen pro Minute gewonnen werden.

Sander et al. 1993 unterteilten zwar den gesamten Beobachtungszeitraum in 10-Sekunden-Intervalle, registrierten jedoch auch nur das Vorkommen bzw. Nicht-Vorkommen jeder Verhaltenskategorie innerhalb des Intervalls.

Eine methodisch mit der vorliegenden Arbeit vergleichbare Studie führten hingegen Pollitt, Gilmore und Valcarcel (1978) durch, indem sie 40 normale Mütter und ihre Neugeborenen (Alter: 20 – 36 Stunden nach Geburt) bei der ersten Flaschenfütterung durch die Mutter 15 Minuten lang auf Video aufzeichneten. Die Autoren markierten – bedingt durch die technischen Gegebenheiten der damaligen Zeit – Anfang und Ende der einzelnen aufgezeichneten Verhaltensweisen stimmlich auf einer parallel mitlaufenden Audiokassette. Dann wurden die Auftretenshäufigkeit und Dauer jedes Verhaltens mit der Stoppuhr festgelegt. Die Unterteilung des Analysezeitraums in 900 1-Sekunden-Intervalle hätte es erlaubt, neben der Auftretenshäufigkeit und der Dauer auch die Gleichzeitigkeit des Verhaltens während der einzelnen Intervalle zu erfassen, die Autoren beließen es jedoch bei Auftretenshäufigkeit und Dauer. Das von Pollitt, Gilmore und Valcarcel verwendete System stammte von Brown und Bakeman (1975) und bestand aus insgesamt 100 hierarchisch geordneten Codes (60 mütterliche Codes und 40 kindliche Codes), von denen die meisten in Gruppen aufgeteilt waren, innerhalb derer sich die Codes erschöpften und gegenseitig ausschlossen. So konnte das Ende eines beliebigen Verhaltens immer durch den Beginn eines anderen, aus derselben Gruppe stammenden Verhaltens bestimmt werden.

Der hierarchische Aufbau des vorliegenden Beschreibungssystems, bestehend aus Verhaltenskategorien und untergeordneten Verhaltensklassen, basiert darauf, dass

die Verhaltensklassen innerhalb einer Kategorie sich gegenseitig ausschließen. Das ermöglicht eine strukturierte Erfassung der komplexen Interaktionen und eine genaue Rückübersetzung der einzelnen Codes in reales Fütterverhalten. Die Verhaltensklassen innerhalb einer Kategorie können jedoch nicht als erschöpfend bezeichnet werden, da das System in dieser Form nicht alle tatsächlich möglichen mütterlichen und kindlichen Verhaltensweisen enthält, die während einer Füttersituation vorkommen können. (Beispielsweise wird das Füttergeschehen in Verbindung mit der Verabreichung von Wasser und Tee nicht codiert.) Es konzentriert sich vielmehr auf die für die Fütterinteraktion bzw. -dynamik relevanten Verhaltensweisen, d.h. die Verhaltensweisen, die eine funktionale oder dysfunktionale Fütterinteraktion charakterisieren.

Im Folgenden sollen einige Aspekte der Verhaltenskategorien und Verhaltensklassen näher erörtert werden:

Wie bereits in den Abschnitten 4.4 und 5.1 dargestellt, besteht das Beschreibungssystem aus funktionalen, dysfunktionalen und neutralen Verhaltensklassen, welche in drei mütterliche und drei kindliche Verhaltenskategorien zusammengefasst wurden. Die Checklisten von Sanders et al. (1993), Ramsay, Gisel und Boutry (1993), MacPhee und Schneider (1996) und Chatoor et al. (1997) enthalten ebenfalls funktionales und dysfunktionales Verhalten von Mutter und Kind.

Benoit und Coolbear (1998) hingegen stellten in ihrer Infant Feeding Behaviors-Rater Checkliste ausschließlich kindliche dysfunktionale Verhaltensweisen dar, die sich inhaltlich sinnvoll auf drei Sektoren aufteilen und das störende Essverhalten des Kindes differenziert erfassen können. Veränderungen im kindlichen Fütterverhalten konnten hier jedoch nur auf der Basis des dysfunktionalen Verhaltens registriert werden, funktionale Verhaltensweisen fanden keine Beachtung. Zudem konnten durch das Fehlen des mütterlichen Verhaltens mit dieser Checkliste keine Aussagen über die eigentliche Fütterinteraktion zwischen Mutter und Kind gemacht werden.

Entsprechend der Ausführungen in den Abschnitten 2.4 (Klinisches Erscheinungsbild von Fütterstörungen), 2.7.2 und 2.7.3 (Methodik und Therapieziel des *Münchener Modells*) und 2.9 (Ansätze für eine systematische Erfassung von Fütterverhalten) wurden für das vorliegende Beschreibungssystem Verhaltensklassen definiert, welche in ihrer Gesamtheit in der Lage sind, typische Fütterinteraktionen zwischen

Mutter und Kind abzubilden. Sie sollten sowohl spannungsreiche, problematische – also dysfunktionale – Füttersituationen abbilden können, als auch problemlose, entspannte – also funktionale – Füttersituationen.

Einige der Verhaltensklassen sollen hier kritisch betrachtet werden:

- *Hinbewegen des Löffels* und *Zurückziehen des Löffels*: Beide Klassen wurden in der vorliegenden Arbeit als neutral eingestuft, da sie als reine Löffelbewegungen definiert sind, ohne Bezugnahme auf die Reaktion des Kindes oder die Absichten der Mutter. Daher können hier ohne Kenntnis des Interaktionszusammenhangs keine exakten Rückschlüsse auf funktionales oder dysfunktionales Verhalten der Mutter gezogen werden. Im Gegensatz dazu steht die Interpretation von Bodeewes (2003), der eine modifizierte Version des vorliegenden Beschreibungssystems verwendete (Weiß, Wurmser und Papoušek, 2001: „Beschreibungssystem zur Mikroanalyse von Fütterstörungen“). Er deutete die Verhaltensklassen *Fortsetzen einer Fütterhandlung* (ist in *Hinbewegen des Löffels* enthalten) und *Rückzug* (entspricht dem *Zurückziehen des Löffels*) als dysfunktionales Verhalten im Sinne einer fehlenden bzw. verspäteten mütterlichen Responsivität der Mutter auf die kindlichen Sättigungssignale. Die Autorin kann sich dieser Bewertung nicht anschließen. In der vorliegenden Arbeit wurden für *Hinbewegen* und *Zurückziehen des Löffels* aus Gründen der nur ungenauen Interpretierbarkeit keine Berechnungen zur Dauer und Auftretenshäufigkeit durchgeführt. Eine Bereicherung des vorliegenden Beschreibungssystems könnte die Einführung der Verhaltensklasse „Fütterversuch“ sein, welche die verspätete mütterliche Responsivität beim Füttervorgang widerspiegelt: definiert als Hin- und sofortige Rückbewegung des Löffels, wenn das Kind die Nahrungsaufnahme verweigert. Außerdem könnte der Beginn der Löffelführung der Mutter, d.h. der exakte Zeitpunkt, wenn der mit Nahrung gefüllte Löffel das Gläschen verlässt, zusätzlich als eigene Verhaltensklasse eingeführt werden („Bereitsein“), um dadurch die Fütterhandlungen der Mutter besser quantitativ erfassbar zu machen.
- Bei der Verhaltensklasse *Anweisen* handelte es sich laut Definition um Ratschläge der Mutter, die das am Essen interessierte Kind bei der selbständigen Nahrungsaufnahme und -verarbeitung in seinen Fertigkeiten unterstützen sollten. In der vorliegenden Arbeit wurde *Anweisen* daher als

funktionales mütterliches Verhalten eingestuft. Die von Bodeewes (2003) vorgenommene Bewertung dieser Verhaltensklasse als dysfunktionales Verhalten kann von der Autorin nicht geteilt werden.

- Die Verhaltensklasse *Ignorieren* aus der Kategorie „Besonderes Verhalten der Mutter“ bezeichnete eine konkrete verhaltenstherapeutische Intervention (auch Lösung oder Extinktion genannt), die den Müttern in der Füttertherapie empfohlen wurde, um unerwünschtes kindliches Verhalten zu löschen (siehe auch Abschnitt 2.6 und Tabelle 4.7; Wolke, 2005). Diese Verhalten ist daher nicht Ursache einer dysfunktionalen Fütterinteraktion, sondern ein therapeutisch begründetes, bewusstes Reagieren der Mutter auf dysfunktionales kindliches Fütterverhalten. Wie bereits in den Ergebnissen dieser Arbeit dargestellt wurde (siehe Abschnitt 5.2.1.1), trat *Ignorieren* daher erst am Ende der Therapie (bei drei Müttern) in Erscheinung. Die Autorin widerspricht aus genannten Gründen den Ausführungen von Bodeewes (2003), der *Ignorieren* als Mangel an mütterlicher Kommunikationsbereitschaft im Sinne eines dysfunktionalen Verhaltens der Mutter interpretierte.
- Die acht dysfunktionalen Verhaltensklassen *Im Mund Behalten*, *Herauslaufen Lassen*, *Herausstoßen*, *Ausspucken*, *Husten und Würgen*, *Erbrechen*, *Herausnehmen* und *Mund Zukneifen* bezeichneten einzelne Verhaltensweisen, mit denen das Kind versucht, die tatsächliche Nahrungsaufnahme direkt zu verhindern. Wie bereits in den Abschnitten 5.2.1.2 und 5.2.2.3 dargestellt wurde, kamen diese Verhaltensklassen jeweils nur sehr selten bzw. gar nicht in der Stichprobe vor, so dass eine statistische Auswertung hier weitgehend unmöglich war. Die Autorin legt in Übereinstimmung mit Bodeewes (2003) die Überlegung nahe, bei zukünftigen Studien zugunsten von Zeitersparnis und besserer Auswertbarkeit der Daten Verhaltensklassen zusammenzulegen. Denkbar wäre beispielsweise eine Ordnung in Anlehnung an die, von Papoušek (2002) getroffene Unterteilung der kindlichen Fütterprobleme in fünf große Gruppen (siehe auch Abschnitt 2.4.1). In diesem Sinne könnten das *Im Mund Behalten* und das *Herauslaufen Lassen* von Nahrung als passive orale Verweigerungsmuster zusammengefasst werden. *Herausnehmen*, *Mund Zukneifen*, *Herausstoßen* und *Ausspucken* würden ihrerseits dem

aktiven oralen Vermeidungsverhalten im Rahmen einer provokativen Abwehr zugeordnet werden.

6.2.2 Die Videoausschnitte – Länge und Auswahlkriterien

Um ein aussagekräftiges Bild der Fütterinteraktion zwischen Mutter und Kind wiederzugeben, mussten die zu analysierenden Videoausschnitte zum einen eine ausreichende Länge besitzen und zum anderen einen repräsentativen Ausschnitt der Füttersituation zeigen. Wie bereits in Abschnitt 5.1.2 dargelegt, stellte sich für das vorliegende Projekt eine Gesamtlänge von fünf Minuten (aufgeteilt auf zwei Takes: drei Minuten vom Anfang der Füttersitzung und zwei Minuten, die das Ende der Mahlzeit zeigen) als günstig heraus. Ein wichtiges Kriterium für die Entscheidung war der hohe zeitliche Aufwand, den die Datenerfassung und -verarbeitung im Rahmen der Verhaltensmikroanalyse erforderte. Die Literatur zeigt, dass bei fünfminütigen Ausschnitten mit der wesentlich ungenaueren Methode des globalen Ratings bereits aussagekräftige Ergebnisse erzielt werden konnten. MacPhee und Schneider (1996) konnten durch ein zweistufiges Rating von fünfminütigen Ausschnitten aus der Fütterinteraktion (vom Anfang der Füttersitzung) mit Hilfe ihrer „Feeding Checklist“ und der „Chatoor Feeding Scale“ (Chatoor et al., 1989) Verhaltensmuster feststellen, mit denen sich Mutter-Kind-Paare mit nicht-organischen Gedeihstörungen von solchen mit gedeihenden Kindern signifikant unterschieden (siehe auch Abschnitt 2.9). Benoit und Coolbear (1998) zählten in ihrer Untersuchung die absoluten Auftretenshäufigkeiten von 40 Items innerhalb des fünfminütigen Beobachtungszeitraums, um sie dann mit einem fünfstufigen Rating zu versehen. Sie fanden heraus, dass Kinder mit posttraumatischen Fütterstörungen signifikant weniger gut auf die Therapie reagierten, wenn sie sich passiv weigerten, die Nahrung im Mund weiterzuverarbeiten.

Im Gegensatz dazu wurden in den Studien von Sanders et al. (1993), Chatoor et al. (1997) und Ramsay, Gisel und Boutry (1993) jeweils 20 bzw. 15 bis 20 Minuten einer Fütterinteraktion mit einem globalen Rating analysiert. Eine solche Länge der Videoauszüge hätte, abgesehen von einem unverhältnismäßig hohen Zeitaufwand für die Datenerfassung, die Auswahl der Mutter-Kind-Paare ungünstig beeinflusst.

Da die Füttersitzungen am Ende der Therapie gemäß den Erwartungen weniger Zeit beanspruchten – acht Videoaufzeichnungen von Mahlzeiten am Ende der Therapie

hatten eine Länge von weniger als sieben Minuten (siehe auch Abschnitte 5.1.2.1 und 6.3.5) –, bot die Länge von fünf Minuten eine größere Freiheit bei der Auswahl der Mutter-Kind-Paare für die Stichprobe.

Die Entscheidung, als Videoausschnitt nicht nur wie bei Sanders et al. (1993), MacPhee und Schneider (1996) und Benoit und Coolbear (1998) den Anfang der Füttersitzung zu wählen, gründete in dem Wissen um unterschiedliche Phasen in der Fütterdynamik und die Schwierigkeiten vieler Mütter, die Mahlzeit eindeutig zu beenden (Drotar et al., 1990). Daher sollte das Ende der Mahlzeit als eine speziell problematische Phase miterfasst werden, da sich hier oft die dysfunktionalen Interaktionsmuster zwischen Mutter und Kind in besonderer Weise zeigen. Anders als bei Thompson, Palmer und Linscheid (1977), die in ihrer Einzelfallstudie sechs einminütige Sequenzen (je zwei Sequenzen aus jedem Drittel einer Sitzung – analysierten (siehe auch Abschnitt 2.8), waren bei einer Zweiteilung des Videoausschnitts, wie in der vorliegenden Arbeit, noch genügend lange Interaktionsabschnitte für eine zusammenhängende mikroanalytische Erfassung der Fütterdynamik vorhanden. Außerdem bot diese Zweiteilung die Möglichkeit, Anfang und Ende der Füttersitzungen zu vergleichen (Vgl. Bodeewes, 2003).

Da es sich bei den aufgezeichneten Füttersitzungen nicht um ein genormtes Setting handelte, muss hier jedoch eingeräumt werden, dass den Beobachtern bei konsequenter Festlegung der Takes (drei Minuten von Anfang und zwei Minuten vom Ende ausgehend) auch Phasen der Fütterinteraktion zur Analyse vorliegen konnten, die mit dem hier verwendeten Beschreibungssystem nicht erfasst wurden: z.B. die Verabreichung von Tee oder Wasser an das Kind. Dies musste im Rahmen dieser Auswahl als Möglichkeit in Kauf genommen werden.

6.2.3 Stichprobe und Studiendesign

Stichprobe und Studiendesign dieser Arbeit werden den Ansprüchen, die heutzutage an eine Therapiewirksamkeitsstudie gestellt werden (Kerwin, 1999; Benoit, 2000; Sarimski, 2004; Wolke, 2005), sicherlich in manchen Aspekten nicht gerecht. Dies ist auch bei der Interpretation der Ergebnisse aus der Verhaltensanalyse entsprechend zu berücksichtigen. Einige Anforderungen werden jedoch durchaus erfüllt. Dies soll

im Folgenden anhand der Qualitätskriterien¹ der *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures* (1995) näher erörtert werden, die als methodische Standards zur Beurteilung psychotherapeutischer Interventionen vereinbart wurden (in der Fußnote zitiert nach Sarimski, 2004):

Die vorliegende Arbeit entspricht durchaus den Forderungen nach einer klaren Hypothesenbildung und einem, der Fragestellung gemäßen Untersuchungsdesign. Hierzu wird vor allem auf die Ausführungen in Abschnitt 3 (Zielsetzung und Fragestellung der Arbeit) und Abschnitt 4 (Methoden) verwiesen, aber auch auf die Darstellung der Ergebnisse in Abschnitt 5 und den Anhang dieser Arbeit, der das Beschreibungssystem enthält. Auch die Angaben zur Stichprobe (Rekrutierung, Ausschlusskriterien, Untersuchungsbedingungen) sind, wie von der Task Force gefordert, nachvollziehbar und wurden in den Abschnitten 4.1 bis 4.3 ausreichend beschrieben.

Die Benutzung valider Beurteilungsinstrumente wird als weiteres Qualitätskriterium genannt. Als Pilotstudie will diese Arbeit durch die Entwicklung und Erprobung des Beschreibungssystems zur Verhaltensmikroanalyse ihren Beitrag zur Erfüllung dieses Kriteriums leisten. Damit soll es möglich sein, den Erfolg bei der Therapie von Fütterstörungen anhand des Interaktionsverhaltens von Mutter und Kind mit objektiven Methoden zu messen (Sarimski, 2004): hier im Speziellen durch die Erfassung der Dauer und Auftretenshäufigkeit von definierten Verhaltensklassen pro Minute, d.h. durch die Codierung von Fütterverhalten als Ereignis – in einem

¹Qualitätskriterien (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, 1995):

- SubstanzIELLER Wissenszuwachs durch klare Hypothesenbildung und Wahl eines der Fragestellung gemäßen Untersuchungsdesigns;
- Nachvollziehbare Angaben über die Rekrutierung der Stichproben, Ausschlusskriterien und (praxisähnlichen) Untersuchungsbedingungen;
- Benutzung valider Beurteilungsinstrumente;
- Bemühen um die Minimierung systematischer Verzerrungen der Ergebnisse durch objektive Diagnosekriterien und Kontrolle von möglichen Einflussfaktoren (Kontrollgruppen);
- Hinreichende Gruppengröße in Kontrollgruppen-Studien, um klinisch relevante Wirkungen nachweisen zu können („Power“ der Studie) bzw. Wahl eines Designs in Einzelfall-Studien, bei dem sich die Wirkung von Interventionen im Vergleich zur Grundratenerhebung eindeutig von anderen möglichen Faktoren abgrenzen lässt;
- Hinreichende Dauer und Vollständigkeit der Nachkontrolle, um Aussagen über die Stabilität von Wirkungen machen zu können.

möglichen nächsten Schritt durch die Erfassung der Verhaltenskontingenzen. Das Beschreibungssystem ist im Anhang vollständig dargestellt und wurde bereits in den Abschnitten 4.4, 5.1.1 und 6.2.1 besprochen.

Bei der Beurteilung der Validität sollen an dieser Stelle sowohl Aspekte der externen als auch der internen Validität zur Sprache kommen:

Bei der Betrachtung der externen Validität stellt sich die Frage nach der Vergleichbarkeit der Fütterinteraktionen im häuslichen Alltag – deren problematischer Verlauf die Mütter letztlich zur Inanspruchnahme der Beratung veranlasste – mit den auf Video aufgezeichneten und ausgewerteten Füittersituationen im Labor der Beratungsstelle bei Therapiebeginn. Wie in Abschnitt 4.2 beschrieben, wurden die Mütter ausdrücklich ermuntert, die Mahlzeit im Labor zunächst so zu gestalten, wie es den häuslichen Gewohnheiten entsprach. Das beinhaltete sowohl die Art der Nahrung, die von zu Hause mitgebracht wurde, als auch die Fütterungsposition und eventuelle Essensrituale. Anders als bei der häuslichen Videoaufzeichnung trat der Therapeut in der Laborsituation auch nicht als teilnehmender Beobachter in Erscheinung, da er das Geschehen im angrenzenden Raum durch eine Einwegscheibe verfolgen konnte. Entscheidend erschienen jedoch die Aussagen der Mütter nach Ablauf der Labormahlzeiten: in den allermeisten Fällen wurde die Frage nach der Vergleichbarkeit der gerade erlebten Fütterinteraktion mit den bekannten, häuslichen Essenssituationen von den Müttern bejaht. Daher kann von der Vergleichbarkeit der verschiedenen Essenssituationen und damit von einer vorhandenen externen Validität ausgegangen werden. Zudem ist die Beobachtung von Fütterinteraktionen unter Laborbedingungen ein in der Forschung gebräuchliches Setting, das auch in den Studien von Chattoor et al. (1997), Sanders et al. (1993), Ramsay, Gisel und Boutry (1993) und Benoit und Coolbear (1998) zur Anwendung kam (siehe Abschnitt 2.9).

Die interne Validität wird unter anderem beeinflusst durch die Beobachterübereinstimmung bei der Datenerfassung, d.h. bei der computergestützten Verhaltenscodierung. Wie bereits in Abschnitt 4.6 dargestellt wurde, erfolgte die Berechnung der Beobachterübereinstimmung nach der Kappa-Methode anhand 47% aller in dieser Studie analysierten Füittersitzungen. Die Kappa-Koeffizienten lagen in einem Bereich zwischen 0.67 und 0.78 und wurden auf Frame-Ebene (7500 Zeiteinheiten pro Füittersitzung) für jede Verhaltenskategorie einzeln über alle Mutter-Kind-Paare hinweg berechnet. Diese Werte können in Anbetracht

der mikroanalytischen Ebene der Berechnung und der Komplexität der Kategorien als zufriedenstellend bezeichnet werden.

Einen weiteren einflussnehmenden Faktor stellt die Messgenauigkeit jedes einzelnen Beobachters beim Prozess des Codierens dar: Sich durch die Echtzeit-Codierung ergebende geringfügige Überschneidungen von zwei Verhaltensklassen innerhalb einer Kategorie wurden als Reaktionszeitverzögerungen des jeweiligen Beobachters aufgefasst und – wie in Abschnitt 4.7 beschrieben – automatisch korrigiert. Dieses Vorgehen scheint gerechtfertigt in Anbetracht der Ergebnisse von Jörg et al. (1994), die in ihrer Studie zur mikroanalytischen Verhaltenserfassung eine zweite Methode (das Zählwerk einer Schnittsteuereinheit) benutzten, um die Messgenauigkeit ihrer Echtzeit-Codierung framegenau (1Sekunde = 25 Frames) zu überprüfen. Dabei zeigte sich eine exakte zeitliche Übereinstimmung in 80% der Fälle gegenüber einer zeitlichen Ungenauigkeit durch Reaktionszeitfehler in 15% der Fälle. Nur in 5% der Fälle kam es zu einem Fehler von maximal 0,4 Sekunden, weil die Beobachter die Taste zu früh betätigten.

