

Irene Chatoor

Fütterstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern

Diagnose und
Behandlungsmöglichkeiten

Übersetzung Maren Klostermann
und Susanne Hommel

Fachliche Beratung
Dipl. Psych. Susanne Hommel

Mit einem Vorwort
von Nikolaus von Hofacker

Klett-Cotta

Diese Publikation stellt eine Einstiegshilfe für Kliniker, Forscher und alle anderen professionellen Kräfte dar. Ziel ist es, allen Professionellen die klinische Diagnose, die Planung weiterer Schritte, interne und externe Kommunikation und weitere Forschungsschritte zu erleichtern. Sie ist nicht für die Anwendung für Laien und im nichtklinischen Kontext gedacht.

Das Buch wurde aus dem Englischen übersetzt. Aufgrund der Unterschiede zwischen der Original- und der Zielsprache kommt es bei Übersetzungen immer zu Akzentverschiebungen, so dass weder ZERO TO THREE: National Centre for Infants, Toddlers and Families noch Klett-Cotta eine Garantie für die Übersetzung übernehmen. Im Zweifelsfall sollten Leser das englische Original zu Rate ziehen.

ZERO TO THREE: National Centre for Infants, Toddlers and Families legt Wert darauf, dass es keinerlei Garantie für die in diesem Buch enthaltenen Informationen übernehmen kann.

Verantwortlich für alle Inhalte und für die zitierten Quellen ist alleine die Autorin; der Inhalt des Buches gibt nicht notwendigerweise die Meinung von ZERO TO THREE: National Centre for Infants, Toddlers and Families wieder.

www.klett-cotta.de

Die Originalausgabe erschien unter dem Titel »Diagnosis and treatment of feeding disorders in infants, toddlers, and young children«

© 2009 by ZERO TO THREE, Washington, DC

Für die deutsche Ausgabe

© 2012 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle deutschsprachigen Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Schutzumschlag: Roland Sazinger, Stuttgart

Unter Verwendung eines Fotos von Frans Rombont

Gesetzt aus der Concorde von Kösel, Krugzell

Gedruckt und gebunden von Pustet, Regensburg

ISBN 978-3-608-94718-2

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der

Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten

sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

*In Erinnerung an meine Eltern Maria und Hugo Koch und
meinen Mann Ram Chatoor.*

*Ihre Liebe hat mir den Weg gewiesen und ihr Leiden
hat mich Mitgefühl gelehrt.*

Inhalt

Vorwort für die deutsche Ausgabe	9
Dank	13
Einleitung	15
Kapitel 1	
Die Entwicklung des Fütterns und die Regulation von Emotionen	21
<i>Symptomatik des Kindes und die entsprechende Fütterstörung</i>	25
<i>Überblick über verschiedene Formen der Nahrungsverweigerung</i>	27
Kapitel 2	
Fütterstörung mit Beeinträchtigung der homöostatischen Regulation	29
Kapitel 3	
Fütterstörung mit unzureichender Eltern-Säuglings-Reziprozität	41
Kapitel 4	
Infantile Anorexie	57
<i>Fütterrichtlinien</i>	88
<i>Die Time-Out-Methode</i>	90
Kapitel 5	
Sensorische Nahrungsverweigerung	105
Kapitel 6	
Posttraumatische Fütterstörung	135
Kapitel 7	
Fütterstörung im Zusammenhang mit einer bestehenden medizinischen Erkrankung	157
Kapitel 8	
Komorbidität und komplexe Formen von Fütterstörungen	169
Elterninformationen	197
Über die Autorin	203

Vorwort für die deutsche Ausgabe

Das vorliegende Buch ist für alle, die sich professionell mit frühkindlichen Fütterstörungen in Diagnostik, Beratung und Therapie beschäftigen, eine unschätzbare Hilfe und in dieser Form im deutschsprachigen Raum bisher einzigartig. Es ist aus jahrzehntelanger klinischer und Forschungstätigkeit entstanden und kondensiert das Wissen und den Erfahrungsschatz dieser Tätigkeit auf höchst praxis- und anwendungsorientierte Weise.