Als weiteres Qualitätskriterium wird die Minimierung systematischer Verzerrungen der Ergebnisse durch objektive Diagnosekriterien und Kontrolle von möglichen Einflussfaktoren (Kontrollgruppen) genannt. Der Anspruch einer Kontrollgruppenstudie wird von der vorliegenden Arbeit nicht erfüllt. Zu Recht beklagen einige Autoren (Kerwin, 1999; von Hofacker et al., 2003; Sarimski, 2004; Wolke, 2005) den Mangel an gut kontrollierten klinischen Therapiestudien zur Problematik spezifischer Regulationsstörungen wie der Fütterstörung, die sich mit anderen als verhaltenstherapeutischen Ansätzen beschäftigen. Es sind jedoch am ehesten die verhaltenstherapeutischen Grundkonzepte, die gerade dieses Kriterium erfüllen, da dort einzelne Wirkkomponenten isoliert und dadurch auch leichter miteinander verglichen werden können. Bei einem multidimensionalen Therapieansatz wie dem *Münchner Modell*, der sehr individuell auf die spezifische Problematik und die momentanen Bedürfnisse des Mutter-Kind-Paars einzugehen versucht (Wollwerth de Chuquisengo & Papoušek, 2004), lässt sich das therapeutische Vorgehen nicht präzise im Vorfeld festlegen. Außerdem erscheint es in diesem Rahmen kaum vertretbar, einer eventuellen Vergleichsgruppe von therapiebedürftigen, füttergestörten Kindern einzelne, in der Praxis bewährte Behandlungskomponenten vorzuenthalten. Dennoch sollte für zukünftige Studien ein Kontrollgruppen-Design mit angemessener Gruppengröße angestrebt werden, z.B.

durch eine Vergleichsgruppe unauffälliger Kinder aus dem Patientengut pädiatrischer Praxen oder durch füttergestörte Kinder, die sich auf der Warteliste für einen Therapieplatz befinden.

Damit ist bereits das nächste Qualitätskriterium angesprochen, nämlich die hinreichende Gruppengröße. Der Rahmen einer Pilotstudie, wie sie die vorliegende Arbeit darstellt, rechtfertigte es, diesbezüglich einen anderen Maßstab anzulegen. Die Stichprobengröße von nur 15 Mutter-Kind-Paaren war ein Kompromiss, bei dem die sehr aufwendige Datenerfassung und der zeitliche Rahmen der Studie Berücksichtigung fanden. Zudem war auch die Entwicklung der Methode an sich ein wesentlicher Teil der Studie. Bei zukünftigen Untersuchungen sollte die Zahl der Mutter-Kind-Paare jedoch deutlich erhöht werden. Es konnten jedoch auch trotz der geringen Gruppengröße und einer nichtparametrischen Testung (Wilcoxon) signifikante Ergebnisse erzielt werden, wie die Ausführungen in den Abschnitten 5.2 und 6.3 zeigen.

Einen zusätzlichen großen Einfluss auf die Stichprobengröße und die Möglichkeiten der statistischen Datenverarbeitung hatte die Heterogenität der Stichprobe in Bezug auf das Alter der Kinder bei Therapiebeginn (zwischen 7,7 und 23,5 Monaten). Sie soll an dieser Stelle näher erörtert werden: Die Heterogenität der Stichprobe war ein Faktor, der (besonders in dieser Phase der kindlichen Entwicklung) zu verschiedenen Ausgangssituationen bei den Fütterinteraktionen führte. Dies war beispielsweise deutlich an den unterschiedlichen Essfertigkeiten der Kinder zu sehen: fünf Kinder der Stichprobe konnten bereits bei Beginn der Therapie selbstständig essen, 10 Kinder nicht. Auch die unterschiedlichen Kombinationen anderer Störungen mit der Diagnose „Fütterstörung“ (Tabelle 4.1) bzw. das Auftreten sehr unterschiedlicher Interaktionsmuster bzw. Fütterprobleme (Papoušek, 2002) innerhalb der Stichprobe, führte zu einer größeren Verhaltensvielfalt. Diese Variationsbreite im Verhalten in Kombination mit der ursprünglichen Stichprobengröße von 15 Mutter-Kind-Paaren hatte zur Folge, dass in einigen Verhaltensklassen die Ergebnisse nicht mehr statistisch, sondern nur noch deskriptiv analysiert werden konnten. Es war jedoch andererseits genau diese Vielfalt an Verhaltensweisen, die es erst ermöglichte, ein Beschreibungssystem zur Verhaltensmikroanalyse von Fütterstörungen zu entwickeln und zu erproben, das in der Lage war, Fütterinteraktionen in einem Altersbereich zwischen sechs Monaten und drei Jahren zu erfassen.

Zum Vergleich soll hier das Vorgehen von Chatoor et al. (1997) erwähnt werden, die von der Durchführung einer Pilotstudie mit einer heterogenen Gruppe von 20 Kindern in einem Altersbereich zwischen fünf Wochen und 32 Monaten berichten. Die Studie diente als Basis für die Entwicklung der Chatoor Feeding Scale (Chatoor et al., 1989; 1997), einer Checkliste für die Beobachtung von Mutter-Kind-Fütterinteraktionen in den ersten drei Lebensjahren, mit der es dann mit einer größeren Stichprobe erfolgreich gelang, zwischen gesunden und füttergestörten Kindern und zwischen drei Untergruppen von Fütterstörungen zu differenzieren (Chatoor et al., 1997). (Dazu siehe auch Abschnitt 2.9 und Tabelle 2.1).

Das letzte Qualitätskriterium bezieht sich auf die Langzeitwirkung von therapeutischen Maßnahmen, die durch angemessene Nachkontrollen erfasst werden soll. Nach den, in diese Arbeit einfließenden Informationen handelte es sich bei den Kindern dieser Stichprobe um den einzigen Therapiezyklus in Verbindung mit Fütterstörungen (siehe auch Abschnitt 4.1), mit Ausnahme eines Kindes. Es wäre jedoch interessant und empfehlenswert – besonders bei zukünftigen Studien mit größeren Stichproben, – die weitere Entwicklung der Kinder im Abstand von mehreren Jahren zu untersuchen. Da die Daten der Kinder im Rahmen der *Sprechstunde für Schreibbabys* gespeichert sind, wäre eine Wiedereinbestellung der Mutter-Kind-Paare zum Zweck einer Katamnese-Studie durchaus möglich.

6.3 Diskussion der Ergebnisse aus der Verhaltensanalyse

Wie bereits aus den Ausführungen der Abschnitte 2.8, 2.9 und 6.2 deutlich wird, gibt es in der vorhandenen Literatur nur sehr eingeschränkte direkte Vergleichsmöglichkeiten bezüglich der Ergebnisse aus der Verhaltensmikroanalyse der vorliegenden Arbeit. Vorhandene Wirksamkeitsstudien zur Therapie von Fütterstörungen untersuchten eine andere Alters- bzw. Entwicklungsspanne, beschränkten sich auf eine spezifische Art der Fütterstörung (z.B. Posttraumatische Fütterstörungen) oder verwendeten andere methodische Vorgehensweisen (z.B. Pollitt, Gilmore und Valcarcel, 1978; Benoit, Green & Arts-Rodas; 1997; Dunitz-Scheer, 2001; Thompson, Palmer & Linscheid, 1977; Werle, Murphy & Budd, 1998; Turner, Sanders & Wall, 1994).

Eine methodisch vergleichbare Studie stellt die Arbeit von Bodeewes (2003) dar, in der jedoch Fütterinteraktionen von füttergestörten und gesunden Mutter-Kind-Paaren miteinander verglichen wurden. Als Grundlage zur Datenerfassung diente Bodeewes

die bereits erwähnte, nach Weiß, Wurmser und Papoušek (2001) modifizierte Version des vorliegenden „Beschreibungssystems zur computergestützten Verhaltensmikroanalyse von Fütterinteraktionen“.

Aus Gründen der eingeschränkten Vergleichbarkeit, der geringen Stichprobengröße und der fehlenden Kontrollgruppe können die Ergebnisse der vorliegenden Pilotstudie nur zurückhaltend – eher im Sinn von hinweisgebenden Tendenzen im Hinblick auf zukünftige Untersuchungen – interpretiert werden

6.3.1 Das problematische Fütterverhalten in der Stichprobe und die Auswirkungen der Therapie

Als erstes Ergebnis aus dem Vergleich der Daten konnte gezeigt werden, dass das Auftreten von dysfunktionalen mütterlichen und kindlichen Verhaltensklassen in der Stichprobe bei Therapiebeginn durchaus Rückschlüsse auf ein problematisches Fütterverhalten zulässt. Der Therapieeinfluss zeigte sich in einer Abnahme von dysfunktionalen Verhaltensklassen und einer Zunahme von funktionalen Verhaltensklassen am Ende der Füttertherapie bezogen auf alle Mutter-Kind-Paare der Stichprobe.

Das absolute Vorkommen der Verhaltensklassen getrennt nach Anfang und Ende der Füttersitzung (Tabellen 5.3 und 5.4) wird in Zusammenhang mit den quantitativen Veränderungen der Dauer und Auftretenshäufigkeit in den späteren Abschnitten 6.3.2 bis 6.3.5 diskutiert.

6.3.1.1 Die Mütter

Eine große Anzahl von Müttern zeigte bei Beginn der Therapie Verhaltensweisen, durch die sie die Kinder trotz deren Essensverweigerung zum Essen bewegen wollten. Sie versuchten, durch Ausübung von Druck und Kontrolle den Widerstand der Kinder zu überwinden, was sich in den Verhaltensklassen *Füttern mit Druck*, *Auffordern* und *Festhalten* widerspiegelte. Das Verhaltensspektrum reichte diesbezüglich in der Stichprobe vom Bedrängen des Kindes mit dem gefüllten Löffel über verbale Druckausübung bis hin zum Fixieren des Kindes beim Füttern. Auch in der Literatur werden diese Verhaltensweisen als ungünstiges und dysfunktionales mütterliches Verhalten beschrieben (siehe auch Abschnitte 2.4 und 2.9 und Tabelle 2.1): Süss und Brack (1984) erwähnen das Fixieren des Kindes als elterliches Verhaltensmuster bei angstgetönter Nahrungsverweigerung. Chatoor et al. (1997; 1984) und Chatoor (1997) nennen Auffordern zum Essen, Kontrollieren des Fütterns

durch Übergehen der kindlichen Signale und Einschränken der kindlichen Bewegungen als unangepasstes mütterliches Fütterverhalten in einem dysfunktionalen Zusammenhang. Sanders et al. (1993) führen aversives elterliches Verhalten im Kontakt mit dem Kind bzw. beim Äußern von Aufforderungen oder Anweisungen in ihrer Checkliste (Sanders & Le Grice, 1989) auf und fanden heraus, dass aversive Aufforderungen und Anweisungen bei Eltern füttergestörter Kinder häufiger vorkamen. Noch gewaltsameres Fütterverhalten, wie das Füttern unter *Zwang*, wurde in der Stichprobe nicht gesehen.

Alle Mütter bedienten sich bei Therapiebeginn durch das *Ablenken* der Kinder außerdem einer gänzlich anderen Fütterstrategie, mit der sie den Erlebnishunger der Kinder förderten und dazu benutzten, die Kinder nebenbei ohne Widerstand füttern zu können. *Ablenken* wird auch bei Süss und Brack (1984), Chatoor et al. (1997; 1984) und Ramsay, Gisel und Boutry (1993) als problematisches mütterliches Verhalten genannt.

Auch bei Bodeewes (2003) unterschieden sich die Mütter der füttergestörten Kinder von den Kontrollmüttern durch ein größeres Ausmaß von *Füttern mit Druck*, *Auffordern*, *Festhalten* und *Ablenken*.

Als eine spezielle Form der mütterlichen Nachgiebigkeit und mangelnden Grenzsetzung kann das *Nachführen des Löffels* betrachtet werden, das nur bei wenigen Müttern bei Beginn der Therapie vorkam. Anstatt das Essen in den Mittelpunkt zu stellen, waren diese Mütter hier ähnlich wie beim *Ablenken* bereit, sich mit ihrer Löffelführung den essensfremden Aktivitäten der Kinder unterzuordnen, um sie füttern zu können.

Bei über der Hälfte der Mütter gehörten *Tadeln* und *Unangemessene Zuwendung* zum Verhaltensspektrum bei Beginn der Therapie. Darin wird deutlich, dass viele Mütter ihrer Unzufriedenheit mit dem Essverhalten der Kinder durch Kritik und negative Bemerkungen gegenüber dem Kind Luft machten (*Tadeln*) bzw. in ihrer Hilflosigkeit nicht in der Lage waren, das kindliche Unbehagen richtig zu deuten (*Unangemessene Zuwendung*). Auch in den Arbeiten von Sanders et al. (1993), Chatoor et al. (1997) und MacPhee und Schneider (1996) wird *Tadeln* im Sinn von auf das Essen bezogene unfreundliche Bemerkungen bzw. negative Kommentare aufgeführt. Das Ignorieren bzw. Nichterkennen kindlicher Signale wurde in der Literatur ebenfalls als problematisches Verhalten von Eltern füttergestörter Kinder

beschrieben (Chatoor et al., 1997; 1987; Harris, 1993; von Hofacker, Papoušek & Wurmser, 2004).

Ein deutlicher Rückgang des beobachteten Vorkommens im Therapieverlauf zeigte sich bei den Verhaltensklassen *Unangemessene Zuwendung* und *Ablenken*. In Bezug auf die *Unangemessene Zuwendung* lässt das verminderte Vorkommen darauf schließen, dass es in der Therapie möglich war, einen Großteil der Mütter für die kindlichen Signale der Essunlust zu sensibilisieren bzw. die Momente der kindlichen Essensabwehr in der Füttersituation zu reduzieren (siehe auch folgende Abschnitte). Außerdem konnte die Hälfte der Mütter im Verlauf der Therapie dazu gebracht werden, gänzlich auf das *Ablenken* der Kinder und das dadurch erleichterte (oft automatische) Füttern zu verzichten.

Durch die Therapie gelang es auch, auf die mütterlichen Druck- und Kontrollmechanismen Einfluss zu nehmen: Keine der Mütter fixierte ihr Kind am Ende der Therapie beim Füttern (*Festhalten*) und auch das Insistieren mit dem gefüllten Löffel am Mund des Kindes (*Füttern mit Druck*) reduzierte sich bei den Müttern der Stichprobe.

Bereits bei Beginn der Therapie konnte jedoch auch ein weites Spektrum an funktionalem mütterlichem Verhalten beobachtet werden. Dieses diente als willkommene Ressource in der Füttertherapie nach dem *Münchner Modell*, denn es konnte im Rahmen eines positiven Videofeedbacks mit der Mutter hervorgehoben werden, um so das Selbstvertrauen in ihre mütterlichen intuitiven Kompetenzen zu stärken (Papoušek, 2000; Wollwerth de Chuquisengo & Papoušek, 2004).

Das seltene Vorkommen der mütterlichen Verhaltensklassen *Fördern des Selbständigen Essens* und *Anweisen* bei Therapiebeginn kann in einen Zusammenhang mit dem zu diesem Zeitpunkt eher gering ausgeprägten selbständigen Essverhalten der Kinder gebracht werden. Am Ende der Therapie gab es deutlich mehr Mütter, die ihre Kinder mit konkreten, freundlichen Ratschlägen (*Anweisen*), aber auch durch *Loben* und Schmackhaft machen der Nahrung (*Anregen*) beim selbständigen Essen und in ihrer Motivation unterstützten, einem der wesentlichen Therapieziele des *Münchner Modells* (von Hofacker, Papoušek & Wurmser, 2004). (Siehe auch Abschnitt 2.7.3.)

Bereits bei Beginn der Therapie lobten viele Müttern ihre Kinder und versuchten, sie zum Essen anzuregen. Hierzu bieten die Ergebnisse von Bodeewes (2003) einen

interessanten Aspekt. Bei seinem Vergleich von füttergestörten Mutter-Kind-Paaren mit einer normalen Kontrollgruppe fand er heraus, dass die Mütter der füttergestörten Kinder diese häufiger durch *Loben* oder *Anregen* zum Essen zu motivieren versuchten, während die gesunden Kinder dies aufgrund ihres großen Appetits nicht nötig hatten. Im Fall der vorliegenden Stichprobe lässt sich vermuten, dass viele Mütter in der problembehafteten Füttersituation bereits auf diese gängigen Strategien von Lob und Anregung zurückgegriffen hatten, um ihre Kinder füttern zu können.

Besonders deutlich zunehmend im Verlauf der Therapie war die Anzahl der Mütter, die sich durch *Abwartendes Beobachten* vom Füttergeschehen distanzierten. Dies mag zum einen in Verbindung stehen mit der zunehmenden Selbständigkeit der Kinder beim Essen, die weniger Aktivitäten der Mütter erforderte, und zum anderen mit der durch die Therapie gestärkten Einsicht, die Kinder beim Essen nicht zu bedrängen, sondern sich von ihren Hunger- bzw. Sättigungssignalen leiten zu lassen (siehe auch Abschnitte 2.7.2 und 2.7.3).

Die Verhaltensklassen *Anbieten von Nahrung* und *Beenden* kamen – im Gegensatz zum *Abwartenden Beobachten* – bei Therapiebeginn und Therapieende bei einer großen Zahl von Müttern vor. Offensichtlich handelte es sich auch bei diesen beiden Verhaltensklassen um gängiges mütterliches Verhalten. Auch Bodeewes (2003) fand bei seiner Untersuchung die Verhaltensklassen „Nahrung Anbieten“ und „Beenden“ bei einer Mehrzahl der Mütter sowohl aus der füttergestörten als auch aus der unauffälligen Gruppe. Auf die Verhaltensklasse *Beenden* in Bezug zum Verlauf der Füttersitzung soll bei der Diskussion von Dauer und Auftretenshäufigkeiten in Abschnitt 6.3.3 genauer eingegangen werden.

Bei vielen Müttern kamen sowohl bei Beginn und als auch am Ende der Therapie Verhaltensweisen vor, mit denen sie den kindlichen nicht essensbezogenen Aktivitäten Grenzen setzten (*Grenzen Setzen*), um das Essen in den Mittelpunkt zu stellen bzw. dafür einen angemessenen Raum zu schaffen. Auch in diesem Fall scheint es sich um ein gängiges mütterliches Verhalten zu handeln.

Das *Ignorieren* des kindlichen unerwünschten Verhaltens trat erst am Therapieende bei drei Müttern auf. Wie bereits in Abschnitt 6.2.1 diskutiert, handelte es sich dabei um eine verhaltenstherapeutische Intervention, die den Müttern zur Löschung von kindlichem dysfunktionalem Verhalten empfohlen wurde. Die Mütter waren somit in der Lage die Anweisungen der Therapeuten umzusetzen und bewusst auf dysfunktionales kindliches Verhalten zu reagieren.

6.3.1.2 Die Kinder

Auf Seiten der Kinder kam – mit Ausnahme von *Erbrechen* und *Herausnehmen* der Nahrung – bei Therapiebeginn ein weites Spektrum von kindlichen Strategien der Essensverweigerung und Fütterproblemen vor, wie auch in der Literatur beschrieben (Harris, 1993; Benoit & Coolbear, 1998; Sanders et al., 1993; Ramsay, Gisel & Bouthry, 1993; MacPhee & Schneider, 1996; Babbitt, Hoch & Coe, 1994; Papoušek, 2002). (Siehe auch Abschnitte 2.4 und 2.9.)

Da es sich bei den oralen Aktivitäten des Kindes um teilweise sehr spezielle Verhaltensweisen handelte, wurden sie getrennt erfasst. Eine Bündelung entsprechender Verhaltensklassen für eine bessere statistische Auswertbarkeit erscheint jedoch für zukünftige Studien sinnvoll, wie bereits in Abschnitt 6.2.1 erwähnt wurde. Das Spektrum der oralen kindlichen Verweigerungsmuster nahm in Therapieverlauf deutlich ab: *Herauslaufen Lassen*, *Herausstoßen* und *Mund Zukneifen* kamen am Ende der Therapie nicht mehr in der Stichprobe vor. Das zeigt, dass es in der Therapie gelungen ist, auf diese Verweigerungsmuster konkret Einfluss zunehmen bzw. sie als kindliche Reaktion auf mütterliches Verhalten überflüssig zu machen.

Besonders viele Kinder drückten bei Therapiebeginn ihr mangelndes Interesse an der Nahrungsaufnahme durch *Abwehren* und *Vermeiden* aus. Das geringere Vorkommen von *Vermeiden* und *Abwehren* am Ende der Therapie zeigt, dass sich zu diesem Zeitpunkt eine geringere Anzahl von Kindern gegen die Ausübung von Druck und Kontrolle durch die Mütter zur Wehr setzen mussten. In Anlehnung an den vorangegangenen Abschnitt 6.3.1.1 sieht man hierin eine Entspannung der Füttersituation auf mütterlicher und kindlicher Seite und eine Entwicklung in Richtung positiver Gegenseitigkeit (Engelskreise). Auch Harris (1993) beschreibt in ihren Ausführungen diesen Zusammenhang: Je besser die Eltern in der Lage sind, die kindlichen Signale zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren, desto weniger müssen die Kinder durch negatives vehementes Verhalten auf ihre Bedürfnisse aufmerksam machen.

Das vom Essen *Ablenken* bzw. abgelenkt Sein schien hingegen ein derart gängiges Verhalten zu sein, dass es bei fast allen Kindern zu beobachten war und sich auch in seinem absoluten Vorkommen im Therapieverlauf kaum veränderte. Bodeewes (2003) fand *Ablenken* bei seinem Vergleich von füttergestörten mit unauffälligen Kindern in beiden Gruppen bei über der Hälfte der Kinder.

(Auf die seltenen, am Therapieende unverändert bzw. vermehrt aufgetretenen Verhaltensklassen wie *Husten und Würgen* und *Provozieren* soll in Abschnitt 6.3.4 näher eingegangen werden.)

Schon bei Beginn der Therapie kamen alle funktionalen kindlichen Verhaltensklassen in der Stichprobe vor. Unabhängig vom Zeitpunkt der Therapie nahmen alle Kinder Nahrung auf (*Nahrungsaufnahme*) und die meisten Kinder signalisierten ihren Müttern ihr Interesse am Essen (*Bereitschaft Signalisieren*). Als ein sehr starkes und deutliches Hungersignal kann *Antizipatorisches Mundöffnen* verstanden werden. Die Zunahme dieses anfänglich eher seltenen Verhaltens zeigte, dass es im Verlauf der Therapie gelungen war, die Essensmotivation einiger Kinder noch stärker von ihrem Appetit bestimmen zu lassen (siehe auch Abschnitt 2.7.3, Therapieziel des *Münchner Modells*).

Die weitere Verbreitung der anfänglich eher seltenen Verhaltensklassen *Explorieren des Selbständigen Essens* und *Selbständiges Essen* in der Stichprobe am Ende der Therapie spricht ebenfalls dafür, dass einige Kinder durch die Therapie wieder einen Zugang zu ihrer Neugierde auf das Essen gewonnen haben und in ihren Autonomiewünsche unterstützt wurden. Auch in diesen Veränderungen drückt sich eine Entwicklung entsprechend der konkreten Ziele der Füttertherapie nach dem *Münchner Modell* aus. (Weitere Überlegungen bezüglich dieser Verhaltensklassen finden sich in Abschnitt 6.3.5.)

Das bereits bei Therapiebeginn vorhandene kindliche Interesse am Essen – ausgedrückt durch verschiedenen Hungersignale – dient wie auch das funktionale mütterliche Verhalten als Ressource für den therapeutischen Prozess: So ist es möglich, der Mutter im Videofeedback anhand der gut sichtbaren kindlichen Hungersignale ein Verständnis für die Bedürfnisäußerungen ihres Kindes zu vermitteln (Papoušek, 2000; Wollwerth de Chuquisengo & Papoušek, 2004). Die Tabellen 5.1 und 5.2 (sowie 5.3 und 5.4) zeigen, dass auch bei Therapieende eine Vielzahl von dysfunktionalen kindlichen und mütterlichen Verhaltensweisen in der Stichprobe beobachtet werden konnte. Dies scheint die Vermutung zu bestätigen, dass es vom Ausmaß des dysfunktionalen Verhaltens abhängt, ob eine Füttersituation als problematisch empfunden wird oder nicht, denn laut Expertenurteil wurde allen Mutter-Kind-Paaren der Stichprobe eine vollständige bzw. überwiegende

Besserung der Fütterstörung am Ende der Therapie bescheinigt.² Auch in der Studie von Bodeewes (2003) kam bereits in der gesunden Kontrollgruppe ein weites Spektrum an dysfunktionalen Verhaltensklassen vor. Gemäß dem Denkspruch „die Dosis macht das Gift“ können also auch in unproblematischen Fütterinteraktionen dysfunktionale Verhaltensweisen beobachtet werden, sie halten sich jedoch in einem qualitativen und quantitativen Rahmen, der einer entspannten bzw. funktionalen Fütterinteraktion nicht entgegensteht.

In den folgenden Abschnitten sollen die im Therapieverlauf erfolgten quantitativen Veränderungen des mütterlichen und kindlichen Verhaltens bezüglich der Auftretenshäufigkeit (pro Minute) und der Dauer (in Sekunden pro Minute) und ihre Auswirkungen auf die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion näher diskutiert werden.

6.3.2 Das dysfunktionale Verhalten der Mütter

Als weiteres Ergebnis dieser Arbeit konnte gezeigt werden, dass es bei den Müttern bei jedem dysfunktionalen Verhalten – mit Ausnahme der Verhaltensklasse *Tadeln* – zu einer Abnahme von Dauer und Auftretenshäufigkeit im Therapieverlauf kam, vereinzelt jedoch ohne statistische Signifikanz.

Besonders deutliche Auswirkungen der Therapie zeigten sich beim *Füttern mit Druck*, dem *Festhalten* und *Ablenken* der Kinder und zwar in der Abnahme von Auftretenshäufigkeit und Dauer des jeweiligen Verhaltens. Bei den Verhaltensweisen, mit denen die Mütter ihre Kinder zur Aufnahme der nächsten Portion aufforderten (*Auffordern*), kam es nur bei der Auftretenshäufigkeit zu einem signifikanten Rückgang. Dies lässt sich dadurch erklären, dass es sich bei diesem Verhalten um zumeist kurze Äußerungen handelte, mit denen das Kind bei mangelndem Interesse am Essen immer wieder zur Aufnahme der nächsten Portion gedrängt wurde.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass bei Therapiebeginn die Verhaltensklassen *Füttern mit Druck*, *Auffordern*, *Ablenken* und *Festhalten* am

²Nach Analyse der Daten aus der *Sprechstunde für Schreibbabys* kam es bei 86,1% der Fütterstörungen bzw. 89,9% der Regulationsstörungen zu einer vollständigen bzw. überwiegenden Besserung durch die Therapie nach dem *Münchner Modell*. Kriterien für die globale Einschätzung des Behandlungserfolgs durch Experten bei Therapieende waren die Behebung des Verhaltensproblems, die Auflösung dysfunktionaler Interaktionsmuster und die Entlastung der Eltern (von Hofacker, Papoušek & Wurmser, 2004; Wollwerth de Chuquisengo & Papoušek, 2004).

Anfang der Mahlzeit (Take 1) bei mehr Müttern zu beobachten waren als am Ende der Mahlzeit (Take 2). Dies widersprach der Annahme an ein bei Therapiebeginn generell verstärktes Vorkommen von dysfunktionalem Verhalten am Ende der Füittersitzung als einer besonders problematischen Phase, wurde aber durch die Ergebnisse von Bodeewes (2003) teilweise bestätigt. Bodeewes beobachtete bei seinem Vergleich von füttergestörten mit nicht-füttergestörten Mutter-Kind-Paaren bei beiden Gruppen ebenfalls ein verstärktes absolutes Vorkommen der Verhaltensklassen *Füttern mit Druck* und *Auffordern* am Anfang der Füittersitzung. Bodeewes folgerte daraus (in Zusammenhang mit dem gleichzeitigen stärkeren absoluten Vorkommen von *Beenden* und *Säubern* in der Stichprobe am Ende der Füittersitzung), dass viele Mütter beider Gruppen den Sättigungsgrad ihrer Kinder und damit das Ende der Fütterung einschätzen konnten. Bei der vorliegenden Arbeit lässt sich auch vermuten, dass einige Kinder bei Therapiebeginn die Nahrungsaufnahme am Ende der Füittersitzung so stark vermieden und abwehrten, dass es nicht mehr zu geregelten Fütterhandlungen kommen konnte und daher auch der Druck bei der Löffelführung und das *Auffordern* überflüssig wurden.

Bei Therapieende kehrten sich die Verhältnisse bei *Füttern mit Druck* und *Auffordern* um: beide Verhaltensklassen wurden am Ende der Füittersitzung von deutlich mehr Müttern gezeigt als am Anfang der Füittersitzung. (Das absolute Vorkommen am Ende der Füittersitzung war nach Ablauf der Therapie annähernd so groß wie vor Therapie.) Dies könnte dadurch erklärt werden, dass die in der Therapie bearbeiteten dysfunktionalen Verhaltensmuster von vielen Müttern in der besonders kritischen Phase am Ende der Mahlzeit auch nach Ablauf der Therapie gelegentlich wieder als gewohnte Problemlösungsstrategien eingesetzt wurden.

Dennoch bewirkte die Therapie am Ende der Füittersitzung bei der Dauer von *Füttern mit Druck* eine signifikante Abnahme. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass viele Mütter versuchten, am Ende der Füittersitzung auch nach Therapie ihre Kinder mit Druck bei der Löffelführung zur Nahrungsaufnahme zu bringen, jedoch schneller in der Lage waren, die Problematik dieses dysfunktionalen Verhaltensmusters zu erkennen und wieder davon abzulassen.

Der größte Rückgang von Dauer und Auftretenshäufigkeit fand bei den vier oben erwähnten Verhaltensklassen *Füttern mit Druck*, *Auffordern*, *Ablenken* und *Festhalten* hauptsächlich am Anfang der Füittersitzung statt und entsprach damit den Erwartungen an einen guten Einfluss der Therapie zu diesem Zeitpunkt.

Auch das *Ablenken* konnte am Ende der Füttersitzung durch die Therapie nur in seiner Dauer zu einer signifikanten Abnahme gebracht werden. Im Gegensatz zu *Füttern mit Druck* trat *Ablenken* allerdings bei Therapieende am Ende der Füttersitzung bei weit weniger Müttern in Erscheinung als am Anfang der Mahlzeit. Hier schien in Bezug auf ablenkendes Verhalten als Fütterstrategie bei einer Vielzahl von Müttern im Therapieverlauf ein grundsätzliches Umdenken erfolgt zu sein.

Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass es sich bei den Verhaltensweisen, durch welche die Mütter versuchten, mit Druck und Kontrolle den Widerstand des Kindes gegen das Essen zu überwinden (*Füttern mit Druck*, *Auffordern* und *Festhalten*) bzw. den Erlebnishunger des Kindes für ein problemloses Füttern nebenbei zu benutzen (*Ablenken*) um gewohnte dysfunktionale Verhaltensmuster handelte, die von den Müttern bereits vom Anfang der Mahlzeit an verwendet wurden. Wie beschrieben, zeigte sich die Wirkung der Therapie in diesem Zeitraum besonders deutlich.

Ebenfalls deutlich waren die Auswirkungen der Therapie auf die Verhaltensklasse *Unangemessene Zuwendung*, die im Therapieverlauf sowohl in der Auftretenshäufigkeit als auch in der Dauer abnahm. Die größere Anzahl von Müttern mit diesem Verhalten war bei Beginn der Therapie allerdings am Ende der Füttersitzung zu beobachten, was darauf hindeutet, dass in vielen Mutter-Kind-Interaktionen zu diesem Zeitpunkt erwartungsgemäß auf kindlicher Seite starke Abwehrreaktionen und Weinen und auf mütterlicher Seite große Hilflosigkeit und Missverständen der kindlichen Signale (*Unangemessene Zuwendung*) auftraten (siehe auch Abschnitt 6.3.1). Der signifikante Rückgang bei der Auftretenshäufigkeit und Dauer am Ende der Füttersitzung kann in Zusammenhang damit gesehen werden, dass die Mütter durch die Therapie besser für die kindlichen Signale sensibilisiert waren und die Kinder weniger Abwehrreaktionen zeigen mussten. Die Daten erlauben hier den Rückschluss auf eine Korrelation zwischen mütterlichem und kindlichem Verhalten nicht jedoch auf eine kausale Verknüpfung.

Das *Nachführen des Löffels* kam eher selten vor und zeugte von großer Nachgiebigkeit und fehlender Grenzsetzung der betreffenden Mütter in Bezug auf das Abgelenktsein des Kindes. Das Verhalten verschwand oder reduzierte sich bei den Müttern, bei denen es in der Therapie angesprochen wurde, trat aber interessanterweise bei zwei Müttern neu auf. Letzteres könnte dadurch zu erklären sein, dass es sich um ein ausgefallenes Verhaltensmuster der Nachgiebigkeit – und

nicht ein Kontrollmuster – handelt, mit dem diese Mütter in ihrer Therapie zuvor nicht konfrontiert werden mussten.

Keine Verbesserungen brachte die Therapie hinsichtlich der negativen Äußerungen der Mütter über das kindliche Essverhalten (*Tadeln*), mit denen die Mütter ihrer Unzufriedenheit Luft machten und zum negativen Erleben der Mahlzeit beitrugen. Womöglich handelte es sich bei diese Äußerungen um ein so beiläufiges und unbewusstes Verhalten, das daher als wenig störend wahrgenommen bzw. in der Therapie im Gegensatz zu den Druck- und Kontrollmechanismen nicht so stark thematisiert wurde.

Den vorangegangenen Ausführungen bezüglich des dysfunktionalen mütterlichen Verhaltens ist zu entnehmen, dass die Füttertherapie nach dem *Münchner Modell* einen besonders guten Einfluss auf die mütterlichen Fütterstrategien von Druck, Kontrolle und Ablenken hat, aber auch zu einem besseren Verständnis der kindlichen Signale beitragen kann.

6.3.3 Das funktionale Verhalten der Mütter

Weiter konnte in der vorliegenden Arbeit gezeigt werden, dass das funktionale Verhalten der Mütter in seiner Dauer und Auftretenshäufigkeit im Therapieverlauf zunahm, in signifikantem Ausmaß bei den Verhaltensklassen *Abwartendes Beobachten, Beenden, Anregen* (Auftretenshäufigkeit) und *Loben* (Dauer). Nur bei der Verhaltensklasse *Grenzen Setzen* zeigte sich eine gegenläufige Tendenz.

Am Ende der Therapie machten die Mütter ihren Kindern das Essen häufiger schmackhaft (*Anregen*) und lobten sie länger, um sie zum Essen zu motivieren und ihr Streben nach mehr Autonomie zu unterstützen. Dabei fanden die signifikanten Zunahmen vor allem am Ende der Füttersitzungen statt. Dies mag damit zusammenhängen, dass die, durch die Therapie sensibilisierten Mütter zu diesem, eher schwierigen Zeitpunkt bewusst auf diese positiven Strategien zurückgriffen, um ihre Kinder noch weiter füttern zu können. (Beim *Anregen* handelte es sich ähnlich wie beim *Auffordern* (siehe 6.3.2) um zumeist kurze Äußerungen, mit denen das Kind auf freundliche Art zum Essen animiert werden sollte, daher die Signifikanz nur bei der Auftretenshäufigkeit.) (Vergleiche auch Abschnitt 6.3.1.)

Unterstützendes und die kindliche Autonomie förderndes Verhalten wird auch durch die Verhaltensklassen *Anweisen* und *Fördern des Selbständigen Essens* repräsentiert. Das Auftreten dieser Verhaltensklassen bei den Müttern war

definitionsgemäß sehr stark abhängig vom Entwicklungstand der Kinder und ihren Fähigkeiten, selbstständig zu essen. Hier kam es zu keinen signifikanten Zunahmen, interessant waren jedoch die Informationen aus den Einzelanalysen: Verhaltensweisen, die das selbstständige Essen des Kindes förderten (*Fördern des Selbständigen Essens*) verschwanden bei vier Müttern – bezogen auf den gesamten Beobachtungszeitraum – und traten bei fünf Müttern neu auf. Dies lässt darauf schließen, dass einige Kinder diese Hilfestellungen der Mütter am Ende der Therapie nicht mehr benötigten, während sie bei anderen Kindern zu diesem Zeitpunkt erst sinnvoll wurden. Die Daten auf kindlicher Seite in Bezug auf das selbstständige Essen unterstützen diese Annahme (siehe auch Abschnitt 6.3.5). Das Erteilen von Ratschlägen für einen besseren Umgang mit dem Essen (*Anweisen*) trat im gesamten Zeitraum bei vier Müttern neu auf und verschwand hingegen nur bei einer Mutter (neben Veränderungen bei der Dauer und Auftretenshäufigkeit bei vier weiteren Müttern). Auch hierin spiegelt sich die zunehmende Autonomie der Kinder beim Essen.

Abwartendes Beobachten gehörte neben dem *Anbieten* von Nahrung und dem *Beenden* der Mahlzeit zu den Verhaltensweisen, mit denen die Mütter versuchten, sich stärker von den kindlichen Hunger- bzw. Sättigungssignalen leiten zu lassen und das Kind beim Essen nicht zu bedrängen. Am Ende der Therapie kam *Abwartendes Beobachten* sowohl länger – mit Signifikanz am Anfang der Füttersitzung –, als auch häufiger – mit Signifikanz am Ende der Füttersitzung – vor. Dies könnte dadurch erklärt werden, dass die Mütter das Füttergeschehen am Anfang der Füttersitzung über längere Zeiträume den selbstständig essenden Kindern überließen, während sie sich am Ende der Mahlzeit bei gelegentlich auftretenden Unsicherheiten beim Füttern kürzer, aber dafür öfter in die Beobachterposition begaben. Die Einzelanalyse des gesamten Beobachtungszeitraums ergab unter anderem ein Neuauftreten des abwartenden Verhaltens bei sechs Müttern. Dies könnte ebenfalls durch die zunehmende Autonomie der Kinder beim Essen erklärt werden, aber auch durch die in der Therapie gelungene Sensibilisierung der Mütter für die kindlichen Signale.

Das *Beenden* der Mahlzeit durch direktes Erfragen der kindlichen Bedürfnisse nahm im Therapieverlauf sowohl in der Dauer als auch in der Auftretenshäufigkeit signifikant zu. Der Schwerpunkt der Zunahme als auch des absoluten Vorkommens in der Stichprobe lag hier erwartungsgemäß am Ende der Mahlzeit mit besonderer Ausprägung bei der Dauer des Verhaltens, die sogar auch am Anfang der Mahlzeit

signifikant anstieg. Es scheint demnach in der Therapie gut gelungen zu sein, den Müttern die Notwendigkeit einer klaren, in Absprache mit dem Kind und seinen Bedürfnissen getroffenen Beendigung der Mahlzeit deutlich zu machen.

Auch durch das *Anbieten* von Nahrung zeigten die Mütter, dass sie die Kinder beim Füttern nicht bedrängen wollten und ihren Essensrhythmus respektierten. Es gab jedoch nur eine zunehmende Tendenz der Dauer und Auftretenshäufigkeit des Verhaltens im Therapieverlauf bei einem konstanten beobachteten Vorkommen in der Stichprobe. Vielen Müttern war dieses Verhalten demnach schon geläufig und wurde durch die Therapie nur noch etwas verstärkt.

Anders war dies beim *Ignorieren* des kindlichen Verhaltens. Wie bereits oben erörtert (siehe Abschnitt 6.2.1 und 6.3.1), trat das Verhalten erst am Therapieende auf, da es sich hierbei um eine verhaltenstherapeutische Intervention handelte, die den Müttern in der Therapie nahegelegt wurde, um kindliches, der Nahrungsaufnahme nicht dienliches Essverhalten – insbesondere kindliches Ablenkverhalten – durch Nichtbeachten zu löschen und das Essen wieder in den Mittelpunkt zu stellen (Wolke, 2000b; 2005; von Hofacker, Papoušek & Wurmser, 2004). Drei Mütter wendeten dieses Verhalten im Lauf der letzten Füittersitzung an, wodurch auf entsprechend dysfunktionales kindliches Verhalten geschlossen werden kann, dem die Mütter jedoch adäquat begegnen konnten.

Ebenfalls dem Zweck, die kindlichen nicht essensbezogenen Aktivitäten einzudämmen und einen angemessenen Rahmen für die Mahlzeit zu schaffen, diente das Setzen von Grenzen durch die Mutter (*Grenzen Setzen*). Als einzige funktionale mütterliche Verhaltensklasse nahm dieses Verhalten im Therapieverlauf in seiner Dauer und Auftretenshäufigkeit tendenziell ab. (Dieser Tendenz entspricht auch der Rückgang des beobachteten Vorkommens von *Grenzen Setzen* am Anfang der Füittersitzung.) Dies könnte dadurch erklärt werden, dass die Mutter nur dann gezwungen ist, Grenzen zu setzen, wenn sich das Kind entsprechend dysfunktional verhält – beispielsweise indem es vom Essen ablenkt oder versucht, die Mutter zu provozieren. Eine Abnahme von *Grenzen Setzen* ist demnach ein Ausdruck der zunehmenden Entspannung in der Fütterinteraktion zwischen Mutter und Kind und der Verwandlung der Teufelskreise in der Mutter-Kind-Interaktion in Engelskreise von positiver Gegenseitigkeit (Wollwerth de Chuquisengo & Papoušek, 2004).

Die zuvor erörterten Veränderungen des mütterlichen funktionalen Verhaltens im Therapieverlauf lassen auf stärkere mütterliche Unterstützung der kindlichen

Autonomiewünsche und Essensmotivation, größere Sensibilität für die kindlichen Hunger- und Sättigungssignale und klarere Rahmensetzung in Bezug auf das Essen schließen.

6.3.4 Das dysfunktionale Verhalten der Kinder

Als ein weiteres Ergebnis dieser Arbeit zeigte sich, dass die kindlichen dysfunktionalen Verhaltensklassen, die statistisch getestet werden konnten (*Im Mund Behalten, Vermeiden, Ablenken, Abwehren*), eine abnehmende Tendenz bei der Dauer und Auftretenshäufigkeit aufwiesen – bei zwei Verhaltensklassen mit statistischer Signifikanz. Die selten vorkommenden Verhaltensklassen *Herauslaufen Lassen, Herausstoßen* und *Mund Zukneifen* traten bei Therapieende nicht mehr auf. Das *Ablenken* bzw. *Abgelenkt Sein* der Kinder war eine der beiden Verhaltensklassen, deren Dauer und Auftretenshäufigkeit im Therapieverlauf signifikant abnahmen. Besonders deutlich waren die Veränderungen am Anfang der Füttersitzung. Am Ende der Füttersitzung war nur die Abnahme der Auftretenshäufigkeit signifikant. Dabei war *Ablenken* unter den Kindern der Stichprobe ein zu allen Zeitpunkten sehr weit verbreitetes Verhalten. Dies zeigt, dass es sich um ein sehr gängiges Verhaltensmuster handelt, mit dem die füttergestörten Kinder der Stichprobe ihr mangelndes Interesse am Essen ausdrückten, das jedoch besonders am Anfang der Füttersitzung durch die Therapie auf ein Ausmaß reduziert werden konnte, das einer entspannten, durch kindliche Hungersignale gesteuerten Fütterinteraktion nicht mehr entgegenstand. Auch in Füttersituationen gesunder Mutter-Kind-Paare ist die Aufmerksamkeit der Kinder gelegentlich auf nicht essensbezogene Aktivitäten gerichtet, ohne jedoch den Füttervorgang wesentlich zu beeinträchtigen. Der Vergleich von füttergestörten mit gesunden Mutter-Kind-Paaren ergab bei Bodeewes (2003), dass auch bei über der Hälfte der gesunden Kinder *Ablenken* beobachtete werden konnte.

Neben dem *Ablenken* kam es auch beim *Abwehren* des Essens durch die Kinder zu signifikanten Veränderungen. Sowohl am Anfang als auch am Ende der Füttersitzung wehrten sich die Kinder nach der Therapie kürzer und seltener gegen die Nahrungsaufnahme. Dies bestätigt, dass die Mutter-Kind-Interaktion bei Therapieende weniger durch mütterliche Druck- und Kontrollmechanismen geprägt war (siehe Abschnitt 6.3.2) bzw. die Kinder ihr mangelndes Interesse an der Nahrungsaufnahme nicht auf vehemente Art äußern mussten. Das *Abwehren*

mütterlicher Fütterversuche wurde am Anfang der Füttersitzung sowohl vor als auch nach Therapie von weniger Kindern gezeigt als am Ende der Füttersitzung und ließ sich durch die Therapie insbesondere am Anfang der Füttersitzung auf wenige Kinder reduzieren. Dies entspricht den Erwartungen an eine Zunahme der Spannungen zwischen Mutter und Kind gegen Ende der Mahlzeit (siehe auch Abschnitte 6.2.2 und 6.3.2) und das damit verbundene Zurückgreifen auf gewohnte dysfunktionale Verhaltensmuster.

Bodeewes (2003) vertritt die Meinung, dass *Abwehren* ebenso wie *Vermeiden* und *Mund Zukneifen* am Anfang und während der Fütterung dysfunktional seien und am Ende der Füttersitzung bei befriedigtem Appetit des Kindes durchaus funktionalen Charakter haben könnten. Dies würde sich in Bezug auf das *Abwehren* von Nahrung darin äußern, dass das Kind seine Sättigung gewohnheitsmäßig auf vehemente Art äußert, die Mutter dieses Signale aber richtig versteht und angemessen darauf reagiert. In Anbetracht der Vehemenz von *Abwehren* könnte dies jedoch nach Meinung der Autorin darauf hin deuten, dass der therapeutische Prozess noch nicht vollständig abgeschlossen ist.

Ähnliches gilt für das Zukneifen des Mundes (*Mund Zukneifen*), das durch deutliches Aufeinanderpressen der Lippen bei Annäherung mit dem gefüllten Löffel charakterisiert ist. Die vorliegende Untersuchung unterstützt jedoch eine Einordnung des Verhaltens als dysfunktional, da *Mund Zukneifen* nur bei Beginn der Therapie und ausschließlich am Anfang der Füttersitzung vorkam und am Ende der Therapie nicht mehr in Erscheinung trat.