Ich selbst habe Irene Chatoor erstmals 1993 auf einem Workshop, den sie über Fütterstörungen in der Abteilung für Kinderpsychosomatik der Universität Graz hielt, kennengelernt. Ich war sofort fasziniert von der lebendigen, leidenschaftlichen Didaktik, mit der sie über die Problematik frühkindlicher Fütterstörungen sprach. Als Kinderarzt, dem die somatischen Aspekte von Fütterstörungen geläufig, die Beziehungsaspekte aber allenfalls ansatzweise bewusst waren, begann ich zu verstehen, wie komplex kindliche Merkmale, Temperament und die Beziehung zwischen Kind und Eltern ineinander verwoben sind. Der Workshop hat mir damals eine Tür zu einem Gebiet geöffnet, dessen Faszination für mich bis heute ungemindert geblieben ist. Seitdem sind Irene Chatoor und ich uns immer wieder auf Kongressen begegnet, bis wir mit ihr schließlich auf Initiative von Susanne Hommel 2008 und 2011 zwei sehr erfolgreiche Workshops im Klinikum Harlaching veranstalten konnten. Der wiederholte Austausch meiner eigenen Arbeitsgruppe mit Irene Chatoor war für unsere klinische Arbeit ungemein stimulierend und hat uns wertvolle neue Anregungen und Impulse geliefert.

Chatoors Klassifikationssystem frühkindlicher Fütterstörungen ist in dieser Form einzigartig. Es integriert kindliche somatische, konstitutionelle (Temperament), entwicklungspsychologische und Verhaltensaspekte mit Besonderheiten der Eltern-Kind-Interaktion und -Beziehung. Bei der Formulierung der einzelnen Subtypen hat sich der Fokus zunehmend auf die pointierte Beschreibung der spezifischen kindlichen Merkmale gerichtet, ohne dabei die begleitenden interaktionellen und elterlichen Gesichtspunkte aus dem Auge zu verlieren. Das Klassifikationssystem basiert auf einer breiten klinischen Absicherung und fort-

gesetzter Überprüfung in klinischen Studien, die Chatoor und Mitarbeiter selbst, zuletzt auch zusammen mit der Arbeitsgruppe um Massimo Ammaniti in Rom (Ammaniti et al., 2010, 2012) durchgeführt haben. Dies dürfte maßgeblich dazu beigetragen haben, dass es Eingang in das multiaxiale Klassifikationsschema für die ersten drei Lebensjahre (DC: 0–3R, 2005) gefunden hat. Irene Chatoor ist auch an der Arbeitsgruppe für das zukünftige DSM-V beteiligt, der gegenwärtige Vorschlag für eine Untergliederung der Fütterstörungen greift wesentliche Aspekte ihrer Klassifikation auf (Bryant-Waugh et al., 2010, www.dsm5.org).

Zwar haben einige andere Autorengruppen in den letzten 15 Jahren ebenfalls versucht, Fütterstörungen zu kategorisieren und in verschiedene Untergruppen zu unterteilen (Burklow et al., 1998; Crist und Napier-Philips, 2001; Davies et al., 2006; Dovey et al., 2009). Auch wurden Kriterien wie die sog. »Wolfson-Kriterien« entwickelt, die offenbar eine sehr genaue Erfassung frühkindlicher Fütterstörungen erlauben (Levine et al., 2011). Keiner der Vorschläge beschreibt allerdings vergleichbar detailliert unterschiedliche Subgruppen anhand konkreter, differenzierbarer kindlicher Merkmale, ebenso wenig werden kindliche, interaktionelle und elterliche Aspekte ähnlich umfassend integriert wie bei Irene Chatoor.

Die klare Gliederung des Buchs erleichtert dem Leser zusätzlich die Orientierung. So werden für jede der Unterformen diagnostische Kriterien formuliert, das klinische Bild sehr plastisch beschrieben und die einzelnen kindlichen Merkmale, vor allem Besonderheiten des Temperaments sowie interaktionelle und elterliche Merkmale differenziert dargestellt. Nach Überlegungen zur Entstehungsgeschichte folgen Empfehlungen zur Behandlung sowie differentialdiagnostische Erwägungen. Da die Wirklichkeit immer wesentlich komplexer als jedes Klassifikationssystem ist, erstaunt es nicht, dass es Kombinationen einzelner Unterformen gibt. Kinder lassen sich nicht einfach in Schubladen stecken. Die interessantesten Kinder sind manchmal diejenigen, deren Fütterstörungen sich nicht einfach in ein bestehendes Schema einordnen lassen, sondern die Komorbiditäten unterschiedlicher Formen von Fütterstörungen aufweisen. Diesem Aspekt ist ein eigenes Kapitel gewidmet. Die vielen Falldarstellungen zeugen zusätzlich von der Komplexität der Problematik. Ganz besonders wertvoll sind die Arbeitsblätter und Informationen für Eltern, die ihnen eine ausgezeichnete Orientierung über die wichtigsten Aspekte der bei ihrem Kind diagnostizierten Fütterstörung mit auf den Weg geben.

Ich wünsche dem Buch eine weite Verbreitung im deutschsprachigen Raum, vor allem unter Professionellen, aber auch unter Eltern, die oft in großer Not sind, verzweifelt nach Hilfsangeboten suchen, und die mit diesem Buch sehr wertvolle und fundierte Anregungen an die Hand bekommen.

München, im Juli 2012
Nikolaus von Hofacker

Dank

Dieses Buch basiert auf mehr als 20 Jahren klinischer Arbeit und Forschung. In dieser Zeit habe ich viele Familien mit Säuglingen und Kleinkindern gesehen, die mit Fütterproblemen zu kämpfen hatten. Ich möchte an dieser Stelle diesen Familien meine Dankbarkeit dafür ausdrücken, dass sie mir Einblick in ihre ganz persönliche Geschichte gegeben haben. Ihr Leiden und ihr Vertrauen haben mich ermutigt, jenseits der vorhandenen Literatur nach Antworten zu suchen und mich dazu angeregt, Forschung zu betreiben. Diese Familien haben mir mindestens so viel gegeben, wie ich ihnen habe geben können.

Weder meine klinische Arbeit noch die Forschung über Fütterstörungen wären ohne die enge Zusammenarbeit innerhalb eines wunderbaren Teams von Kollegen möglich gewesen. Vor mehr als 25 Jahren hat Benny Kerzner, MD der Chef der Abteilung für Gastroenterologie am *Children's National Medical Center*, erstmals die Mitarbeiter verschiedener Abteilungen wie Ernährungsberatung, Beschäftigungstherapie, Logopädie, Psychologie und Psychiatrie zusammengebracht. Es entstand ein multidisziplinäres Team für die Diagnostik und Behandlung von Fütterstörungen. Auch wenn manche Teammitglieder über die Jahre hinweg wechselten, sind doch einige geblieben und wurden zu den tragenden Säulen dieses Teams. Ich möchte sowohl Dr. Kerzner meinen besonderen Dank für seine langjährige Zusammenarbeit und Unterstützung ausdrücken, als auch seinen Mitarbeiterinnen Laura McWade Paez und Lori Stern, die beide heute als Koordinatorinnen des Teams arbeiten. Und ich möchte der Beschäftigungstherapeutin Randy Simmens danken, die mir im Verlauf von all den Jahren unserer Zusammenarbeit viel über Störungen der sensorischen Wahrnehmung beigebracht hat. Vielen Dank auch an die Ernährungsberaterinnen Leila Beker, PhD und Lauren Rhee, die mir geholfen haben, die ernährungsrelevanten Aspekte von Fütterstörungen zu verstehen.