Die Autorin hält es aber – in Übereinstimmung mit Bodeewes (2003) – durchaus für problematisch, das dezentere *Vermeiden* der Nahrungsaufnahme als dysfunktionale bzw. funktionale Verhaltensweise einzuordnen. Hier kam es nur zu einer tendenziellen Abnahme von Dauer und Auftretenshäufigkeit im Therapieverlauf. Dabei halbierte sich das beobachtete Vorkommen von *Vermeiden* in der Stichprobe am Anfang der Füttersitzung und nahm am Ende der Füttersitzung durch die Therapie immerhin leicht ab. Dies lässt vermuten, dass die Fütterinteraktionen einiger Mutter-Kind-Paare besonders am Anfang der Füttersitzung durch die Therapie entspannter wurden, und sich diese Kinder mehr für das Essen interessierten bzw. deren Mütter sich vermehrt an den Hunger- und Sättigungssignalen ihrer Kinder orientierten. Als ein weiterer Einflussfaktor in diesem Zusammenhang kann die zunehmende Autonomie einiger Kinder beim Essen

vermutet werden, die ja den Füttervorgang durch die Mütter und daher auch das *Vermeiden* der, von der Mutter angebotenen Nahrung überflüssig machte. Wie bereits angedeutet enthält die Verhaltensklasse *Vermeiden* jedoch durchaus auch funktionale Aspekte bzw. Operationalisierungen, wie z.B. das Kopfschütteln oder Neinsagen, wenn das Kind bereits satt ist und von der Mutter nach seinen Bedürfnissen bezüglich des Essens gefragt wird. Gerade am Ende der Füttersitzung können diese Verhaltensweisen – ebenso wie das kurze Abwenden des Kopfes während einer Fütterhandlung – als notwendige bzw. erwünschte Sättigungssignale angesehen werden. Bodeewes (2003) stellte in seiner Arbeit die Frage nach der möglichen Berücksichtigung von Hunger- und Sättigungssignalen im Beschreibungssystem, um so situationsgerecht besser zwischen dysfunktionalen und funktionalen Bedeutungen von Verhaltensklassen unterscheiden zu können. Die gegenwärtigen Operationalisierungen der Verhaltensklasse *Vermeiden* werden, auch nach Meinung der Autorin, der Komplexität dieses Verhaltens nicht gerecht.

Durch die Differenzierung verschiedener kindlicher, oraler Verweigerungsmuster ergaben sich bei einigen Verhaltensklassen keine ausreichend großen Fallzahlen für einen Wilcoxon-Test. Im Folgenden sollen daher einzelne interessante Ergebnisse aus den Einzelanalysen herausgegriffen werden.

Einige dieser seltenen Verhaltensklassen verschwanden durch den Einfluss der Therapie aus der Stichprobe (*Herauslaufen Lassen, Herausstoßen, Mund Zukneifen*). Andere Verhaltensklassen (*Im Mund Behalten, Ausspucken, Husten und Würgen, Provozieren*) verschwanden nur bei einem Teil der Kinder, die das Verhalten zeigten, während sich bei einem anderen Teil der Kinder unterschiedliche Veränderungen bei der Dauer und Auftretenshäufigkeit ergaben. Bei den Verhaltensklassen *Im Mund Behalten, Husten und Würgen* und *Provozieren* kam es zu einem Neuaufreten des Verhaltens bei Kindern der Stichprobe, die das jeweilige Verhalten zuvor noch nicht gezeigt hatten. Hier zeigt sich ein interessanter Aspekt in Bezug auf einige der Verhaltensweisen, die einem aktiven, durch provokative Abwehr getönten Stil der Nahrungsvermeidung zuzuordnen sind: *Husten und Würgen, Ausspucken* und das *Provozieren* der Mutter im eigentlichen Sinn (Papoušek, 2002) (siehe auch 6.2.1). Eine Zunahme bzw. ein Neuaufreten dieser Verhaltensweisen könnte dadurch erklärt werden, dass provozierendes Verhalten des Kindes im Allgemeinen in einem engen Zusammenhang mit der altersentsprechenden Entwicklung auch gesunder Kinder steht, nämlich dem Eintritt

in die Trotzphase, die etwa im 12. Lebensmonat beginnt und den kindlichen Kampf um Autonomie widerspiegelt (Largo, 1999). Dies scheint beispielsweise bei einem Kind der Stichprobe zuzutreffen, dessen provokative Abwehr sich in dieser Altersphase eher verstärkte, so dass es zusätzlich zum Ausspucken, Heraushusten und Herauswürgen von Nahrung auch *Provozieren* im Konflikt mit der Mutter zeigte. Das zweite Kind, bei dem *Provozieren* am Ende der Therapie ebenfalls neu auftrat – und das bei Therapiebeginn keinerlei provozierendes Verhalten gezeigt hatte – war zu diesem Zeitpunkt jedoch bereits knapp zwei Jahre alt. In diesem Fall lässt sich vermuten, dass es im Rahmen der erfolgreichen Auflösung festgefahrener dysfunktionaler Interaktionsmuster im Therapieverlauf zu verspäteten, quasi nachgeholt Äußerungen der kindlichen Autonomiebedürfnisse kam, von denen die Füttersituation als Ganzes jedoch nicht beeinträchtigt wurde (siehe auch Abschnitt 6.3.1.2). Diese Ergebnisse sollten nach Meinung der Autorin dennoch zurückhaltend bewertet werden, da es sich um Einzeldaten handelt. Weitere Untersuchungen anhand einer größeren heterogenen Stichprobe könnten zu einer Klärung der Zusammenhänge beitragen. Außerdem muss hier angemerkt werden, dass das Beschreibungssystem im Speziellen nicht zwischen willkürlichen und reflexbedingtem *Husten und Würgen* unterscheidet, da eine Differenzierung bei der Analyse der Videos aus aufnahmetechnischen Gründen nicht zweifelsfrei möglich ist. Es könnte sich hierbei also auch um zufällig aufgetretenes reflexbedingtes Verhalten handeln.

Die vorangegangenen Ausführungen zu den Veränderungen des kindlichen dysfunktionalen Fütterverhaltens durch die Therapie zeigen, dass sich der Erfolg der Füttertherapie besonders deutlich an der Abnahme der weitverbreiteten Verhaltensmuster ablesen lässt, mit denen die Kinder durch Unterhaltung und Spiel vom Essen ablenken oder die mütterlichen Fütterversuche vehement abwehren.

6.3.5 Das funktionale Verhalten der Kinder

In dieser Arbeit konnte gezeigt werden, dass das funktionale Verhalten der Kinder – *Bereitschaft Signalisieren, Explorieren des Selbständigen Essens, Selbständiges Essen, Antizipatorisches Mundöffnen und Nahrungsaufnahme* – im Verlauf der Therapie tendenziell in seiner Dauer und Auftretenshäufigkeit zunahm, wobei es nur bei der Dauer von *Bereitschaft Signalisieren* zu einer statistischen Signifikanz kam.

An der Ausprägung dieser Verhaltensklassen ließ sich der Appetit der Kinder und ihr Interesse am Essen erkennen. Dabei erfasste die Klasse *Bereitschaft Signalisieren* motorische, visuelle und akustische Signale des Kindes, aus denen die Mutter schließen konnte, dass das Kind zur Nahrungsaufnahme bereit war bzw. Freude am Essen hatte. Auch in den Checklisten von Ramsay, Gisel & Boutry (1993) und Sanders et al. (1993) werden Verhaltensweisen wie beispielsweise das Verlangen nach Essen, das Greifen nach Flasche, Löffel und Essen so wie generell zugewandtes Verhalten als funktionales Fütterverhalten beschrieben. Am Ende der Therapie gaben nicht nur mehr Kinder diese Signale von sich, sondern das Verhalten war insgesamt – besonders jedoch am Anfang der Füttersitzung – durch eine längere Dauer gekennzeichnet. Das bedeutet, dass bei Therapieende erwartungsgemäß besonders der Anfang der Füttersitzung verstärkt durch den Appetit der Kinder und ihre Freude am Essen bestimmt wurde. Dies entspricht einem Ziel der Therapie, nämlich der zunehmenden aktiven Selbststeuerung des Kindes, indem es der Mutter seinen Hunger und sein Interesse am Essen signalisiert und so die Menge seiner Nahrungsaufnahme autonom reguliert (von Hofacker, Papoušek & Wurmser, 2004). (Siehe auch Abschnitt 2.7.3).

Noch deutlicher wird der Einfluss der Therapie auf die kindliche Essensmotivation, wenn man das frühzeitige Mundöffnen des Kindes beim Gefüttertwerden (*Antizipatorisches Mundöffnen*) betrachtet. Dieses starke Hungersignal trat nach der Therapie unter anderem bei drei Kindern neu auf und dabei erstmalig bei fünf Kindern am Ende der Mahlzeit. Letzteres erscheint besonders interessant, da man bei den Kindern zu diesem Zeitpunkt der Mahlzeit eher einen geringeren Appetit vermuten würde, passt aber zum Rückgang von kindlichem Ablenk-, Abwehr- und Vermeidungsverhalten im Therapieverlauf – wie im vorigen Abschnitt 6.3.4 besprochen – und bestätigt ebenfalls den Erfolg der Therapie nach dem *Münchner Modell*.

In der Einzelanalyse der Verhaltensweisen, mit denen die Kinder ihre Essfertigkeiten erprobten (*Explorieren des selbständigen Essens*) bzw. bereits selbständig aßen (*Selbständiges Essen*), dominierten das Neuauftreten der Verhaltensklassen und die Zunahme von deren Dauer und Auftretenshäufigkeit. Allein bei sechs Kindern trat das Explorieren der Nahrung am Ende der Therapie neu auf, fünf Kinder lernten im Therapieverlauf selbständig zu essen, bei insgesamt drei Kindern kam das selbständige Essen am Ende der Therapie öfter vor. Dies zeigt – wie bereits in

Abschnitt 6.3.1.2 erwähnt – dass sich bei den Kindern im Verlauf der Therapie sowohl Autonomie als auch Motivation im Umgang mit dem Essen positiv entwickelt haben. Der altersgemäß anstehende Entwicklungsschritt zum selbständigen Essen mit dem Löffel (Largo, 1999) wurde durch die Therapie erfolgreich unterstützt, wie beispielsweise bei drei Kindern im Alter zwischen 16 und 18 Monaten, die am Ende der Therapie neu gelernt hatten, das Essen zu explorieren und selbständig zu essen. Um eine Art „nachgeholter Autonomieentwicklung“ handelt es sich möglicherweise bei einem knapp zweijährigen Kind der Stichprobe, das im Rahmen eines stationären Aufenthalts von 16 Tagen das selbständige Essen erlernte.

Die kindliche *Nahrungsaufnahme* entwickelte sich tendenziell günstig im Verlauf der Therapie und war am Anfang der Füttersitzung immer bei allen Kinder zu beobachten. Eine weitere Differenzierung, ob sich das Kind dabei selbst fütterte oder die Nahrung von der Mutter erhielt, konnte mit dem vorliegenden Beschreibungssystem nicht getroffen werden. Die Einführung einer zusätzlichen Verhaltensklasse (*Füttern*) für eine entsprechende Verfeinerung der Methodik könnte weitere Interpretationsmöglichkeiten eröffnen.

Den vorangegangenen Ausführungen zum funktionalen Verhalten der Kinder lässt sich entnehmen, dass sich die Wirkung der Therapie besonders durch deutlichere kindliche Signale von Hunger, Interesse und Freude am Essen ausdrückte, aber auch in einer größeren Selbständigkeit bei der Nahrungsaufnahme.

Als Fazit aus der Diskussion der verhaltensmikroanalytisch erhobenen Daten kann festgestellt werden, dass bereits diese Pilotstudie mit zunächst 15 Mutter-Kind-Paaren und einem nonparametrischen Testverfahren (Wilcoxon-Test) zu signifikanten Ergebnissen führte, welche den Erfolg der Eltern-Säuglings-Therapie nach dem *Münchener Modell* bestätigen. Es zeigte sich unter anderem eine deutliche Abnahme von mütterlichen Druck- und Kontrollmechanismen (*Füttern mit Druck, Auffordern, Festhalten*) und mütterlichem Ablenkverhalten besonders am Anfang der Mahlzeit. Auffällig war einerseits auch eine signifikant größere Sensibilität der Mütter für die kindlichen Hunger- und Sättigungssignale (*Abwartendes Beobachten, Beenden*), sowie andererseits am Anfang der Mahlzeit eine längere Dauer von Verhaltensweisen, mit denen die Kinder Appetit und Freude am Essen zum Aufdruck brachten (*Bereitschaft Signalisieren*). Besonders hervorzuheben ist außerdem der

deutliche Rückgang des kindlichen Ablenk- und Abwehrverhaltens (*Ablenken, Abwehren*).

Zusätzlich zur Diskussion der Daten aus der Verhaltensmikroanalyse ergab die Betrachtung der Dauer der untersuchten Mahlzeiten ein weiteres aufschlussreiches Ergebnis: als eine Auswirkung der Therapie konnte eine Verkürzung der Dauer der Mahlzeit festgestellt werden.

Um die Auswirkungen der Therapie auf die Dauer der Mahlzeit zu untersuchen, wurde zusätzlich zur computergestützten Verhaltensanalyse der Mutter-Kind-Interaktion beim Füttern die Dauer der Mahlzeit bei Therapiebeginn mit der Dauer der Mahlzeit bei Therapieende verglichen. Bei den Angaben zur Dauer der Mahlzeit (in Minuten) handelt es sich im strengen Sinn um Angaben, die sich auf die Länge der Videoaufzeichnungen von den einzelnen Mahlzeiten beziehen. Im Rahmen dieser Untersuchung kann jedoch von der Übereinstimmung der jeweiligen Zeitangaben ausgegangen werden. Der zu diesem Zweck durchgeführte Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben (einseitige Testung) ergab eine signifikante Verringerung der Dauer der Mahlzeit im Verlauf der Therapie mit einer medianen Differenz von $Q_2 = 6,50$ (Quartile: $Q_1 = 4,00$ bis $Q_3 = 13,00$, $n^* = 14$, $p = \leq 0,01$). Bei der deskriptiven Analyse der Daten zeigte sich, dass sich die Dauer der Mahlzeit bei 13 Kindern (86,7%) verringerte, bei einem Kind (6,7%) unverändert blieb und nur bei einem Kind (6,7%) am Ende der Therapie erhöht war. Auch im Hinblick auf dieses Kriterium zeigte die Füttertherapie nach dem *Münchner Modell* eine positive Wirkung.

7 Zusammenfassung

Bei der Entstehung, Erforschung und Therapie von Fütterstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter spielt die Eltern-Kind-Kommunikation bzw. –Interaktion eine bedeutende Rolle. Für eine Feinanalyse des komplexen mütterlichen und kindlichen Fütterverhaltens sind geeignete Instrumente wichtig.

Die vorliegenden Arbeit führte ein Pilotprojekt für die Entwicklung und Erprobung eines Beschreibungssystems zur computergestützten Verhaltensmikroanalyse von Fütterinteraktionen zwischen Müttern und Kindern im Säuglings- und Kleinkindalter durch. Untersucht wurde im Speziellen, welche Veränderungen im funktionalen und dysfunktionalen Fütterverhalten von Müttern und Kindern durch die Anwendung der kommunikationsorientierten Eltern-Säuglings-Therapie nach dem *Münchner Modell* zu beobachten waren. Dazu wurden Ausschnitte von auf Video aufgezeichneten Mahlzeiten einer klinischen Stichprobe von 15 füttergestörten Kindern und ihren Müttern am Beginn und Ende der Füttertherapie miteinander verglichen. Zum Zeitpunkt der ersten Videoaufnahme waren die Kinder zwischen 7,7 und 23,5 Monate alt. Das für die computergestützte Verhaltensmikroanalyse entwickelte Beschreibungssystem besteht aus insgesamt 38 Verhaltensklassen, die zu je drei Kategorien bezüglich Mutter und Kind zusammengefasst sind, und ermöglicht die Erfassung von komplexem funktionalem, dysfunktionalem und neutralem Fütterverhalten als Ereignis.

Als Ergebnis des methodischen Vorgehens zeigte sich, dass eine Länge von fünf Minuten bestehend aus zwei Takes (Anfang und Ende der Mahlzeit) bei den zu analysierenden Videoausschnitten die Fütterdynamik angemessen repräsentiert. Des Weiteren zeigte sich die Notwendigkeit, die einzelnen Verhaltensklassen des Beschreibungssystems präzise zu definieren bzw. darzustellen und Kategorien zu zuordnen, innerhalb derer sie sich gegenseitig ausschließen. Durch die Ergebnisse aus der Verhaltensmikroanalyse der Daten konnte gezeigt werden, dass sich mit dem Beschreibungssystem sowohl die Fütterproblematik in der Stichprobe als auch der positive Einfluss der Therapie abbilden lässt. Im Therapieverlauf kam es beim mütterlichen dysfunktionalen Verhalten zu einer signifikanten ($p \leq 0,05$ oder besser) Abnahme von mütterlichen Druck- und Kontrollmechanismen (*Füttern mit Druck, Auffordern, Festhalten*), mütterlichem Ablenkverhalten und mütterlichem

Missverstehen der kindlichen Signale (*Unangemessene Zuwendung*). Hinsichtlich des mütterlichen funktionalen Verhaltens konnte gezeigt werden, dass die Mütter die kindliche Essensmotivation am Ende der Therapie stärker unterstützten, indem sie ihre Kinder (besonders am Ende der Füttersitzung) länger lobten und häufiger zum Essen anregten. Die Mütter waren am Ende der Therapie außerdem signifikant sensibler für die kindlichen Hunger- und Sättigungssignale und eher in der Lage, einen angemessenen Rahmen für das Essen vorzugeben (*Abwartendes Beobachten, Beenden*). In Bezug auf das kindliche dysfunktionale Verhalten ließ sich der Therapieerfolg besonders deutlich an der signifikanten Abnahme des kindlichen Ablenk- und Abwehrverhaltens ablesen (*Ablenken, Abwehren*). Beim kindlichen funktionalen Verhalten zeigte sich die Wirkung der Therapie vor allem am Anfang der Füttersitzung in einer signifikant längeren Dauer von Verhaltensweisen, mit denen die Kinder Appetit und Freude am Essen zum Ausdruck brachten (*Bereitschaft Signalisieren*). Die Ergebnisse der Einzelanalysen spiegelten unter anderem die größere Selbständigkeit der Kinder bei der Nahrungsaufnahme und die stärkere mütterliche Unterstützung der kindlichen Autonomiewünsche am Ende der Therapie wider (*Selbständiges Essen, Explorieren des selbständigen Essens, Fördern des selbständigen Essens, Anweisen*).

In der vorliegenden Arbeit konnte also mit Hilfe des verwendeten Beschreibungssystems relevantes funktionales und dysfunktionales Fütterverhalten von Mutter und Kind mikroanalytisch erfasst und so der signifikante und günstige Einfluss der Eltern-Säuglings-Therapie nach dem *Münchner Modell* auf die Mutter-Kind-Interaktion bei Fütterstörungen dargestellt werden.

8 Ausblick

Die vorliegende Pilotstudie hatte das Ziel ein Beschreibungssystem zur computergestützten Verhaltensmikroanalyse von Fütterinteraktionen im Säuglings- und Kleinkindalter zu entwickeln und an einer Stichprobe von füttergestörten Kindern und ihren Müttern zu erproben. Bereits der Vergleich von Dauer und Auftretenshäufigkeit der funktionalen und dysfunktionalen mütterlichen und kindlichen Verhaltensklassen am Beginn und am Ende der Eltern-Säuglings-Therapie nach dem *Münchner Modell* erbrachte interessante Ergebnisse. Dies ermutigt zu weiteren Forschungsarbeiten auf der Basis einer größeren Stichprobe. Besonders vielversprechend wäre dabei die Analyse der Verhaltenskontingenzen, d.h. des zeitlichen Ineinandergreifens von mütterlichem und kindlichem Fütterverhalten. Entsprechend der Fragestellung könnte die Zusammensetzung der jeweiligen Stichprobe bezogen auf das Alter oder die spezielle Fütterproblematik der Kinder homogen gestaltet werden. Für eine weitere Bewertung des im *Münchner Modell* verwendeten Therapiekonzepts sollte in zukünftigen Studien ein Kontrollgruppen-Design einer Gruppengröße $n > 20$ angestrebt werden, bei dem die Vergleichsgruppe beispielsweise aus unauffälligen oder füttergestörten, auf einen Therapieplatz wartenden Kindern bestehen könnte. Bei einer noch größeren Stichprobe gäbe es außerdem die Möglichkeit, Untergruppen von speziellen Fütterdynamiken bzw. Fütterproblemen (Chatoor et al., 1984; 1997; Papoušek, 2002) zu bilden, um Unterschiede in der Therapiewirksamkeit in Bezug auf unterschiedliche dysfunktionale Interaktionsmuster zu überprüfen.

Die hier angewandte Methode der computergestützte Verhaltensmikroanalyse erscheint in Anbetracht des großen zeitlichen Aufwands als wenig praktikabel für die diagnostische und routinemäßige Anwendung im klinischen Alltag. Eine Erweiterung des Beschreibungssystems für eine vertiefende Erforschung von Fütterinteraktionen im oben erwähnten Sinn wird von der Autorin jedoch durchaus als sinnvoll erachtet.

Dank

Ich danke Frau Prof. Dr. Mechthild Papoušek für das Thema dieser Arbeit und die Bereitstellung der Archivaufnahmen und der technischen Ausstattung für die Durchführung dieser Arbeit. Die Beschäftigung mit den Videoaufnahmen verschaffte mir faszinierende Einblicke in das Verhalten von Müttern und Kindern.

Mein Dank gilt auch Herrn Dr. Harald Wurmser, der mich bei der Strukturierung der Arbeit und der Aufbereitung der Daten unterstützt hat und mir insbesondere bei der Bewältigung computertechnischer Probleme hilfreich zur Seite stand.

Ebenfalls danke ich den Mitarbeitern der *Ambulanz für Schreibabys* in München – allen voran Frau Beatrice Cosmovici – die gerne auf meine Fragen eingingen.

Außerdem gilt mein Dank Herrn Dirschedl vom *Institut für Medizinische Informationsbearbeitung, Biometrie und Epidemiologie (LMU München)* für die statistische Beratung.

Weiterhin danke ich Herrn Oliver Strasser für die kollegiale und faire Zusammenarbeit.

Mein besonderer und freundschaftlicher Dank gilt Frau Dr. Karen Seyffart und Herrn Prof. Dr. Thomas Dandekar, die mir durch ihr Feedback und ihre Korrekturen eine große Unterstützung waren.

Zu guter Letzt möchte ich herzlich meiner Familie und meinen Freunden danken. Von ihnen habe ich Verständnis und Ermutigung erfahren. Und so mancher „gute Geist“ half mir mit wertvollen Ratschlägen, schwierige Phasen zu überwinden und das große Ganze nicht aus den Augen zu verlieren.

Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV)*, Übersetzt nach der 4. Aufl. des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* der American Psychiatric Association (1994); dt. Bearbeitung und Einführung H. Sass, H.-U. Wittchen, M. Zaudig. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, Verlag für Psychologie.

Babbitt RL, Hoch TA & Coe DA. (1994). Behavioral feeding disorders. In D Tuchmann & R Walters (Eds.), *Disorders of Feeding and Swallowing in Infants and Children* (pp. 77-95). San Diego: Singular Publishing.