Ich möchte meinem Mentor in Forschungsfragen, David Reiss, MD, meine Dankbarkeit ausdrücken: Er hat mir geholfen, meine klinischen Beobachtungen in Forschungsfragestellungen zu übersetzen. Es war mir ein Vergnügen, mit Jodie Ganiban, PhD, die ihre Erfahrung in Entwick-

lungspsychologie eingebracht hat und Robert Hirsch, PhD, der uns seine statistische Expertise zur Verfügung stellte, zusammenzuarbeiten. Außerdem möchte ich meiner Kollegin Joyce Harrison, MD, und meinem Kollegen Miguel Macaoay, MD, für ihre Mitarbeit danken, ebenso wie den Sozialarbeiterinnen Sue Besharov, Kathy Connell, Marianne Katz, und Valerie Truett für ihren Beitrag an der Forschung über Infantile Anorexie. Schlussendlich möchte ich meinen Forschungsassistentinnen Jaclyn Shepard, Amy Hahn und Laura Brinkmeyer für ihre unermüdliche Arbeit danken; und Amy und Laura ganz besonders für ihre redaktionelle Unterstützung.

Einleitung

Das Ernähren von Säuglingen scheint etwas Alltägliches zu sein. Jedoch haben ca. 25 Prozent aller sich gesund entwickelnden Säuglinge und bis zu 80 Prozent aller Säuglinge mit Entwicklungsstörungen Fütterprobleme. Zusätzlich haben 1 bis 2 Prozent aller Säuglinge schwerwiegende Fütterschwierigkeiten, die mit zu geringer Gewichtszunahme verbunden sind. Fütterstörungen belasten nicht nur die frühe Säuglingsentwicklung, sondern sind mit späteren Defiziten der kognitiven Entwicklung, Verhaltensauffälligkeiten sowie Angststörungen und Essstörungen während Kindheit, Adoleszenz und frühem Erwachsenenalter assoziiert. Folglich ist es extrem wichtig, früh auftretende Fütterschwierigkeiten zu identifizieren, zu verstehen und zu behandeln.

In der Vergangenheit wurde der Begriff *Gedeihstörung (failure to thrive FTT)* als Sammeldiagnose für alle Fütterstörungen benutzt. Anfänglich unterschied man lediglich zwischen organisch bedingter Gedeihstörung (*organic FTT*) und nicht-organisch bedingter Gedeihstörung (*non-organic FTT*). Hierbei wurde der Begriff der organisch bedingten Gedeihstörung für Wachstumsstörungen gebraucht, die auf eine medizinische Ursache zurückzuführen sind. Die nicht-organisch bedingte Gedeihstörung wurde auf Deprivation der Mutter und auf Psychopathologie der Eltern zurückgeführt. Später wurde eine dritte Kategorie hinzugefügt, die Wachstumsstörungen als Folge einer Mischung von organischen und Umgebungsfaktoren beschrieb. In den letzten Jahren wurde die Verwendung von Gedeihstörung (*FTT*) als Diagnose scharf kritisiert. Ein zentraler Kritikpunkt ist, dass längst nicht alle Kinder mit Fütterstörungen Wachstums- oder Gedeihstörungen zeigen. Einige Forscher sind der Meinung, dass eine Gedeihstörung (*FTT*) lediglich ein Symptom beschreibt, aber keine eigene diagnostische Kategorie darstellt.

Um die Notwendigkeit diagnostischer Kriterien für Fütterstörungen deutlich zu machen, hat die *American Psychiatric Association* 1994 im *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., DSM-IV)* eine beschreibende Definition unternommen und »Fütterstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter« als diagnostische Kategorie beschrieben. Die spezifischen Kriterien umfassen

- a. Fütterschwierigkeiten, die sich in anhaltender nicht-ausreichender Nahrungsaufnahme und mangelnder Gewichtszunahme oder Gewichtsverlust über mindestens einen Monat äußern,
- b. die Störung steht nicht im Zusammenhang mit einer gastroenterologischen oder einer anderen medizinischen Erkrankung,
- c. die Symptomatik kann nicht durch eine andere psychische Störung, wie z.B. Rumination, oder durch Fehlen eines angemessenen Nahrungsangebotes erklärt werden,
- d. Der Beginn der Störung liegt vor dem 6. Lebensjahr.

Die im *DSM-IV* beschriebenen diagnostischen Kriterien vernachlässigen bestimmte Gruppen von Kindern mit Fütterstörungen, nämlich die, die keinen Gewichtsverlust aufweisen und die, deren Fütterstörung mit medizinischen Krankheitsfaktoren assoziiert ist. Um diese Probleme zu lösen, haben verschiedene Autoren unterschiedliche Subkategorien vorgeschlagen, die sich entweder auf die Unterscheidung von Fütterstörungen mit diversen organischen und nicht-organischen Ursachen beziehen oder aber auf einer multidimensionalen Definition beruhen, die beschreibende und ätiologische Faktoren kombiniert. Zusammenfassend kann man sagen, dass es kaum Übereinstimmung in den Begrifflichkeiten gibt, mit denen Fütterstörungen beschrieben werden. Aufgrund der vagen Definitionen von Symptomen besteht sowohl bei Klinikern als auch bei Forschern eine anhaltende Verunsicherung darüber, was eine Fütterstörung eigentlich ausmacht. Teilweise wurden unterschiedliche diagnostische Bezeichnungen benutzt, um sich überschneidende Symptome zu beschreiben, oder es wurde dieselbe Bezeichnung verwendet, um unterschiedliche Fütterprobleme zu definieren. Zusätzlich zu der verwirrenden Terminologie beschreiben die meisten Publikationen einige klinische Symptome einer bestimmten Fütterstörung, vernachlässigen aber die Abgrenzung von anderen Formen von Fütterstörungen oder von subklinischen und vorübergehenden Fütterproblemen. Die Unterschiede in der Beschreibung und Bezeichnung von Fütterstörungen haben außerdem zu Verwirrung darüber geführt, wie Kinder mit solchen Schwierigkeiten behandelt werden sollten.

Um die verschiedenen schweren Formen von Fütterstörungen voneinander und von mildereren und vorübergehenden Fütterschwierigkeiten abgrenzen zu können, habe ich ein Klassifikationssystem entwickelt, das sowohl die Phänomenologie beschreibt als auch operationalisierte

diagnostische Kriterien für sechs Formen von Fütterstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern beinhaltet. Die ursprünglichen Kriterien (Chatoor, 2002) wurden mit der Hilfe der *Task Force for Research Diagnostic Criteria for Infants and Preschool Children* (Scheeringa et al., 2003) modifiziert und mit Unterstützung einer nationalen Arbeitsgruppe von Psychologen und Psychiatern, die auf den Bereich Frühe Kindheit spezialisiert sind, weiterentwickelt. Diese Weiterentwicklung wurde von der *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* und der *American Psychiatric Association* unterstützt. Die diagnostischen Kriterien für die sechs Formen von Fütterstörungen wurden in die überarbeitete Fassung der *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders in Infancy and Early Childhood: Revised Edition – DC:0–3R* (Zero to Three, 2005) aufgenommen und zudem kürzlich in dem Kapitel »A Classification of Feeding Disorders of Infancy and Early Childhood« (Chatoor & Ammaniti, 2007) in *Age and Gender Considerations in Psychiatric Diagnosis: A Research Agenda for DSM-V* (Narrow, First, Sirovatka & Regnier, 2007) von der *American Psychiatric Press* veröffentlicht.