Benoit D. (1993). Failure to thrive and feeding disorders. In CH Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 317-331). New York: The Guilford Press.

Benoit D. (2000). Feeding disorders, failure to thrive, and obesity. In CH Zeanah Jr. (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health (2nd ed)* (pp. 339-352). New York: Guilford Press.

Benoit D & Coolbear J. (1998). Post-traumatic feeding disorders in infancy: Behaviors predicting treatment outcome. *Infant Mental Health Journal*, 19, 409-421.

Benoit D & Green D. (1995). *The infant feeding behaviors-rater checklist: Preliminary data*. Paper presented at the the 42nd Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, New Orleans, La.

Benoit D, Green D & Arts-Rodas D. (1997). Posttraumatic feeding disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(5), 577-578.

Benoit D, Zeanah CH & Barton ML. (1989). Maternal attachment disturbances in failure to thrive. *Infant Mental Health Journal*, 10(3), 185-202.

Birch LL. (1980). Effects of peer models' food choices and eating behaviors on preschoolers food preferences. *Child Development*, 51, 489-496.

Birch LL, Johnson SL, Andresen G, Peters JC & Schulte MC. (1991). The variability of young children's energy intake. *New England Journal of Medicine*, 324(4), 232-235.

Birch LL & Marlin DW. (1982). Eating as a "means" activity in a contingency: effects on young children's food preference. *Child Development*, 55, 431-439.

Birch M. (1999). Psychological issues and infant-parent psychotherapy. In DB Kessler & P Dawson (Eds.), *Failure to Thrive and Pediatric Undernutrition* (pp. 395-410). Baltimore: Brookes.

Black MM, Dubowitz H, Hutcheson J, Berenson-Howard J & Starr RH. (1995). A randomized clinical trial of home intervention for children with failure to thrive. *Pediatrics*, 95, 807-814.

Bodeewes T. (2003). *Fütterinteraktion zwischen Mutter und Kind bei füttergestörten und nicht-füttergestörten Kindern*. Dissertation, Medizinische Fakultät, Ludwig-Maximilians-Universität München.

Brown JV & Bakeman R. (1975). *Technical Report 3: Mother-infant behavior codes, Birth through three months*. Unpublished manuscript, Georgia State University, Atlanta, Ga.

Casey PH, Kellerher KJ, Bradley RH, Kellogg KW, Kirby RS & Whiteside L. (1994). A multifaceted intervention for infants with failure to thrive - A prospective study. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 148, 1071-1077.

Chatoor I. (1997). Feeding and other disorders of infancy or early childhood. In A Tasman & J Kay & JA Liebermann (Eds.), *Psychiatry* (Vol. 1, pp. 683-701). Philadelphia: W. B. Saunders Company.

Chatoor I, Dickson L, Schaefer S & Egan J. (1985). A developmental classification of feeding disorders associated with failure-to-thrive: Diagnosis and treatment. In D Drotar (Ed.), *New Directions in Failure-to-thrive: Research and Clinical Practice* (pp. 235-258). New York: Plenum.

Chatoor I, Ganiban J, Colin V, Plummer N & Harmon RJ. (1998b). Attachment and feeding problems: A reexamination of nonorganic failure to thrive and attachment insecurity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1217-1224.

Chatoor I, Getson P, Menvielle E, Brasseaux C, O'Donnell R, Rivera Y & Mrazek DA. (1997). A feeding scale for research and clinical practice to assess mother-infant interactions in the first three years of life. *Infant Mental Health Journal*, 18(1), 76-91.

Chatoor I, Hirsch R, Ganiban J, Persinger M & Hamburger E. (1998a). Diagnosing infantile anorexia: The observation of mother-infant interactions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(9), 959-967.

Chatoor I, Menvielle E, Getson P & O'Donnell R. (1989). *Observational scale for mother-infant interaction during feeding*. Washington, DC: Children's Medical Center.

Chatoor I, Schaefer S, Dickson L & Egan J. (1984). Non-organic failure to thrive: A developmental perspective. *Pediatric Annals*, 13, 829-843.

Coe DA, Babbitt RL, Williams KE, Hajimihalis C, Snyder AM, Ballard C & Efron LA. (1997). Use of extinction and reinforcement to increase food consumption and reduce expulsion. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 30(3), 581-583.

Cooper LJ, Wacker DP, McComas J, Brown K, Peck SM, Richman D, Drew J, Frischmeyer P & Millard T. (1995). Use of component analysis to identify active variables in treatment packages for children with feeding disorders. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 28, 139-153.

Dahl M & Kristiansson B. (1987). Early feeding problems in an affluent society. IV. Impact on growth up to two years of age. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 76, 881-888.

Dahl M, Rydell A-M & Sundelin C. (1994). Children with early refusal to eat: follow-up during primary school. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 83(1), 54-58.

Dahl M & Sundelin C. (1992). Feeding problems in an affluent society. Follow-up at four years of age in children with early refusal to eat. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 81(8), 575-579.

Dowdney L, Skuse D, Heptinstall E, Puckering C & Zur-Szpiro S. (1987). Growth retardation and developmental delay amongst inner-city children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28(4), 529-541.

Dowdney L, Skuse D, Morris K & Pickles A. (1998). Short normal children and environmental disadvantage: A longitudinal study of growth and cognitive development from 4 to 11 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(7), 1017-1030.

Drotar D, Eckerle D, Satola J, Pallotta J & Wyatt B. (1990). Maternal interactional behavior with nonorganic failure-to-thrive infants: A case comparison study. *Child Abuse & Neglect*, 14, 41-51.

Drotar D & Sturm L. (1988). Prediction of intellectual development in young children with early histories of nonorganic failure to thrive. *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 281-296.

Dunitz-Scheer M, Hauer A, Wilken M, Krasnovsky A, Lassnig A, Pöcherstorfer H, Keren M & Scheer P. (2004). "Essen oder nicht Essen, das ist hier die Frage". Sondenentwöhnung in der frühen Kindheit: das "Grazer Modell", Univ. Kinderzentrum Graz. *Pädiatrie & Pädologie*, 6, 18-32.

Dunitz-Scheer M, Wilken M, Lamm B & Scheitenberger S. (2001). Sondenentwöhnung in der frühen Kindheit. *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 149, 1348-1359.

Dunitz-Scheer M, Wilken M, Walch G & Schein A. (2000). Wie kommen wir von der Sonde los?! Diagnostische Überlegungen und therapeutische Ansätze zur interdisziplinären Sondenentwöhnung im Säuglings- und Kleinkindalter. *Kinderkrankenschwester*, 19, 448-456.

Emde RN, Bingham RD & Harmon RJ. (1993). Classification and the diagnostic process in infancy. In CH Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health*. New York: The Guilford Press.

Esser G, Laucht M, Schmidt M, Löffler W, Reiser A, Stöhr R-M, Weindrich D & Weinel H. (1990). Behaviour problems and developmental status of 3-month-old infants in relation to organic and psychosocial risks. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 239, 384-390.

Finney JW. (1986). Preventing common feeding problems in infants and young children. *Pediatric Clinics of North America*, 33(4), 775-788.

Fraiberg S, Adelson E & Shapiro V. (1980). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. In S Fraiberg (Ed.), *Clinical Studies in Infant Mental Health. The First Year of Life* (pp. 164-196). New York: Basic Books, Inc., Publishers.

Frodi A. (1985). When empathy fails: Aversive infant crying and child abuse. In BM Lester & CFZ Bourkydis (Eds.), *Infant Crying*. New York: Plenum Press.

Geertsma MA, Hyams JS, Pelletier JM & Reiter S. (1985). Feeding resistance after parenteral hyperalimentation. *American Journal of Disease in Childhood*, 139(3), 255-256.

Harper L & Sanders K. (1975). The effect of adult's eating on young children's acceptance of unfamiliar foods. *Journal of Experimental Child Psychology*, 20, 206-214.

Harris G. (1993). Feeding problems and their treatment. In I St. James-Roberts & G Harris & D Messer (Eds.), *Infant Crying, Feeding and Sleeping. Development, Problems and Treatments* (pp. 118-132). New York: Harvester Wheatsheaf.

Harris G & Booth DA. (1987). Infant's preference for salt in food: its dependence upon recent dietary experience. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 5, 97-104.

Harris G & Booth IW. (1992). The nature and management of eating problems in pre-school children. In P Cooper & A Stein (Eds.), *Monographs in Clinical Pediatrics, Vol. 5, Feeding problems and eating disorders in children and adolescents*. Chur: Harwood.

Harris G, Thomas AM & Booth DA. (1990). Development of salt taste in infancy. *Developmental Psychology*, 268, 535-538.

Illingworth RS & Lister J. (1964). The critical or sensitive period, with special reference to certain feeding problems in infants and children. *The Journal of Pediatrics*, 65, 839-848.

Jakubeit T. (2004). "Gespenster" am Esstisch. Psychodynamische Aspekte in der Behandlung von Fütterstörungen. In M Papoušek & M Schieche & H Wurmser (Eds.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit* (pp. 263-280). Bern: Verlag Hans Huber.

Jörg M, Dinter R, Rose F, Villalba-Yantorno P, Esser G, Schmidt M & Laucht M. (1994). Kategoriensystem zur Mikroanalyse der frühen Mutter-Kind-Interaktion. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 22, 97-106.

Kedesdy JH & Budd KS. (1998). *Childhood Feeding Disorders*. Baltimore: Brookes.

Kerwin MLE. (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology: Severe feeding problems. *Journal of Pediatric Psychology*, 24(3), 193-214.

Largo RH. (1999). *Babyjahre. Die frühkindliche Entwicklung aus biologischer Sicht. Das andere Erziehungsbuch*. München: Piper.

Lienert GA. (1978). *Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik, Bd. 2*. Meisenheim: Hain.

Lindberg L. (1994). Early feeding problems. A developmental perspective., *Acta Universitatis Upsaliensis. Comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the Faculty of Social Sciences*. Uppsala.

Lindberg L, Bohlin G & Hagekull B. (1991). Early feeding problems in a normal population. *International Journal of Eating Disorders*, 10(4), 395-405.

Lindberg L, Bohlin G, Hagekull B & Palmerus K. (1996). Interactions between mothers and infants showing food refusal. *Infant Mental Health Journal*, 17(4), 334-347.

Lindberg L, Bohlin G, Hagekull B & Thunström M. (1994). Early food refusal: Infant and family characteristics. *Infant Mental Health Journal*, 15(3), 262-277.

Linscheid TR & Rasnake LK. (1985). Behavioral approaches to the treatment of failure to thrive. In D Drotar (Ed.), *New Directions in Failure to Thrive: Implications for Research* (pp. 279-294). New York: Plenum.

MacPhee M & Schneider J. (1996). A clinical tool for nonorganic failure-to-thrive feeding interactions. *Journal of Pediatric Nursing*, 11, 29-39.

Marchi M & Cohen P. (1990). Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(1), 112-117.

Mathisen B, Skuse D, Wolke D & Reilly S. (1989). Oral motor dysfunction and failure to thrive among inner-city infants. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 31(3), 293-302.

Moustakas CE, Sigal IE & Schalock HD. (1956). An objective method for the measurement and analysis of child-adult interaction. *Child Development*, 27, 109-134.

Papoušek H & Papoušek M. (1979). Lernen im ersten Lebensjahr. In L Montada (Ed.), *Brennpunkte der Entwicklungspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.

Papoušek H & Papoušek M. (1987). Intuitive parenting: A dialectic counterpart to the infant's integrative competence. In JD Osofsky (Ed.), *Handbook of Infant Development*, 2. Aufl. (pp. 669-720). New York: Wiley.

Papoušek M. (1994). *Vom ersten Schrei zum ersten Wort: Anfänge der Sprachentwicklung in der vorsprachlichen Kommunikation*. Bern: Huber.

Papoušek M. (1996a). Kommunikations- und Beziehungsdiagnostik im Säuglingsalter - Einführung in den Themenschwerpunkt. *Kindheit und Entwicklung*, 5, 136-139.

Papoušek M. (1996b). Die intuitive elterliche Kompetenz in der vorsprachlichen Kommunikation als Ansatz zur Diagnostik von präverbalen Kommunikations- und Beziehungsstörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 5, 140-146.

Papoušek M. (1997). Entwicklungs dynamik und Prävention früher Störungen der Eltern-Kind-Beziehungen. *Analytische Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie*, 93, 5-30.

Papoušek M. (1998). Das Münchner Modell einer interaktionszentrierten Säuglings-Eltern-Beratung und -Psychotherapie. In K von Klitzing (Ed.), *Psychotherapie in der frühen Kindheit* (pp. 88-118). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Papoušek M. (1999). Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Entstehungsbedingungen im Kontext der Eltern-Kind-Beziehungen. In R Oerter & C von Hagen & G Röper & G Noam (Eds.), *Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch* (pp. 148-169). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Papoušek M. (2000). Einsatz von Video in der Eltern-Säuglings-Beratung und -Psychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 49, 611-627.

Papoušek M. (2002). Störungen des Säuglingsalters. In G Esser (Ed.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (pp. 80-101). Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.

Papoušek M. (2004). Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept. In M Papoušek & M Schieche & H Wurmser (Eds.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit* (pp. 77-110). Bern: Verlag Hans Huber.

Papoušek M & Papoušek H. (1990). Excessiv crying and intuitive parental care: Buffering support and its failures in parent-infant interaction. *Early Child Development and Care*, 65, 117-126.

Papoušek M & von Hofacker N. (1995). Persistent crying and parenting: Search for a butterfly in a dynamic system. *Early Development and Parenting*, 4, 209-224.

Pollitt E, Gilmore M & Valcarcel M. (1978). Early mother-infant interaction and somatic growth. *Early Human Development*, 1(4), 325-336.

Ramsay M. (1995). Feeding disorder and failure to thrive. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4(3), 605-616.

Ramsay M, Gisel EG & Boutry M. (1993). Non-organic failure to thrive: growth failure secondary to feeding-skills disorder. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 35(4), 285-297.

Ramsay M & Zelazo P. (1988). Food refusal in failure-to-thrive infants: nasogastric feeding combined with interactive-behavioral treatment. *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 329-347.

Raynor P, Rudolf MCJ, Cooper K, Marchant P & Cottrell D. (1999). A randomised controlled trial of specialist health visitor intervention for failure to thrive. *Archives of Disease in Childhood*, 80, 500-506.

Reau NR, Senturia YD, Lebailly SA & Christoffel KK. (1996). Infant and toddler feeding patterns and problems: normative data and a new direction. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 17(3), 149-153.

Reilly S & Skuse D. (1992). Characteristics and management of feeding problems of young children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 34, 379-388.

Reilly S, Skuse D & Poblete X. (1996). Prevalence of feeding problems and oral motor dysfunction in children with cerebral palsy: A community survey. *The Journal of Pediatrics*, 129, 877-882.

Reilly SM, Skuse DH, Wolke D & Stevenson J. (1999). Oral-motor dysfunction in children who fail to thrive: Organic or non-organic? *Developmental Medicine and Child Neurology*, 41(2), 115-122.

Sanders MR & Le Grice B. (1989). *Mealtimes observation schedule: An observers manual*. Unpublished technical manual. Unpublished manuscript, Department of Psychiatry, University of Queensland, Herston, Queensland, Australia.

Sanders MR, Patel RK, Le Grice B & Shepherd RW. (1993). Children with persistent feeding difficulties: An observational analysis of the feeding interactions of problem and non-problem eaters. *Health Psychology*, 12(1), 64-73.

Sarimski K. (2004). Evaluation verhaltenstherapeutischer Interventionen bei Schrei-, Schlaf- und Fütterstörungen. In M Papoušek & M Schieche & H Wurmser (Eds.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit* (1 ed., pp. 233-248). Bern: Verlag Hans Huber.

Skuse D. (1992). The relationship between deprivation, physical growth and the impaired development of language. In P Fletcher (Ed.), *Proceedings of the 2nd International Symposium Specific Speech and Language Disorders in Children*. London: Whurr.

Skuse D. (1993). Epidemiologic and definitional issues in failure to thrive. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2(1), 37-59.

Skuse D, Pickles A, Wolke D & Reilly S. (1994). Postnatal growth and mental development: Evidence for a "sensitive period". *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(3), 521-545.

Skuse D, Reilly S & Wolke D. (1994). Psychosocial adversity and growth during infancy. *European Journal of Clinical Nutrition*, 48(Suppl 1), 113-130.

Skuse D, Wolke D & Reilly S. (1992). Failure to thrive: Clinical and developmental aspects. In H Remschmidt & M Schmidt (Eds.), *Child and Youth Psychiatry: European Perspectives. Vol.II: Developmental Psychopathology* (pp. 46-71). Stuttgart: Hans Huber.

Süss H & Brack UB. (1984). Extreme Nahrungsverweigerung bei Säuglingen, Kleinkindern und retardierten Kindern. *Sonderdruck aus Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik*, 6, 660-664.

Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *Clinical Psychologist*, 48, 3-23.

Thompson RJ & Linscheid TR. (1976). Adult-child interaction analysis: Methodology and case application. *Child Psychiatry and Human Development*, 7, 31-42.

Thompson RJ, Palmer S & Linscheid TR. (1977). Single-subject design and interaction analysis in the behavioral treatment of a child with a feeding problem. *Child Psychiatry and Human Development*, 8(1), 43-53.

Turner KM, Sanders MR & Wall CR. (1994). Behavioural parent training versus dietary education in the treatment of children with persistent feeding difficulties. *Behaviour Change*, 11(4), 242-258.

von Hofacker N, Barth R, Deneke C, Jakubeit T, Papoušek M & Riedesser P. (2003). Regulationsstörungen im Säuglingsalter. In Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie et al. (Ed.), *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter* (2. überarbeitete Aufl.) (pp. 345-360). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

von Hofacker N & Papoušek M. (1998). Disorder of excessiv crying, feeding and sleeping: The Munich Interdisciplinary research and intervention program. *Infant Mental Health Journal*, 19, 180-201.

von Hofacker N, Papoušek M & Wurmser H. (2004). Fütter- und Gedeihstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. In M Papoušek & M Schieche & H Wurmser (Eds.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit* (pp. 171-199). Bern: Verlag Hans Huber.

Weiβ R, Wurmser H & Papoušek M. (2001). Beschreibungssystem zur Mikroanalyse von Fütterinteraktionen (Unveröffentlichtes Manuskript). Forschungs- und Beratungsstelle Frühentwicklung und Kommunikation, Münchener Sprechstunde für Schreibabys, Institut für Soziale Pädiatrie, Universität München.

Werle MA, Murphy TB & Budd KS. (1993). Treating chronic food refusal in young children: Home based parent training. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26, 421-433.

Werle MA, Murphy TB & Budd KS. (1998). Broadening the parameters of investigation in treating young children's chronic food refusal. *Behavior Therapy*, 29(1), 87-105.

WHO. (1994). Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Forschungskriterien. In H Dilling & W Momboer & MH Schmidt & E Schulte-Markwort (Eds.). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

Wilensky DS, Ginsberg G, Altman M, Tulchinsky TH, Ben Yishay F & Auerbach J. (1996). A community based study of failure to thrive in Israel. *Archives of Disease in Childhood*, 75(2), 145-148.

Wittenberg J-VP. (1990). Feeding disorders in infancy: Classification and treatment considerations. *Can J Psychiatry*, 35(6), 529-533.

Wolke D. (1994). Feeding and sleeping across the lifespan. In M Rutter & D Hay (Eds.), *Development through life: A handbook for clinicians* (pp. 517-557). Oxford: Blackwell Scientific Publications.

Wolke D. (1999). Interventionen bei Regulationsstörungen. In R Oerter & C von Hagen & G Röper & G Noam (Eds.), *Klinische Entwicklungspsychologie, Ein Lehrbuch* (pp. 351-380). Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.

Wolke D. (2000a). Probleme bei Neugeborenen und Kleinkindern. In J Margraf (Ed.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Vol. 2: Störungen-Glossar)* (Vol. 2, pp. 463-480). Berlin: Springer.

Wolke D. (2000b). Fütterungsprobleme bei Säuglingen und Kleinkindern. *Verhaltenstherapie*, 10, 76-87.

Wolke D. (2005). Fütter- und Essstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. In PF von Schlottke & RK Silbereisen & S Schneider & GW Lauth (Eds.), *Störungen im Kindes- und Jugendalter - Grundlagen und Störungen im Entwicklungsverlauf, Enzyklopädie der Psychologie, Bd. 5* (Vol. 5, pp. 381-417). Göttingen: Hogrefe.

Wollwerth de Chuquisengo R & Papoušek M. (2004). Das Münchener Konzept einer kommunikationszentrierten Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Beratung und -Psychotherapie. In M Papoušek & M Schieche & H Wurmser (Eds.),

Regulationsstörungen der frühen Kindheit (pp. 281-309). Bern: Verlag Hans Huber.

Wurmser H & Papoušek M. (2004). Zahlen und Fakten zu frühkindlichen Regulationsstörungen: Datenbasis aus der Münchener Spezialambulanz. In M Papoušek & M Schieche & H Wurmser (Eds.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit* (pp. 49-76). Bern: Verlag Hans Huber.

ZERO TO THREE. (1999). Diagnostische Klassifikation: 0-3, Seelische Gesundheit und entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern; Übersetzung M Dunitz-Scheer, P J Scheer., ed. Zero to Three/National Center for Infants, Toddlers, and Families. Wien, New York: Springer-Verlag.