Die diagnostischen Kriterien für die sechs in diesem Buch aufgeführten Fütterstörungen beschreiben klinische Symptome, welche die Fütterstörungen voneinander abgrenzen und die das Ausmaß der Beeinträchtigung definieren, durch die sich manifeste Fütterstörungen von weniger schweren subklinischen Fütterschwierigkeiten unterscheiden lassen. Das Ausmaß der Beeinträchtigung bezieht sich primär auf die Ernährung, wo zum Beispiel Wachstumsstörungen, spezifische Defizite in der Ernährung oder ungenügende Nahrungsmengen die kindliche Gesundheit und das Wachstum negativ beeinflussen. Aber die Beeinträchtigung kann ebenso durch Verzögerungen der mundmotorischen Entwicklung und der Sprachentwicklung sowie auf Trennungsangst und sozialen Ängsten beruhen, die vor allem bei Kindern mit *Sensorischer Nahrungsverweigerung* häufig auftreten. Obwohl die sechs Unterformen von Fütterstörungen einige sich überlappende Symptome und einige sich überschneidende Kriterien für das Ausmaß der Beeinträchtigung aufweisen, repräsentieren sie trotzdem unterschiedliche Kombinationen von Symptomen und verschiedene Bereiche der Beeinträchtigung, die jeweils unterschiedlichen Ätiologien zugeordnet werden können.

Sicherlich ist diese Klassifikation der sechs Unterformen von Fütterstörungen keine alles umfassende Klassifikation, aber sie enthält die

gängigsten Formen von Fütterstörungen, die mit Verhaltensstörungen assoziiert sind. Es gibt andere Fütterstörungen, die mit neurologischen Störungen (z. B. Zentrale Lähmungen) oder mit anatomischen Defekten (z. B. Lippen-Kiefer-Gaumenspalten) assoziiert sind. Diese Fütterstörungen werden meist von Physiotherapeuten und anderen Disziplinen behandelt.

Ich möchte das Buch mit einer Beschreibung der Entwicklung des Fütterns vom Säuglingsalter bis hin zur frühen Kindheit beginnen und kindliche und elterliche Merkmale nennen, die das Füttern erschweren können.

Danach werde ich die ersten vier Formen von Fütterstörungen in der Reihenfolge präsentieren, in der sie im Zuge der kindlichen Entwicklung entstehen. Darauf folgend gehe ich auf die beiden letzten Störungen ein, die Posttraumatische Fütterstörung und die Fütterstörung, die im Zusammenhang mit medizinischen Krankheitsfaktoren steht, die beide jederzeit unabhängig vom Alter des Kindes auftreten können.

Die zuerst beschriebene Fütterstörung ist die Fütterstörung mit Beeinträchtigung der homöostatischen Regulation, die wir bei Säuglingen in den ersten Lebensmonaten sehen. Darauf folgt die Fütterstörung mit unzureichender Eltern-Säuglings-Reziprozität. Diese Form von Fütterstörung wurde ausgiebig beforscht und häufig als nicht-organische Fütterstörung (*non-organic FTT/NOFFT*), als »Mütterliches Deprivationsyndrom« oder als »Vernachlässigung« beschrieben.

Ich habe dafür eine andere Begrifflichkeit gewählt, weil ich das Hauptproblem in der Schwierigkeit der Mutter, einen gelingenden Kontakt mit ihrem Säugling herzustellen, sehe. Bezeichnungen wie *Mütterliches Deprivationssyndrom* oder *Vernachlässigung* verstehe ich in diesem Zusammenhang als *mother-blaming*, das kontraproduktiv dafür ist, wenn man die Mütter therapeutisch erreichen möchte.

Die Kapitel 4 und 5 beschreiben die *Infantile Anorexie* und die *Sensorische Nahrungsverweigerung*. Dies sind die häufigsten Fütterstörungen, die wir in unserem multidisziplinären Team am *Children's National Medical Center* sehen. Beide Fütterstörungen treten in den ersten drei Lebensjahren auf, wenn die Kinder lernen, sich selbst zu füttern bzw. selber zu essen, und wenn alle Themen, die sich um Autonomie und Abhängigkeit zwischen Eltern und Kind drehen, verhandelt werden müssen. Im Kapitel über die *Infantile Anorexie* beschreibe ich detailliert, wie Eltern die innere Regulation von Essen und Selbstberuhigung

bei kleinen Kindern ermöglichen können. Diese Intervention ist entscheidend für Kinder mit *Infantiler Anorexie*, kann aber für alle Kinder als wichtig angesehen werden und sollte Bestandteil der Behandlung sämtlicher Formen von Fütterstörungen sein.