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellen		Seite
Tabelle 2.1	Checklisten für eine systematische Erfassung von Fütterverhalten	35
Tabelle 4.1	Weitere Problembereiche in Verbindung mit der "Fütterstörung"	51
Tabelle 4.2	Verteilung der Gewichtsperzentilen bei Erstvorstellung	52
Tabelle 4.3	Verteilung der Längenperzentilen bei Erstvorstellung	52
Tabelle 4.4	Verteilung der längenbezogenen Gewichtsperzentilen bei Erstvorstellung	52
Tabelle 4.5	Altersverteilung von Mutter und Kind und Verteilung der Primiparität	53
Tabelle 4.6	Übersicht des Beschreibungssystems	58
Tabelle 4.7	Zusammenhang von Verhaltensklassen und therapeutischen Zielen	61
Tabelle 4.8	Beobachterübereinstimmung (Kappa nach Cohen)	62
Tabelle 5.1	Beobachtetes Vorkommen mütterlicher Verhaltensklassen bezogen auf den jeweiligen fünfminütigen Beobachtungszeitraum (Anzahl der M-K-Paare)	70
Tabelle 5.2	Beobachtetes Vorkommen kindlicher Verhaltensklassen bezogen auf den jeweiligen fünfminütigen Beobachtungszeitraum (Anzahl der M-K-Paare)	71
Tabelle 5.3	Beobachtetes Vorkommen mütterlicher Verhaltensklassen getrennt nach Anfang (Take 1) und Ende (Take 2) der Füttersitzung (Anzahl der M-K-Paare)	75
Tabelle 5.4	Beobachtetes Vorkommen kindlicher Verhaltensklassen getrennt nach Anfang (Take 1) und Ende (Take 2) der Füttersitzung (Anzahl der M-K-Paare)	76

Tabelle 5.5	Veränderungen von Auftretenshäufigkeit und Dauer dysfunktionaler mütterlicher Verhaltensklassen im Therapieverlauf bezogen auf den gesamten fünfminütigen Beobachtungsraum	82
Tabelle 5.6	Veränderungen von Auftretenshäufigkeit und Dauer dysfunktionaler mütterlicher Verhaltensklassen im Therapieverlauf getrennt nach Anfang (Take 1) und Ende (Take 2) der Füttersitzung	83
Tabelle 5.7	Veränderungen von Auftretenshäufigkeit und Dauer funktionaler mütterlicher Verhaltensklassen im Therapieverlauf bezogen auf den gesamten fünfminütigen Beobachtungsraum	87
Tabelle 5.8	Veränderungen von Auftretenshäufigkeit und Dauer funktionaler mütterlicher Verhaltensklassen im Therapieverlauf getrennt nach Anfang (Take 1) und Ende (Take 2) der Füttersitzung	88
Tabelle 5.9	Veränderungen von Auftretenshäufigkeit und Dauer dysfunktionaler kindlicher Verhaltensklassen im Therapieverlauf bezogen auf den gesamten fünfminütigen Beobachtungszeitraum	91
Tabelle 5.10	Veränderungen von Auftretenshäufigkeit und Dauer funktionaler und dysfunktionaler kindlicher Verhaltensklassen im Therapieverlauf getrennt nach Anfang (Take 1) und Ende (Take 2) der Füttersitzung	92
Tabelle 5.11	Veränderungen von Auftretenshäufigkeit und Dauer funktionaler kindlicher Verhaltensklassen im Therapieverlauf bezogen auf den gesamten fünfminütigen Beobachtungszeitraum	93

Abbildungen	Seite	
Abbildung 2.1	Entwicklungs-dynamisches, kommunikations-orientiertes Modell zur Genese frühkindlicher Regulations- und Beziehungsstörungen	15
Abbildung 4.1	<i>Labor der Forschungs- und Beratungsstelle für Frühentwicklung und Kommunikation des Instituts für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (Ludwig-Maximilians-Universität München)</i>	56

Anhang

Beschreibungssystem
zur computergestützten Verhaltensmikroanalyse
von Fütterinteraktionen

Die vorliegende Version wurde entwickelt und erprobt von
Beate Schütz und Oliver Strasser
1999
(letzte formale Überarbeitung 2005)

unter Mitarbeit von Inga Adamsone, Eva Natter, Antje Neubert,
Mechthild Papoušek, Nadja Simonova, Robert Weiß
(Namen in alphabetischer Reihenfolge)

Grundlegendes

Dieses *Beschreibungssystem für Fütterstörungen* wurde entwickelt zur mikroanalytischen Erfassung der Mutter-Kind-Interaktion beim Füttern. Berücksichtigt wird der Entwicklungszeitraum von der Fütterung mit dem Löffel durch die Mutter bis zum eigenständigen Essen des Kindes. Definierte Verhaltensklassen werden dabei mittels computergestützter Videoverhaltensanalyse dokumentiert.

Zu diesem Zweck wurden in der Füttersituation beobachtbare ähnliche Verhaltensweisen zu Verhaltensklassen zusammengefasst. So entstanden für das mütterliche Verhalten 20 und für das kindliche Verhalten 18 Klassen, in der Absicht, eine sinnvolle Beschreibung des Verhaltens während des Fütterns bzw. selbständigen Essens des Kindes zu ermöglichen.

Die Verhaltensklassen werden je drei Kategorien bei Mutter und Kind zugeordnet und schließen sich innerhalb der einzelnen Kategorien gegenseitig aus.

Erläuterungen zu Aufbau und Abkürzungen

Name der Verhaltensklasse (*Codierungskürzel/Tastenbelegung*)

Kurze zusammenfassende Beschreibung der zu codierenden Verhaltensklasse.

OP (=Operationalisierung)	Angabe konkreter Verhaltensweisen, die in der zu codierenden Verhaltensklasse zusammengefasst sind. <i>Ergänzt durch Beispiele aus dem Kontext.</i>
CO (=Codierung)	Exakte Definition von Beginn, Ende und eventuellen Besonderheiten der Codierung.
AB (=Abgrenzung)	Abgrenzung zu anderen Verhaltensklassen.

Anmerkung: Der Begriff Nahrung schließt Milch bzw. Getränke auf Milchbasis mit ein. Das Füttergeschehen in Verbindung mit der Verabreichung von Tee oder Wasser wurde hingegen nicht codiert.

Übersicht des Beschreibungssystems

MUTTER		KIND	
Kategorie	Verhaltensklasse	Kategorie	Verhaltensklasse
Mütterliche Löffelführung beim Füttern (MFÜ)	Hinbewegen des Löffels (n)	Kindliches Interesse am Essen (KIE)	Bereitschaft Signalisieren (f)
	Zurückziehen des Löffels (n)		Explorieren d. Selbständigen Essens (f)
	Anbieten von Nahrung (f)		Selbständiges Essen (f)
	Fördern d. Selbständigen Essens (f)	Orale Aktivitäten des Kindes beim Füttern (KOA)	Antizipatorisches Mundöffnen (f)
	Füttern mit Druck (d)		Nahrungsaufnahme (f)
	Nachführen des Löffels (d)		Kauen (n)
Vorwiegend verbale Strategien der Mutter (MST)	Anregen (f)		Im Mund Behalten (d)
	Loben (f)		Herauslaufen Lassen (d)
	Anweisen (f)		Herausstoßen (d)
	Grenzen Setzen (f)		Ausspucken (d)
	Tadeln (d)		Husten und Würgen (d)
	Auffordern (d)		Erbrechen (d)
	Unangemessene Zuwendung (d)		Herausnehmen (d)
	Ablenken (d)		Mund Zukneifen (d)
Besonderes Verhalten der Mutter (MBV)	Säubern (n)	Mangelndes Interesse des Kindes am Essen (KMI)	Ablenken (d)
	Abwartendes Beobachten (f)		Vermeiden (d)
	Ignorieren (f)		Abwehren (d)
	Beenden (f)		Provokieren (d)
	Festhalten (d)		
	Zwang (d)		

Anmerkung: (f) = funktionales Verhalten
 (d) = dysfunktionales Verhalten
 (n) = neutrales Verhalten

MUTTER

Mütterliche Löffelführung beim Füttern (MFÜ)

Hinbewegen des Löffels (m_start/1)

Die Mutter bewegt den gefüllten Löffel auf das Kind zu, um es zu füttern.

OP ▪ Hinbewegen des gefüllten Löffels, bzw. von Nahrung in Richtung auf das Kind.

- *Die Mutter führt den im Gläschen gefüllten Löffel zum Mund des Kindes.*
- *Die Mutter bewegt Nahrung, z.B. ein Stück Wurst auf das Kind zu.*

CO ▪ Beginnt, wenn die Mutter den gefüllten Löffel oder die Nahrung zum Kind hin in Bewegung setzt.

- Beginnt erst nachdem die Mutter vom Löffel probiert oder auf ihn geblasen hat und ihn dann zum Kind führt.
- Beginnt sobald der gefüllte Löffel ins Bild kommt, wenn bei der Aufzeichnung das Gläschen oder der Teller nicht im Bild sichtbar sind.
- Endet unmittelbar – ohne uncodierte Frames dazwischen – mit dem Beginn von *Anbieten von Nahrung, Zurückziehen des Löffels, Füttern mit Druck, Nachführen des Löffels und Nahrungsaufnahme*.
- Jede erneute Hinbewegung mit dem gefüllten Löffel nach einem Innehalten oder einer anders definierten Bewegung wird einzeln codiert.

AB ▪ *Füttern mit Druck:* Die Mutter bedrängt das Kind mit dem gefüllten Löffel, indem sie den Kopfbewegungen des Kindes dicht folgt, das versucht, die Nahrungsaufnahme dadurch zu vermeiden.

- *Nachführen des Löffels:* Die Mutter macht mit dem gefüllten Löffel einen Umweg oder fängt an sich zu verrenken und folgt dem abgelenkten, bzw. abgewandten Kind mit der Nahrung, welches die Nahrung nicht verweigert, sondern bereitwillig und beiläufig aufnimmt.

Zurückziehen des Löffels (m_rück/3)

Die Mutter bewegt den gefüllten Löffel vom Kind weg und unterbricht oder verzögert so die Fütterhandlung.

OP ▪ Zurückziehen des gefüllten Löffels, bzw. der Nahrung vom Kind.

- Es ist keine Nahrungsübergabe erfolgt.

- *Die Mutter hat sich dem Kind mit einem gefüllten Löffel genähert, unterbricht aber die Hinbewegung und zieht ihn zurück.*

CO ▪ Beginnt, wenn die Mutter den gefüllten Löffel vom Kind weg bewegt und schließt direkt – ohne uncodierte Frames dazwischen – an *Hinbewegen des Löffels, Anbieten von Nahrung* oder *Füttern mit Druck* an.

- Endet, wenn die Mutter die Rückbewegung mit dem gefüllten Löffel stoppt, bzw. unmittelbar – ohne uncodierte Frames dazwischen – mit dem Beginn von *Hinbewegen des Löffels, Anbieten von Nahrung* oder *Nachführen des Löffels*.
- Endet, wenn die Mutter den gefüllten Löffel wieder im Gläschen oder Teller ablegt.
- Jede erneute Rückbewegung mit dem gefüllten Löffel nach einem Innehalten oder einer anders definierten Bewegung wird einzeln codiert.

AB ▪ *Füttern mit Druck:* In der Absicht das Kind zu füttern, folgt die Mutter mit dem gefüllten Löffel den Kopfbewegungen des Kindes, das sich dadurch bedrängt fühlt.

- *Nachführen des Löffels:* Die Mutter weicht dem Kind aus, während sie versucht, die Nahrung zum Kind zu bringen, das sich bereitwillig füttern lässt.

Anbieten von Nahrung (m_biet/2)

Die Mutter bietet dem Kind Nahrung an, indem sie diese dem Kind zeigt, ohne es zum Essen zu drängen.

OP

- Warten mit dem gefüllten Löffel oder anderer Nahrung in gewissem Abstand vor dem Mund des Kindes.
- Das Kind fühlt sich nicht bedrängt.
- Die Nahrung wird für das Kind deutlich sichtbar platziert und soll es zum Essen einladen.

▪ Die Mutter holt den gefüllten Löffel aus dem Gläschen und präsentiert ihn dem Kind, während sie auf eine Reaktion des Kindes wartet.

CO

- Beginnt, wenn die Hand mit dem gefüllten Löffel in der Luft verharrt.
- Endet, wenn die Hand mit dem gefüllten Löffel wieder in Bewegung kommt.
- Wird nur codiert, wenn das Verharren mindestens 2 sec. dauert.
- Wird das Verharren in der Luft durch eine deutliche Bewegung der Hand – z.B. vor oder zurück - unterbrochen und danach fortgesetzt, muss neu codiert werden. (2 sec. beachten!)

AB

- *Füttern mit Druck*: Das Kind fühlt sich durch den gefüllten Löffel in der Nähe des Mundes bedrängt.
- *Abwartendes Beobachten*: Die Mutter nimmt sich zurück, ohne Nahrung anzubieten.
- Verharren mit dem Löffel nicht im Zusammenhang mit dem Anbieten von Nahrung, sondern bei anderen Tätigkeiten der Mutter wird nicht als *Anbieten von Nahrung* codiert.

Fördern des selbständigen Essens (m_förd/7)

Die Mutter unterstützt das Kind bei seinen Bemühungen, selbstständig (mit dem Löffel) zu essen, und fördert so seine Eigenständigkeit.

OP

- Mutter gibt dem Kind den gefüllten Löffel, bzw. die Nahrung in die Hand, das Kind füttert sich damit selbst.
- Mutter hilft dem Kind beim Einführen des gefüllten Löffels, bzw. der Nahrung in den Mund.
- Kind ist am Essen interessiert und wird nicht von der Mutter dazu gedrängt oder gezwungen.

▪ Die Mutter füllt den Löffel mit Nahrung vom Teller und gibt ihn dem Kind in die Hand. Das Kind steckt sich den Löffel selbstständig in den Mund.

▪ Als die Mutter bemerkt, dass das Kind beim Manövrieren mit dem gefüllten Löffel Schwierigkeiten hat, umfasst sie seine Hand und führt Hand und Löffel mit dem Kind zusammen in seinen Mund.

▪ Die Mutter gibt dem Kind eine Scheibe Wurst in die Hand, die sich das Kind selbst in den Mund steckt.

CO

- Beginnt mit Beginn des Kontakts zwischen der Hand der Mutter, bzw. des Löffels oder der Nahrung und der Hand des Kindes.
- Endet mit Ende des Kontakts zwischen der Hand der Mutter, bzw. des Löffels oder der Nahrung oder mit der *Nahrungsaufnahme* des Kindes.

AB

- *Ablenken*: Kind spielt mit dem Löffel, den es von der Mutter bekommen hat.
- *Zwang*: Mutter füttert das Kind gegen seinen Willen und zwingt ihm Nahrung in den Mund.
- *Anweisen*: Mutter erteilt dem Kind Ratschläge für einen besseren Umgang mit dem Essen, ohne direkt einzugreifen.

Füttern mit Druck (m_druck/5)

Die Mutter drängt das Kind zum Essen, indem sie mit dem gefüllten Löffel am Mund des Kindes insistiert oder den ausweichenden Kopfbewegungen des Kindes dicht mit dem Löffel folgt.

OP

- Mit dem gefüllten Löffel dicht am Mund des Kindes warten, bis es den Mund öffnet.
- Anstippen des Mundes mit dem gefüllten Löffel, um das Kind zum Mundöffnen zu bewegen.
- Mit dem gefüllten Löffel in dichtem Abstand den Kopfbewegungen des Kindes folgen, das durch Abwenden des Kopfes versucht, die Nahrungsaufnahme zu vermeiden.

- Kind ist zunächst nicht an der Nahrungsaufnahme interessiert und vermeidet sie oder schreit bereits bei deren Anblick.
- *Die Mutter führt den gefüllten Löffel dicht vor den Mund des Kindes und wartet darauf, dass es den Mund öffnet. Das Kind lässt den Mund geschlossen – weil es nicht essen will oder noch mit Kauen beschäftigt ist – oder öffnet ihn erst nach längerem Insistieren der Mutter.*
- *Die Mutter stippt die Lippen des Kindes mehrmals mit dem gefüllten Löffel an, worauf das Kind endlich den Mund etwas öffnet.*
- *Als sich die Mutter mit dem gefüllten Löffel dem kindlichen Mund nähert, dreht das Kind den Kopf weg, um dem Löffel auszuweichen. Die Mutter folgt den Ausweichbewegungen des Kindes dicht nach und versucht, es zum Essen zu bewegen.*
- *Die Mutter bewegt den gefüllten Löffel auf das Kind zu und insistiert an seinem Mund, obwohl das Kind bereits beim Anblick der Nahrung zu quengeln begonnen hat.*

CO

- Beginnt, wenn der gefüllte Löffel dicht vor dem kindlichen Mund wartet und das Kind den Mund geschlossen hält.
- Beginnt, wenn der gefüllte Löffel dem sich abwendenden Kopf des Kindes dicht folgt.
- Beginnt bereits, wenn die Mutter den gefüllten Löffel zum Mund hin bewegt, falls das Kind permanentes Abwehrverhalten (z. B: Schreien) zeigt, und die Mutter im weiteren Verlauf am Mund des Kindes insistiert. In diesem Fall wird kein *Hinbewegen des Löffels* codiert.
- Endet, wenn das Kind die Nahrung aufnimmt, mit *Nahrungsaufnahme*.
- Endet, wenn die Mutter den gefüllten Löffel zurückzieht und aufhört, das Kind zu bedrängen mit *Zurückziehen des Löffels*.
- Wird nur codiert, wenn das Druckverhalten, z.B. Insistieren am Mund, mindestens 1 sec. andauert.
- Pausen von weniger als 2 sec. zwischen einzelnen Druckverhalten werden durchcodiert.

AB

- *Anbieten von Nahrung:* Der Abstand vom kindlichen Mund ist so groß, dass sich das Kind nicht bedrängt fühlt.
- *Hinbewegen des Löffels und Zurückziehen des Löffels:* Die Bewegungen des Löffels folgen nicht den kindlichen Kopfbewegungen und drängen es nicht zum Essen.
- *Nachführen des Löffels:* Die Mutter trägt dem Kind die Nahrung hinterher, während das Kind vom Essen abgelenkt ist, sich aber bereitwillig füttern lässt.

Nachführen des Löffels (m_nach/4)

Die Mutter trägt dem abgelenkten Kind die Nahrung auf servile Art hinterher, wobei das Kind sich bereitwillig füttern lässt. Die Mutter setzt dem Verhalten des Kindes keine Grenzen, sondern ordnet sich ihm zum Zwecke des Fütterns unter.

OP

- Mutter nimmt Unbequemlichkeiten und Verrenkungen in Kauf, um das Kind überhaupt füttern zu können.
- Mutter führt den gefüllten Löffel nicht auf dem kürzesten Weg, sondern über Umwege zum kindlichen Mund, da das Kind sich inzwischen im Spiel weg gedreht hat oder aufgestanden ist.
- Kind ist vom Essen abgelenkt und von der Mutter weg gedreht.
- Kind nimmt die Nahrung beiläufig, aber bereitwillig auf.
- Kein Vermeidungs- oder Abwehrverhalten beim Kind.
- *Die Mutter führt den gefüllten Löffel in einem großen Bogen um das Kind herum in den geöffneten kindlichen Mund, während das Kind sich einem Spielzeug hinter seinem Rücken zugedreht hat.*
- *Die Mutter steht auf, um das Kind mit dem gefüllten Löffel zu erreichen, da es sich gerade in seinem Stühlchen aufgestellt hat.*

CO

- Beginnt anschließend an *Hinbewegen des Löffels*, wenn die Mutter anfängt mit dem gefüllten Löffel einen Umweg zu machen oder sich zu verrenken.
- Beginnt nach nur 1-2 Frames *Hinbewegen des Löffels*, wenn sich die Mutter bereits am Anfang der Fütterhandlung des Kindes wegen in einer ungewöhnlichen Position befindet.
- Endet mit der *Nahrungsaufnahme* des Kindes.

AB

- *Füttern mit Druck:* Die Mutter folgt den ausweichenden Kopfbewegungen des Kindes dicht mit dem gefüllten Löffel, um das Kind zur Nahrungsaufnahme zu drängen. Das Kind öffnet

seinen Mund nicht bereitwillig, sondern erst nach Zögern und Widerstand, da es nicht an einer Nahrungsaufnahme interessiert ist.

- *Hinbewegen des Löffels*: Die Mutter bewegt den gefüllten Löffel auf dem direkten Weg zum kindlichen Mund, ohne sich zu verrenken.
- *Zurückziehen des Löffels*: Die Mutter zieht den gefüllten Löffel vom Kind zurück und unterbricht so die Fütterhandlung.

Vorwiegend verbale Strategien der Mutter (MST)

Anregen (m_schm/q)

Die Mutter versucht, die angebotene Nahrung für das Kind interessant und schmackhaft zu machen und es zur Nahrungsaufnahme anzuregen.

OP

- Freundliche Einladung zum Essen.
- Essen als Ganzes zeigen und/oder benennen.
- Demonstratives vorheriges Probieren und/oder positives Kommentieren des Essens.
- Lautmalerische und/oder verbale Betonung des Genusses.
- Demonstratives Schmatzen der Mutter.
- Modellhaftes Mundöffnen der Mutter während des Fütterns. (Orale Instruktionen)
- „*Schau 'mal, was es da Feines gibt!*“ „*Das ist ein ganz guter Fruchtzwerig!*“
- „*Hmmh! Fein!*“ „*Lecker!*“

CO

- Beginnt mit Anfang der Äußerung oder des Verhaltens.
- Endet mit Ende der Äußerung oder des Verhaltens.
- Pausen von weniger als 2 sec. zwischen den verbalen Äußerungen werden durchcodiert.

AB

- *Anbieten von Nahrung*: Die Mutter wartet mit dem gefüllten Löffel in gewissen Abstand vor dem Mund des Kindes auf ein Signal seiner Essensbereitschaft.
- *Loben*: Die Mutter lobt das Kind bezüglich seines Essverhaltens.
- *Auffordern*: Unfreundlicher und/oder ungeduldiger Versuch der Mutter, das Kind für das Essen zu interessieren und zur Aufnahme der nächsten Portion zu bewegen.

Loben (m_lob/w)

Die Mutter äußert sich positiv über das Essverhalten des Kindes.

OP

- Ehrlich gemeintes Loben und positives Bewerten des kindlichen Essverhaltens. (Keine Ironie, auf Sprachmelodie achten!)
- Freude und/oder Anerkennung zeigen.
- „*Toll, das hast Du prima gemacht!*“ (der Teller ist leer gegessen)
- „*Gut!*“ „*Jawohl!*“ (nachdem das Kind einen Löffel voll gegessen hat)
- „*Das ist ja schön!*“ (nachdem das Kind selbstständig gegessen hat)

CO

- Beginnt mit Anfang der Äußerung.
- Endet mit Ende der Äußerung.
- Pausen von weniger als 2 sec. zwischen zwei positiven Äußerungen werden durchcodiert.

AB

- *Anregen*: Positive Bewertung der angebotenen Nahrung durch die Mutter.
- *Anweisen*: Mutter erteilt dem Kind Ratschläge, um seine Fertigkeiten im Umgang mit dem Essen zu verbessern.

Anweisen (m_anw/t)

Die Mutter erteilt dem Kind Ratschläge, um die Art und Weise seiner Nahrungsaufnahme und Nahrungsverarbeitung, bzw. seine Fertigkeiten im Umgang mit dem Essen zu verbessern. Das Kind ist bereits selbstständig und ist am Essen interessiert.

OP

- Anweisungen, die sowohl das Hinunterschlucken, Kauen und Einführen der Nahrung in den Mund als auch den Gebrauch von Löffel, Gabel, etc. sinnvoll unterstützen.
- Demonstrationen von Handhaltungen mit dem Löffel bei sich und beim Kind.
- „*Mund auf,...und in den Mund damit!*“ (als das Kind unsicher mit dem Löffel vor dem Mund hantiert).
- „*Du musst kauen!*“ (um vorzubeugen, dass das Kind zu große Brocken hinunterwürgt).
- „*Erst den Mund leer essen!*“ – „*Runterschlucken!*“ (als das Kind einen neuen Löffel in den noch vollen Mund stopfen will).
- „*So musst Du den Löffel halten!*“
- *Die Mutter richtet die Finger des Kindes am leeren Löffel ein.*
- *Mutter sieht, dass das Kind sich mit der Gabel plagt und sagt: „Du kannst auch den Löffel nehmen:“*

CO

- Beginnt mit Anfang der Äußerung oder des Verhaltens.
- Endet mit Ende der Äußerung oder des Verhaltens.
- Pausen von weniger als 2 sec. zwischen zwei verbalen Äußerungen werden durchcodiert.

AB

- *Auffordern*: Direkte, ungeduldige Aufforderung zur Nahrungsaufnahme.
- *Loben*: Das kindliche Essverhalten wird positiv bewertet und anerkannt.
- *Tadeln*: Die Mutter bewertet das kindliche Essverhalten negativ, ohne Verhaltensanweisungen zu geben.
- *Grenzen Setzen*: Das Kind ist abgelenkt, die kindliche Aufmerksamkeit wird wieder zum Essen als dem gemeinsamen Mittelpunkt zurückgeführt.
- *Fördern des selbstständigen Essens*: Direkte Hilfe für das Kind beim Umgang mit dem gefüllten Löffel.

Grenzen Setzen (m_grenz/z)

Die Mutter setzt dem Kind Grenzen hinsichtlich nicht essensbezogener Aktivitäten und versucht, seine Aufmerksamkeit wieder zum Essen als dem gemeinsamen Mittelpunkt zurückzuführen. Das Kind wird nicht direkt zur Nahrungsaufnahme aufgefordert, sondern kann darüber selbst bestimmen.

OP

- Wegnehmen von Spielzeug, mit dem das Kind vom Essen ablenkt.
- Zurechtweisen des Kindes bei nicht-esskonformem Verhalten.
- Festhalten der Hände bei jungen und/oder motorisch unruhigen Kindern, die zappeln und nach jedem Gegenstand greifen (etc.).
- Fokus auf das Essen richten:
 - Auf dem Stuhl stehendes Kind wieder hinsetzen.
 - Stuhl des Kindes näher an den Tisch rücken.
 - Abgewendetes Kind in Richtung Essen drehen.
- „*Jetzt wird gegessen und nicht gespielt!*“
- „*Nein, das machen wir jetzt nicht!*“
- „*Nicht 'rumpantschen, nicht spucken!*“ (als das Kind mit dem Essen zu spielen beginnt).
- „*Wir putzen später!*“ (als das Kind sich im Säubern verliert).
- *Die Mutter setzt das auf dem Stuhl stehende Kind wieder hin und rückt Kind und Stuhl näher an den Tisch heran.*
- *Die Mutter dreht das Kind von der Spiegelwand weg dem Essen zu.*

CO

- Beginnt mit Anfang der Äußerung oder des Verhaltens.
- Endet mit Ende der Äußerung oder des Verhaltens.
- Pausen von weniger als 2 sec. zwischen zwei verbalen Äußerungen werden durchcodiert.

AB

- *Auffordern*: Das Kind wird direkt zur Aufnahme der nächsten Portion aufgefordert.
- *Tadeln*: Das Kind ist am Essen interessiert, wird aber in seinem Essverhalten von der Mutter negativ bewertet.

- **Anweisen:** Das Kind isst selbst, während die Mutter Ratschläge erteilt, um seinen Umgang mit dem Essen zu verbessern.
- **Festhalten:** Die Mutter hält das Kind fest, um es besser gegen seinen Willen füttern zu können.

Tadeln (m_tad/e)

Die Mutter äußert sich negativ über das Essverhalten des Kindes.

OP

- Schimpfen, Tadeln, Kritisieren des kindlichen Essverhaltens.
- Zynische Bemerkungen über das Essverhalten.

▪ „*Pfui, Du altes Ferkel, schau, was Du da wieder angestellt hast!*“

▪ „*Na, das hast Du ja wieder „prima“ gemacht!*“ (ironisch - nachdem das Kind gekleckert hat).

CO

- Beginnt mit Anfang der Äußerung.
- Endet mit Ende der Äußerung.
- Pausen von weniger als 2 sec. zwischen zwei negativen Äußerungen werden durchcodiert.

AB

- **Auffordern:** Unfreundliche und/oder ungeduldige Aufforderung zum Essen.
- **Anweisen:** Mutter erteilt dem Kind Ratschläge, um seine Fertigkeiten im Umgang mit dem Essen zu verbessern.
- **Grenzen Setzen:** Dem Kind werden Grenzen gesetzt hinsichtlich nicht-essensbezogener Aktivitäten.

Auffordern (m_ford/r)

Die Mutter fordert das Kind verbal und/oder durch spezifische akustische Signale zur Aufnahme der nächsten Portion auf, bzw. versucht, seine Aufmerksamkeit dafür zu gewinnen, da das Kind zögert und/oder vom Essen abgelenkt ist. Es wird nicht gewartet, bis das Kind von sich aus Bereitschaft zur Nahrungsaufnahme zeigt.

OP

- Verbal:
 - Ungeduldige, unfreundliche Aufforderung zum Essen, die das Kind unter Druck setzt.
 - Äußerungen, um die Aufmerksamkeit des Kindes zu gewinnen und dann auf das Essen, bzw. die Aufnahme der nächsten Portion zu lenken.
 - Namen des Kindes rufen.
- „*Komm, iss jetzt!*“ – „*Mach' schon!*“
- „*Huhu! Hallo!*“ – „*Schau her!*“
- „*Rebecca!*“ – „*Mäuschen!*“

▪ Nonverbal:

- Schnalzen, ungeduldiges Klopfen, auch unter Zuhilfenahme von Gegenständen
- Essensspiele und lautmalerische Unterstreichung der Löffelführung.

▪ *Die Mutter klopft ungeduldig mit dem Löffel ans Gläschen, damit das Kind sich ihr zudreht.*

▪ *Die Mutter klopft mit einem Spielzeug auf das Tischchen.*

▪ *Die Mutter lenkt den gefüllten Löffel wie ein heranbrausendes Flugzeug auf das Kind zu.*

CO

- Beginnt mit Anfang der Äußerung.
- Endet mit Ende der Äußerung.
- Pausen von weniger als 2 sec. zwischen den einzelnen verbalen Aufforderungen werden durchcodiert.

AB

- **Tadeln:** Negative Äußerung zum Essverhalten des Kindes ohne auffordernden Charakter.
- **Anregen:** Freundliche Einladung zum Essen und Betonung des Genusses.
- **Anweisen:** Ratschläge, um die kindlichen Fertigkeiten im Umgang mit dem Essen zu verbessern.
- **Grenzen Setzen:** Das Kind ist abgelenkt, die kindliche Aufmerksamkeit wird wieder zum Essen als dem gemeinsamen Mittelpunkt zurückgeführt. Das Kind wird aber nicht direkt zur Nahrungsaufnahme aufgefordert.

- **Ablenken:** Die Aufmerksamkeit des Kindes wird gezielt auf nicht-essensbezogene Themen gelenkt.

Unangemessene Zuwendung (m_zuw/u)

Die Mutter wendet sich dem Kind besorgt und/oder verunsichert zu, offenbar, ohne das kindliche Unbehagen in Verbindung mit dem Füttergeschehen zu bringen.

OP

- Sorgenvolle und/oder bemitleidende Kommentare, welche auf das Missverständen und die Unsicherheit bzw. Hilflosigkeit der Mutter schließen lassen.
- Besorgte Zuwendung in Form von Streicheln, Küszen, etc..., die der Situation des Kindes nicht gerecht wird.
- „*Ach, Du armes Kind, hast Du Dir weh getan?*“ (während das Kind schreit und das Essen abwehrt).
- „*Was ist denn los?*“ (als das Kind zu weinen beginnt, weil es nicht mehr essen möchte).
- *Die Mutter streicht dem quengelnden, das Essen abwehrenden Kind über die Wange, um es zu beruhigen.*

CO

- Beginnt mit Anfang der Äußerung oder des Verhaltens.
- Endet mit Ende der Äußerung oder des Verhaltens.
- Pausen von weniger als 2 sec. zwischen zwei verbalen Äußerungen werden durchcodiert.

AB

- Liebevolle Zuwendung, die der Situation angemessen ist (wie z.B. zur Belohnung des Kindes, nachdem es gut gegessen hat) und einfache Nachfragen (wie z.B. „Schmeckt's?“) sind hier nicht gemeint.

Ablenken (m_abl/i)

Die Mutter lenkt die kindliche Aufmerksamkeit vom Essen weg oder geht auf Ablenkung vonseiten des Kindes ein.

OP

- Singen, Geschichten erzählen, Vorlesen aus einem Buch.
- Anbieten von Gegenständen zum Spielen.
- Das Kind kitzeln und/oder mit ihm spielen.
- Sich mit dem Kind über Themen unterhalten, die es vom Essgeschehen ablenken, um es so leichter füttern zu können. (Kontext der Gesamtsituation beachten!)
- Eingehen auf Ablenkung vonseiten des Kindes.
- *Die Mutter erzählt dem Kind eine Geschichte zu einem Bilderbuch, welches das Kind durchblättert. Das Kind ist von der Geschichte gebannt und lässt sich währenddessen beiläufig füttern.*
- *Die Mutter gibt dem Kind ein Spielzeug in die Hand, damit das Kind nicht unruhig wird und/oder sich vom Essen weg dreht.*
- *Das Kind zeigt auf sein Spiegelbild, die Mutter geht darauf ein.*

CO

- Beginnt mit Anfang des Ablenkungsverhaltens der Mutter.
- Endet mit Ende des Ablenkungsverhaltens der Mutter.
- Pausen von weniger als 2 sec. zwischen zwei verbalen Äußerungen werden durchcodiert.
- Gemeint ist nur Ablenkungsverhalten während der Mahlzeit.

AB

- **Auffordern:** Die Mutter versucht, die Aufmerksamkeit des Kindes gezielt auf die Aufnahme der nächsten Portion zu lenken.
- Unterhaltungen während der Mahlzeit, die das Kind nicht vom Essen ablenken sollen und den Essensablauf nicht stören (z.B. Gespräche über das Essen), sind nicht gemeint. (Kontext der Gesamtsituation beachten!)

Besonderes Verhalten der Mutter (MBV)

Säubern (m_saub/b)

Die Mutter säubert das Kind und/oder das Umfeld.

OP

- Abputzen von Kind, Tisch, Stuhl, Boden, etc..
- Wegräumen von Fütterutensilien.
- Der Ablauf des Füttergeschehens wird durch die Säuberungsaktion unterbrochen.

▪ Die Mutter putzt das vollgesabberte Kind ab.

▪ Die Mutter wischt Speisereste auf den Möbeln weg.

▪ Die Mutter unterbricht das Füttern und sammelt heruntergefallene Essensbrocken vom Schoss des Kindes auf.

▪ Die Mutter kratzt über längere Zeit die Speisereste vom verschmierten Mund des Kindes weg.

▪ Die Mutter räumt ein leer gegessenes Gläschen beiseite.

CO

- Beginnt mit Anfang der Säuberungsaktion.
- Endet mit Ende der Säuberungsaktion.
- Eine größere Säuberungsaktion wird im Gesamtzusammenhang betrachtet und als Ganzes durchcodiert, ohne Pausen zwischen den einzelnen Wischhandlungen.
- Gemeint ist sowohl das Säubern während, als auch nach der Mahlzeit.

AB

- Kurzes Aufnehmen von kleinen Essensresten am Mund oder an der Kleidung des Kindes im flüssigen Ablauf des Füttergeschehens wird nicht codiert (z.B.: Mutter nimmt mit dem Löffel Brereste am Mund des Kindes auf, nachdem sie dem Kind gerade Nahrung verabreicht hat.).

Abwartendes Beobachten (m_abw/y)

Die Mutter distanziert sich vom Füttergeschehen, beobachtet aber das Kind (visuelle Aufmerksamkeit).

OP

- Mutter nimmt sich – auch körperlich – zurück und beobachtet das Kind bei seinem Verhalten, ohne zu handeln.
- Kann mit verbalen Äußerungen der Mutter einhergehen.
- Mutter kann auch Nahrung in der Hand halten (z.B. auf dem Schoß), aber sie bietet dem Kind davon im Moment nichts zum Essen an.

▪ Die Mutter lehnt sich in ihrem Stuhl zurück und beobachtet das Kind beim Spielen.

CO

- Beginnt mit Anfang des distanzierten Verhaltens.
- Endet mit Ende des distanzierten Verhaltens.
- Wird erst ab einer Dauer von mindestens 2 sec. codiert.

AB

- *Ignorieren:* Dem Kind wird keine visuelle Aufmerksamkeit geschenkt.
- *Anbieten von Nahrung:* Die Mutter bietet dem Kind deutlich sichtbar Nahrung an (z.B. den gefüllten Löffel), um es zum Essen einzuladen.
- Das Warten der Mutter darauf, dass das Kind die Nahrungsverarbeitung beendet, um es danach weiter zu füttern, ist nicht gemeint.

Ignorieren (m_ign/x)

Die Mutter distanziert sich vom Füttergeschehen und schenkt dem Kind keine visuelle Aufmerksamkeit. (Unerwünschtes kindliches Verhalten soll auf diese Weise gelöscht werden.)

OP

- Mutter nimmt sich – auch körperlich – zurück und schenkt dem Kind keine visuelle Aufmerksamkeit.
- Mutter handelt nicht und ignoriert das nicht essensbezogene Verhalten des Kindes bewusst.

▪ Die Mutter lehnt sich zurück und sieht weg, während das Kind spielt.

CO ▪ Beginnt, wenn die Mutter das Kind nicht mehr im Blickfeld hat.
 ▪ Endet, wenn die Mutter den Blick wieder dem Kind zuwendet.
 ▪ Wird auch codiert, wenn es nur ganz kurzzeitig stattfindet.

AB ▪ *Abwartendes Beobachten*: Die Mutter beobachtet das Kind.

Beenden (m_ende/n)

Die Mutter versucht zu erfahren, ob das Kind noch Hunger hat oder bereits satt ist, bzw. ob es überhaupt etwas essen möchte.

OP ▪ Fragen, ob das Kind noch Hunger hat oder bereits satt ist.
 ▪ Fragen, ob das Kind überhaupt etwas essen möchte.
 ▪ „*Hast Du noch Hunger?*“
 ▪ „*Magst Du noch etwas?*“
 ▪ „*Bist Du satt?*“
 ▪ „*Sollen wir aufhören?*“
 ▪ „*Möchtest Du etwas essen?*“ – „*Möchtest Du das essen?*“

CO ▪ Beginnt mit Anfang der Äußerung.
 ▪ Endet mit Ende der Äußerung.
 ▪ Jeder Satz wird einzeln codiert.

AB ▪ *Anregen*: Die Mutter zeigt dem Kind das Essen und versucht, es ihm schmackhaft zu machen.

Festhalten (m_fest/c)

Die Mutter hält das Kind fest, um es besser gegen seinen Willen füttern zu können.

OP ▪ Festhalten von Hand oder Arm des Kindes, damit es den heran geführten Löffel nicht abwehren kann.
 ▪ Ziehen am Arm des Kindes, um ein Abwenden des Kindes vom Essen zu vermeiden.
 ▪ Einklemmen des Kindes auf dem Schoß, so dass es nicht ausweichen kann.
 ▪ *Die Mutter drückt den Arm des Kindes zur Seite, während sie das Kind mit dem Löffel füttert.*
 ▪ *Die Mutter hält das Kind am Arm fest und zieht es zu sich her, als das Kind sich vom Essen abwenden will.*
 ▪ *Die Mutter hält das Kind auf dem Schoß im Arm eingeklemmt, um es besser füttern zu können.*

CO ▪ Beginnt, wenn die Mutter anfängt, das Kind festzuhalten.
 ▪ Endet, wenn die Mutter das Kind loslässt, unabhängig vom Füttergeschehen.
 ▪ Pausen von weniger als 2 sec., in denen die Mutter das Kind kurz loslässt, um es danach wieder festzuhalten, werden durchcodiert.
 ▪ Wenn die Mutter das festgehaltene Kind zwischendurch säubert, wird hier nur *Säubern* codiert und erst danach *Festhalten* weitercodiert.

AB ▪ *Füttern mit Druck*: Bezieht sich nur auf das Bedrängen des Kindes mit dem gefüllten Löffel und kann parallel zu *Festhalten* codiert werden.
 ▪ *Zwang*: Die Mutter zwingt dem Kind gewaltsam Nahrung in den Mund. Das Festhalten des Kindes ist in diesem Fall in *Zwang* eingeschlossen.
 ▪ *Grenzen Setzen*: Unterdrücken von unwillkürlichen, spontanen Bewegungen bei jungen und/oder motorisch unruhigen Kindern, die z.B. zappeln und/oder nach jedem Gegenstand greifen.
 ▪ Das Kind zwanglos auf dem Schoß füttern und halten, dabei aber nicht festhalten, ist nicht gemeint.

Zwang (m_zwa/v)

Die Mutter zwingt dem Kind gegen seinen Widerstand gewaltsam Nahrung in den Mund und nimmt damit in Kauf, dass das Kind sich daran verschluckt.

OP

- Durch Auseinanderhebeln der Lippen gewaltsam Nahrung in den Mund des Kindes schieben.
- Anwendung von Techniken, die beim Kind ein Öffnen des Mundes erzwingen, wie z.B. Zuhalten der Nase, Zurückdrücken des Kopfes an der Stirn bis sich der Mund automatisch öffnet.
- Ausnützen von Situationen, in denen das Kind den Mund aus anderen Gründen geöffnet hat, wie z.B. beim Schreien.
- *Die Mutter hebelt mit dem Löffel den zusammengekniffenen Mund des Kindes gewaltsam auseinander und zwingt es so zur Nahrungsaufnahme.*
- *Die Mutter drückt den Kopf des Kindes an der Stirn zurück bis es den Mund öffnet und sie den Löffel hineinschieben kann.*
- *Als das Kind schreit, kippt ihm die Mutter Nahrung vom Löffel in den geöffneten Mund.*

CO

- Beginnt mit Anfang der Zwangsausübung.
- Endet mit Ende der Zwangsausübung.
- Beginn und Ende der Zwangsausübung sind unabhängig vom Füttergeschehen und einer tatsächlichen Nahrungsaufnahme.
- Hält die Mutter das Kind während der Zwangsausübung fest, so ist dies in Zwang enthalten und wird nicht extra als Festhalten codiert.

AB

- *Füttern mit Druck:* Die Mutter bedrängt das Kind mit dem gefüllten Löffel, der Mund wird aber nicht gewaltsam geöffnet.
- *Festhalten:* Die Mutter hält das Kind fest, um es besser gegen seinen Willen füttern zu können.

KIND

Kindliches Interesse am Essen (KIE)

Bereitschaft Signalisieren (k_sign/0)

Das Kind signalisiert der Mutter dass es zur Nahrungsaufnahme bereit ist, indem es Interesse und Freude am Essen zum Ausdruck bringt.

OP

- Motorisch:
 - Kopf- und/oder Körperbewegungen in Richtung Essen.
 - Finger und/oder Löffel genussvoll abschlecken. (Zusätzlich als *Nahrungsaufnahme* codieren!)
- Visuell:
 - Interessierte Blicke in Richtung Nahrung, möglichst in Verbindung mit Körperbewegungen.
- Akustisch:
 - lautmalerische Äußerungen des Genießens.

- *Das Kind dreht den Kopf zum Gläschen und beugt sich mit dem Oberkörper in Richtung Essen vor.*
- *Als die Mutter das Gläschen öffnet, streckt das Kind seine Finger danach aus und versucht, es anzufassen.*
- *Das Kind hat mit der Hand in den Teller gefasst und schleckt nun genussvoll jeden Finger einzeln ab.*
- *Das Kind blickt interessiert auf den gefüllten Löffel.*
- *„Hhaammm!!“ (während das Kind einen Löffel voll Brei aufnimmt).*

CO ▪ Beginnt, wenn das Kind deutlich eine vermehrte Aufmerksamkeit für das Essen zeigt.
 ▪ Endet, wenn das Kind seine deutliche Aufmerksamkeit für das Essen wieder zurücknimmt.
 ▪ Tritt *Bereitschaft Signalisieren* im Rahmen von *Explorieren des selbständigen Essens* oder *Selbständiges Essen* auf, ist es in diesen enthalten und wird nicht extra codiert.

AB ▪ *Explorieren des selbständigen Essens*: Das Kind ist am Essen interessiert und hantiert mit dem Löffel im Teller oder am Gläschen herum.
 ▪ *Ablenken*: Das Kind ist nicht an der Nahrungsaufnahme interessiert, sondern spielt mit dem Essen (z.B. mit einem geschlossenen „Fruchtwerg“) oder panscht darin herum.
 ▪ *Antizipatorisches Mundöffnen*: Das Kind zeigt durch frühzeitiges Öffnen des Mundes, dass es zur Aufnahme der nächsten Portion Nahrung bereit ist, wenn ihm Essen angeboten wird. Dieser spezielle Ausdruck von Interesse am Essen im Rahmen der oralen Aktivitäten des Kindes wird unabhängig von *Bereitschaft Signalisieren* codiert.

Explorieren des selbständigen Essens (k_exp/9)

Das Kind hat seine Aufmerksamkeit auf das Essen gerichtet und versucht, die Fertigkeiten, die für eine selbständige Nahrungsaufnahme notwendig sind zu imitieren und zu erproben. Dabei ist es weder geübt noch effektiv in Bezug auf die Nahrungsaufnahme.

OP ▪ Imitieren und Einüben der Handhabung des Löffels.
 ▪ Erfolgloses Herumhantieren mit dem Löffel an Gläschen und/oder Teller.
 ▪ Herumkauen und/oder –schlecken auf dem leeren, bzw. fast leeren Löffel.
 ▪ Greifen nach Nahrung und interessiertes Betrachten derselben.

▪ *Das Kind hält einen Löffel in der Hand und versucht, damit in das Gläschen zu gelangen.*
 ▪ *Das Kind hält einen leeren Löffel in der Hand und kaut und schleckt an ihm herum.*
 ▪ *Das Kind nimmt mit den Fingern ein Stückchen Nahrung aus dem Teller und betrachtet es mit Interesse.*

CO ▪ Beginnt mit Anfang der oben erwähnten Verhaltensweisen.
 ▪ Endet mit Ende der oben erwähnten Verhaltensweisen.
 ▪ Tritt gleichzeitig *Bereitschaft Signalisieren* auf, so wird dieses durch *Explorieren des selbständigen Essens* mit repräsentiert.

AB ▪ *Ablenken*: Das Kind hantiert mit Löffel oder Nahrung, die Aufmerksamkeit ist dabei vom Essen abgelenkt, und es besteht kein Interesse an der Nahrungsaufnahme.
 ▪ *Selbständiges Essen*: Das Kind führt den gefüllten Löffel gezielt zum Mund oder isst mit den Fingern, es kommt zu einer effektiven Nahrungsaufnahme.

Selbständiges Essen (k_selb/8)

Das Kind isst selbständig oder mit Unterstützung durch die Mutter. Dabei zeigt das Kind ein gezieltes, teilweise bereits routiniertes Vorgehen, das zu einer effektiven Nahrungsaufnahme führen kann.

OP ▪ Löffel in die Nahrung tauchen und den gefüllten Löffel mit oder ohne Unterstützung durch die Mutter gezielt zum Mund führen.
 ▪ Mit Fingern Nahrung greifen und mit oder ohne Unterstützung durch die Mutter gezielt zum Mund führen.

▪ *Das Kind holt sich mit den Löffel Brei aus dem Teller und führt den gefüllten Löffel zum Mund.*
 ▪ *Das Kind ergreift eine Nudel mit den Fingern und führt sie zum Mund.*

CO ▪ Beginnt mit dem Eintauchen ins Essen, bzw. mit dem Ergreifen des Essens.
 ▪ Endet kurz vor der Nahrungsaufnahme in den Mund.
 ▪ Fällt dem Kind die Nahrung vom Löffel oder wird der Vorgang zwischendurch abgebrochen, wird vom Kontakt mit dem Essen bis zum Abbruch codiert.
 ▪ *Selbständiges Essen* wird auch codiert, wenn heruntergefallene Nahrung vom Kind selbst aufgehoben und in den Mund gesteckt wird.
 ▪ Bei leerem Löffel wird kein *Selbständiges Essen* codiert.

- Taucht das Kind den Löffel ein und isst mehrmals vom selben Löffel, ohne zwischendurch neu zu schöpfen, wird vom Eintauchen bis kurz vor die letzte Nahrungsaufnahme codiert (und entsprechend beim Ergreifen der Nahrung mit den Fingern). *Nahrungsaufnahme* wird dabei parallel codiert, so oft das Kind Nahrung in den Mund führt.
- Tritt gleichzeitig *Bereitschaft Signalisieren* auf, so wird dieses durch *Selbständiges Essen* mit repräsentiert.

AB

- *Explorieren des selbständigen Essens*: Ungezieltes Herumhantieren mit dem Löffel, Herumkauen auf dem leeren Löffel. Kind ist am Essen interessiert aber nicht effektiv bezüglich der Nahrungsaufnahme.
- *Nahrungsaufnahme*: Eigentliche Nahrungsaufnahme in den Mund.
- *Ablenken*: Das Kind hantiert mit Löffel oder Nahrung, die Aufmerksamkeit ist dabei vom Essen abgelenkt und es besteht kein Interesse an der Nahrungsaufnahme.

Orale Aktivitäten des Kindes beim Füttern (KOA)

Antizipatorisches Mundöffnen (k_ant/a)

Das Kind öffnet frühzeitig („antizipatorisch“) den Mund, als die Mutter ihm Nahrung (auf dem Löffel) anbietet bzw. sich dem Kind mit dem gefüllten Löffel nähert. Es zeigt dadurch, dass es sehr stark an der Nahrungsaufnahme interessiert ist.

OP

- Öffnen des Mundes, als sich die angebotene Nahrung noch nicht direkt, sondern erst in einiger Entfernung vor dem kindlichen Mund befindet.
- *Die Mutter bietet dem Kind einen mit Nahrung gefüllten Löffel an, bei dessen Anblick das Kind bereits seinen Mund öffnet, in der Erwartung, von der Mutter gefüttert zu werden.*

CO

- Beginnt, wenn der Mund geöffnet wird.
- Endet vor *Nahrungsaufnahme* oder, wenn das Kind vorher den Mund schließt.
- Wird nur codiert, wenn das Kind von der Mutter gefüttert wird.

AB

- *Bereitschaft Signalisieren*: Das Kind signalisiert der Mutter seine Bereitschaft zur Nahrungsaufnahme und sein Interesse am Essen durch Körpersprache, Blickverhalten und akustische Signale.
- *Antizipatorisches Mundöffnen* wird bei gleichzeitigem Auftreten gesondert codiert.

Nahrungsaufnahme (k_aufn/s)

Das Kind nimmt Nahrung in den Mund auf, die es sich selbst gibt oder von der Mutter verabreicht bekommt.

OP

- Jeglicher Übergang von Nahrung von Löffel, Gabel, Fingern, etc. in den Mundraum des Kindes unabhängig von der Mundöffnung oder -stellung.
- Nahrung kann vom Kind selbst oder der Mutter verabreicht werden.
- *Das Kind steckt sich mit den Fingern eine Nudel in den Mund.*
- *Als das Kind den Mund öffnet, kippt die Mutter einen Löffel Brei in seinen Mund.*

CO

- Beginnt mit dem Übergang der Nahrung in den Mundraum des Kindes.
- Endet mit dem Herausziehen von Löffel, Gabel oder Fingern aus dem Mundraum.
- Wird als *Nahrungsaufnahme* codiert, auch, wenn das Kind das Essen kurz darauf ausspuckt, herauslaufen lässt, etc..
- *Nahrungsaufnahme* durch ein genussvolles Abschlecken von Löffel oder Fingern im Sinne von *Bereitschaft Signalisieren* wird parallel in beiden Klassen codiert.
- Bei aufnahmetechnisch bedingter schlechter Sicht auf den kindlichen Mund darf aus dem Gesamtzusammenhang geschlossen werden, ob das Kind Nahrung aufgenommen hat oder nicht, d.h., wenn der Löffel zuerst voll war und dann leer vom kindlichen Mund zurückgezogen

wird, kann davon ausgegangen werden, dass das Kind in der Zwischenzeit Nahrung aufgenommen hat. *Nahrungsaufnahme* wird dann entsprechend codiert.

AB -

Kauen (k_kau/d)

Das Kind zerkaüt die Nahrung im Mund.

OP • Kauvorgang bei der Verarbeitung von Nahrung.

• *Das Kind kaut auf einer Nudel, die es sich zuvor in den Mund geschoben hat.*

CO • Beginnt mit Anfang des Kauvorgangs.
• Endet mit Ende des Kauvorgangs.
• Wird nur codiert, wenn es gut erkennbar ist, was meist bei fester Nahrung der Fall ist. Es kann aber auch bei breiig aussehender Nahrung sichtbar sein und wird dann auch codiert.
• Nimmt das Kind zwischendurch neue Nahrung auf, so wird *Kauen* für die Dauer von *Nahrungsaufnahme* unterbrochen und danach weiter codiert.
• Wird auch codiert, wenn der Kauvorgang nur kurz, aber gut erkennbar stattfindet.
• Offensichtlich simulierte Kaubewegungen ohne Verarbeitung von Nahrung werden nicht codiert.

AB -

Im Mund Behalten (k_imb/f)

Das Kind behält die Nahrung passiv im Mund, ohne sie weiter zu verarbeiten.

OP • Keine erkennbaren Kau- oder Schluckbewegungen beim Kind, während es Nahrung im Mund hat.
• *Das Kind lässt sich von der Mutter füttern und sammelt die Nahrung im Mund an, ohne sie zu schlucken.*
• *Das Kind kaut, hört dann für längere Zeit auf zu kauen, während es seine Umwelt beobachtet und setzt dann den Kauvorgang wieder fort.*

CO • Beginnt, wenn der Kauvorgang unterbrochen wird und kein Schlucken erfolgt.
• Endet, wenn der Kauvorgang wieder fortgeführt wird oder ein Schlucken erfolgt.
• Wird erst codiert bei einer Unterbrechung des Kauvorgangs für mehr als 5 sec..
• Wird bei Breinahrung nur codiert, wenn deutlich sichtbar ist, dass Nahrung passiv im Mund verbleibt.
• Wird bei fester Nahrung nur codiert, wenn keine Mundmotorik sichtbar ist.

AB -

Herauslaufen Lassen (k_lau/g)

Das Kind lässt die Nahrung passiv aus dem Mund herauslaufen.

OP • Herauslaufen von Nahrung aus dem Mund, ohne aktives Zutun des Kindes.

• *Das Kind lässt den, von der Mutter verabreichten Brei teilnahmslos aus seinem Mund herauslaufen.*

CO • Beginnt, wenn die Nahrung anfängt, den Mundraum zu verlassen.
• Endet, wenn keine Nahrung mehr den Mund verlässt.

AB • *Herausstoßen:* Das Essen wird aktiv mit der Zunge aus dem Mund heraus gestoßen.
• *Erbrechen:* Schwallartiges, schwungvolles Heraustreten von Nahrung aus dem Mund.

Herausstoßen (k_sto/A)

Das Kind stößt die Nahrung aktiv mit der Zunge aus dem Mund heraus.

OP

- Herausstoßen (häufig bei fester Nahrung) oder Herausdrücken (häufig bei Brei) von Nahrung aus dem Mund unter Zuhilfenahme der Zunge.
 - *Nachdem die Mutter dem Kind gerade einen Löffel Brei gefüttert hat, drückt das Kind einen Batzen davon wieder aus dem Mund heraus.*

CO

- Beginnt, wenn das Kind erkennbar mit dem Herausstoßen oder Herausdrücken anfängt bzw., wenn Nahrung aus dem Mund austritt.
- Endet, wenn die Nahrung den Mund verlassen hat.

AB

- *Herauslaufen Lassen:* Das Essen läuft passiv aus dem Mund heraus.

Ausspucken (k_spu/S)

Das Kind spuckt die Nahrung aus.

OP

- Herausspucken oder Herausprusten von Nahrung aus dem Mund.
 - *Die Mutter füttert dem Kind einen Löffel Brei, das Kind prustet ihr die Portion Brei kurz darauf ins Gesicht.*
 - *Das Kind spuckt eine eben verabreichte Nudel vor sich auf den Tisch.*

CO

- Beginnt am Anfang des Spuckens oder Prustens.
- Endet, wenn das Spucken oder Prusten beendet ist.
- Pausen von weniger als 1 sec. zwischen dem Verhalten werden durchcodiert.

AB -

Husten und Würgen (k_huwü/D)

Das Kind würgt und/oder hustet. Dabei kann auch Nahrung herausgewürgt und/oder –gehustet werden.

OP

- Willkürliches oder reflexbedingtes Würgen und Husten mit oder ohne Austritt von Nahrung.
 - *Das Kind würgt nachdem es versucht hat, einen großen Bissen hinunter zu schlucken.*

CO

- Beginnt am Anfang des Hustens oder Würgens.
- Endet, wenn das Husten oder Würgen beendet ist.
- Pausen von weniger als 1 sec. zwischen dem Verhalten werden durchcodiert.

AB

- *Erbrechen:* Nahrung kommt schwallartig aus dem Mund heraus.
- Krankheitsbedingtes Husten oder Würgen (z.B. bei Erkältung), das offensichtlich nicht in Zusammenhang mit dem Füttergeschehen steht, ist hier nicht gemeint

Erbrechen (k.erb/F)

Das Kind erbricht die Nahrung.

OP

- Schwallartiges Heraustreten von Nahrung aus dem Mund.
 - *Nachdem die Mutter dem Kind mehrere Löffel Brei gefüttert hat, erbricht das Kind einen großen Teil des Breis wieder, der sich im Schwall auf das Lätzchen ergießt.*

CO

- Beginnt beim Austreten der Nahrung aus dem Mund.
- Endet, wenn der Nahrungsaustritt beendet ist.

AB

- *Herauslaufen Lassen:* Nahrung läuft passiv aus dem Mund heraus, ohne Schwung.
- *Husten und Würgen:* Heraushusten und/oder Würgen von Nahrung.

Herausnehmen (k_nem/G)

Das Kind nimmt das Essen mit den Fingern aus dem Mund heraus.

OP ▪ Deutlich erkennbares Herausnehmen von Nahrung aus dem Mund.
 ▪ *Das Kind greift sich in den Mund und holt mit den Fingern eine Nudel heraus.*

CO ▪ Beginnt, wenn die Finger in den Mundraum eintauchen.
 ▪ Endet, wenn die Finger den Mundraum wieder verlassen haben.

AB -

Mund Zukneifen (k_kneif/H)

Das Kind kneift den Mund zusammen, wenn die Mutter füttern möchte.

OP ▪ Deutliches Zusammenkneifen bzw. Aufeinanderpressen der Lippen, wenn sich die Mutter mit dem gefüllten Löffel dem kindlichen Mund nähert.
 ▪ *Als die Mutter sich dem kindlichen Mund mit dem gefüllten Löffel nähert, kneift das Kind den Mund zu, weil es nichts mehr essen möchte.*

CO ▪ Beginnt am Anfang des Zusammenkneifens der Lippen.
 ▪ Endet, wenn das Zusammenkneifen beendet ist.
 ▪ Wird nur codiert, während die Mutter füttern möchte.

AB ▪ *Vermeiden:* Das Kind hält seinen Mund geschlossen, während die Mutter mit dem gefüllten Löffel vor seinem Mund wartet. Kann parallel zu *Mund Zukneifen* codiert werden.

Mangelndes Interesse des Kindes am Essen (KMI)

Ablenken (k_abl/I)

Das Kind ist in seiner Aufmerksamkeit vom Essen abgelenkt, indem es sein Interesse auf nicht essensbezogene Aktivitäten richtet. Dabei kann die Initiative für die Ablenkung sowohl vom Kind selbst als auch von der Mutter ausgehen.

OP ▪ Umherschweifen des Blickes im Raum oder zeigen auf Gegenstände im Raum.
 ▪ Anschauen von Büchern oder Spielen mit Gegenständen (Spielzeug, etc...).
 ▪ Spiele in Bezug zum Füttergeschehen:
 - Wegwerfen des Löffels und daraus ein Spiel mit der Mutter machen.
 - Spielen mit Nahrung oder damit Herumschmieren, ohne offensichtliches Interesse an der Nahrungsaufnahme.
 - Umfunktionieren von verpackter Nahrung zu Spielzeug. (Kontext beachten!)

 ▪ Unterhaltung über nicht essensbezogene Themen, die den Essensablauf stört.
 ▪ Sich Verlieren im Saubermachen und dadurch den Essensablauf unterbrechen.
 ▪ Eingehen auf Ablenkung durch die Mutter, auch, wenn das Kind währenddessen gefüttert wird.

 ▪ *Das Kind zeigt auf sein Spiegelbild und wendet sich dabei vom Essen ab.*
 ▪ *Das Kind zeigt auf eine Figur in einem Bilderbuch, das die Mutter ihm zum Anschauen hingelegt hat.*
 ▪ *Das Kind schaut vor sich auf das Tischchen und klopft mit einem Gegenstand darauf.*
 ▪ *Das Kind wirft den Löffel spielerisch weg und lässt ihn durch die Mutter wieder aufheben.*
 ▪ *Das Kind panscht mit seinem Löffel im Teller herum und schmiert dann mit dem Löffel über den Tisch.*

- Das Kind benutzt eine verschlossene Packung „Fruchtzwerg“ als Spielzeug.
- Mutter und Kind reden über die Deckenlampe des Zimmers.
- Das Kind beschäftigt sich ausgiebig mit dem Aufheben von Essensresten, die ihm während des Essens auf den Schoß gefallen sind, und verliert sich darin.
- Die Mutter beschäftigt das Kind mit einem Spielzeug, um es so problemloser füttern zu können.

CO

- Beginnt, wenn das Kind seine Aufmerksamkeit vom Essen weg auf nicht essensbezogene Aktivitäten richtet.
- Endet, wenn das Kind seine Aufmerksamkeit wieder dem Essen zuwendet.
- Der Vorgang des Ablenkens bzw. Abgelenkt seins sollte mindestens 2 sec. dauern.
- Wenn das Kind mit *Kauen* beschäftigt ist, während es im Raum umherschaut, wird kein *Ablenken* codiert, solange die Aufmerksamkeit des Kindes noch auf dem Essen liegt und der Essensablauf dadurch nicht gestört ist.

AB

- *Explorieren des selbständiges Essens*: Die Aufmerksamkeit des Kindes ist auf des Essen und die Nahrungsaufnahme gerichtet, während es versucht neue Fertigkeiten im Umgang mit Löffel und Nahrung zu erproben.
- *Bereitschaft Signalisieren*: Das Kind signalisiert durch Blicken und Greifen in Richtung Nahrung, dass es Interesse am Essen hat.
- *Vermeiden*: Das Kind wendet den Kopf zur Seite und/oder hält den Mund geschlossen, als die Mutter sich dem kindlichen Mund mit dem gefüllten Löffel nähert und davor insistiert.
- *Provozieren*: Im Vordergrund steht nicht das Spiel, sondern die Absicht, die mütterliche Reaktion zu testen. Durch den prüfenden Blick zur Mutter wird ihre Aufmerksamkeit sichergestellt.

Vermeiden (k_vmd/k)

Das Kind versucht auf „dezente“ Weise, die Nahrungsaufnahme zu vermeiden bzw. der Mutter zu zeigen, dass es nicht am Essen interessiert ist

OP

- Geschlossenhalten des Mundes, wenn die Mutter mit dem gefüllten Löffel am Mund des Kindes insistiert.
- Dem gefüllten Löffel ausweichen durch Abwenden oder Senken des Kopfes.
- Durch Kopfschütteln oder Neinsagen zeigen, dass es nicht essen möchte.
- *Das Kind lässt seinen Mund zu, obwohl die Mutter schon mit dem gefüllten Löffel vor seinem Mund wartet.*
- *Das Kind wendet den Kopf ab, als die Mutter sich mit dem gefüllten Löffel seinem Mund nähert.*
- *Das Kind schüttelt verneinend den Kopf, als die Mutter Essen anbietet und fragt, ob es noch etwas essen möchte.*

CO

- Beginnt am Anfang der Vermeidungsbewegungen bzw., wenn das Kind entgegen der Erwartung seinen Mund geschlossen hält.
- Endet, wenn das Kind den Mund öffnet, um Nahrung aufzunehmen oder wenn die Vermeidungsbewegungen beendet sind bzw., wenn die Mutter den gefüllten Löffel zurückzieht und das Kind nicht mehr damit bedrängt.

AB

- *Abwehren*: Deutliche, z.T. vehemente Abwehrbewegungen, Schreien, Quengeln beim Anblick von Nahrung oder, wenn die Mutter versucht zu füttern.
- *Ablenken*: Das Kind beschäftigt sich mit nicht essensbezogenen Aktivitäten. Es lässt den Mund geschlossen, während seine Aufmerksamkeit vom Essen abgelenkt ist.
- *Ablenken* direkt nach *Vermeiden* wird dann codiert, wenn es mindestens 2 sec. dauert.
- *Mund Zukneifen*: Deutliches Zusammenknicken der Lippen. Kann parallel zu *Vermeiden* codiert werden.

Abwehren (k_abw/j)

Das Kind zeigt auf vehemente Weise, dass es nicht essen möchte.

OP

- Schreien oder Quengeln beim Anblick von Nahrung bzw., wenn die Mutter Nahrung anbietet.

- Abruptes Zurück- oder Seitwärtsreißen des Kopfes und/oder den Körper nach hinten oder seitlich Überstrecken, wenn Nahrung angeboten wird.
- Wegdrücken der mütterlichen Hand, die den gefüllten Löffel hält oder sich auf das Kind zu bewegt.
- Wegschieben oder Wegschlagen von Löffel, Gläschen oder Teller mit der angebotenen Nahrung.
- Wegwerfen des Löffels aus Protest gegen das Nahrungsangebot der Mutter.

- *Das Kind schreit beim Anblick des gefüllten Löffels.*
- *Das Kind reißt den Kopf zurück, als die Mutter mit dem gefüllten Löffel in die Nähe seines Mundes kommt.*
- *Das Kind drückt die Hand der Mutter weg, als sie versucht, sich mit dem gefüllten Löffel dem kindlichen Mund zu nähern.*
- *Das Kind schiebt den mit Essen gefüllten Teller von sich weg.*

CO

- Beginnt am Anfang des Schreiens oder der Abwehrbewegung.
- Endet, wenn das Kind mit dem Schreien und den Abwehrbewegungen aufhört.
- Wird durchcodiert, wenn das Kind auch zwischen den Fütterversuchen der Mutter weiterhin schreit oder quengelt.
- Pausen von weniger als 2 sec., die das Kind beim Schreien einlegt, werden durchcodiert.

AB

- *Vermeiden:* Das Verhalten ist „dezenter“.
- *Ablenken:* Das Kind lenkt sich und evtl. die Mutter durch spielerisches Wegwerfen des Löffels ab.
- *Provozieren:* Das Kind wirft den Löffel weg, vergewissert sich aber zuvor durch Blickkontakt mit der Mutter, ob sie ihm Aufmerksamkeit schenkt. Es möchte ausprobieren, wie die Mutter darauf reagiert.

Provozieren (k_prov/h)

Das Kind möchte die Mutter provozieren, indem es mit seinem Verhalten absichtlich den ihm bekannten, von der Mutter vorgegebenen Verhaltensrahmen überschreitet.

OP

- Hinblicken des Kindes zur Mutter, um sicherzustellen, dass diese seinem Verhalten Aufmerksamkeit schenkt. Ziel ist, die Reaktion der Mutter auf sein Verhalten zu testen und dabei insbesondere Grenzen und Aufmerksamkeit einzufordern.
- Spielzeug, Löffel oder Sonstiges auf den Boden werfen.
- Aufstehen und Herumturnen im Stühlchen.
- Mutter mit Essen bespritzen.
- Panschen im Essen oder spielen mit dem Teller mit Blick zur Mutter.

- *Das Kind schaut die Mutter an, lässt den Löffel fallen und schaut die Mutter erneut an.*
- *Das Kind steht im Stühlchen auf und turnt darin herum, obwohl die Mutter es ihm zuvor verboten hat.*
- *Das Kind schlägt mit dem Löffel in den Brei und bespritzt dadurch die Mutter.*
- *Das Kind schaut zur Mutter und spielt trotz Verbot ihrerseits mit dem Teller Suppe vor ihm.*

CO

- Beginnt am Anfang des provokativen Verhaltens.
- Endet, wenn das Kind mit dem provokativen Verhalten aufhört bzw. von der Mutter dazu gezwungen wird.
- Pausen von weniger als 2 sec. zwischen dem Verhalten werden durchcodiert.
- Wird nicht codiert bei Verhalten, welches das Kind erstmalig ausprobiert, d.h. gerade neu entdeckt hat. Blick ist wichtig!
- Spucken als provokatives Verhalten wird extra codiert (*Ausspucken*).

AB

- *Abwehren:* Im Vordergrund steht die direkte Abwehr der angebotenen Nahrung bzw. die vehement geäußerte Unlust in Bezug auf das Füttergeschehen.
- *Ablenken:* Das Kind beschäftigt sich zum Zeitvertreib spielerisch mit nicht essensbezogenen Aktivitäten.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name Beate Maria Schütz
Geburtsdatum 14.11.1965
Geburtsort Lindau (Bodensee)
Staatsangehörigkeit deutsch

Schulabschluss

06/1984 Abitur am Mädchengymnasium Lindau (Bodensee)

Erstausbildung und Berufstätigkeit

1984 – 1986 Studium Deutsch/Italienisch, Universität Konstanz (Zwischenprüfung)
1986 – 1987 Akademie der Schönen Künste „Fidia“, Agrigent, Italien
1988 – 1991 Erwerb der Heilpraktiker-Erlaubnis nach Ausbildung in der
Heilpraktiker-Fachschule „Josef Angerer“, München
1989 – 1993 Behindertenpflege, Pfennigparade Ambulante Dienste, München

Studium Humanmedizin

1993 – 1998 Universität Leipzig
1998 – 2000 Ludwig-Maximilians-Universität München
Praktisches Jahr von 04/99 bis 03/00
Chirurgie, Ospedale Regionale, Locarno, Schweiz
Pädiatrie, Haunersche Kinderklinik, München und
Universitätsklinik Harare, Simbabwe
Innere Medizin/Onkologie, Klinikum Großhadern, München
04/2000 3. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
1999 – 2005 Dissertation am Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Ludwig-
Maximilians-Universität München
10/2004 Approbation als Ärztin

Berufliche Weiterbildung als Ärztin

seit 2004 Psychotherapeutische Weiterbildung im Ärztlich-Psychologischen
Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse,
München/Südbayern e.V.
12/06 – 06/07 Assistenzärztin, Innere Abteilung, KKH Eggenfelden
11/07 – 01/08 Assistenzärztin, Innere Medizin, Klinik Füssen