Jedes Kapitel beginnt mit der *Nosologie*, der Klärung der Bezeichnungen, die von anderen Autoren benutzt wurden, um die jeweilige Fütterstörung zu beschreiben. Darauf folgen die diagnostischen Kriterien, das klinische Erscheinungsbild, der Verlauf, die Ätiologie und die Behandlung. In jedem Kapitel werde ich die Forschungsergebnisse darstellen und diese um meine klinischen Beobachtungen ergänzen. Außerdem enthält jedes Kapitel Falldarstellungen, die bestimmte Aspekte von Diagnostik und Behandlung veranschaulichen sollen. Das letzte Kapitel gibt einen Einblick in die Komorbidität von zwei oder drei gemeinsam auftretenden Fütterstörungen. Solche komplexen Fütterstörungen stellen eine spezielle Herausforderung für den Therapeuten dar, und es ist für den Erfolg der Behandlung entscheidend, jede dieser Fütterstörungen gleichzeitig zu behandeln.

Um dem Leser zu ermöglichen, das Kapitel des Buches zu finden, das die spezifischen Fütterprobleme eines bestimmten Kindes beschreibt, habe ich eine Tabelle mit den gängigsten Beschwerden und der damit assoziierten Fütterstörung erstellt (Seite 25/26). Weil Nahrungsverweigerung das am häufigsten mit Fütterstörungen assoziierte Symptom ist, habe ich eine weitere Tabelle eingefügt, welche die verschiedenen Formen von Nahrungsverweigerung bei Säuglingen und Kleinkindern und die entsprechenden Diagnosen auflistet (Seite 27).

Ich hoffe, dass sich dieses Buch als klinischer Leitfaden für die Praxis der Behandlung von Kindern mit Fütterstörungen erweisen und zu weiterer Forschung anregen wird.

Literaturhinweise

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. Aufl.). Washington, DC: Author.
- Chatoor, I. (2002). Feeding disorders in infants and toddlers: Diagnosis and treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11, 163–183.
- Chatoor, I. & Ammaniti, M. (2007). A classification of feeding disorders of infancy and early childhood. In W. E. Narrow, M. B. First, P. Sirovatka, D. A. Regier (Hrsg.), *Age and gender considerations in psychiatric diagnosis: A research agenda for DSM-V* (227–242). Arlington, VA: American Psychiatric Press.

- Narrow, W.E., First, M.B., Sirovatka, P. & Regnier, D.A. (Hrsg.). (2007). *Age and gender considerations in psychiatric diagnosis: A research agenda for DSM-V*. Arlington, VA: American Psychiatric Press.
- Scheeringa, M., Anders, T., Boris, N. Carter, A., Chatoor, I., Egger, H. et al. (2003). Research diagnostic criteria for infants and preschool children. The process and empirical support. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1504–1512.
- ZERO TO THREE (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC:0–3R)*. Washington, DC: Author.

1

Die Entwicklung des Fütterns und die Regulation von Emotionen

In den ersten Lebensjahren ist die Entwicklung einer autonom gesteuerten inneren Regulation des Fütterns ein wichtiger Prozess. Der Säugling wird sich seiner Hunger- und Sättigungssignale zunehmend bewusst und reagiert, indem er sein Interesse zu essen signalisiert, wenn er hungrig ist bzw. sein Desinteresse, wenn er sich satt fühlt. Im idealen Fall ist der Säugling in der Lage, seiner primären Bezugsperson seinen Hunger deutlich zu signalisieren, die wiederum dieses Signal versteht und beginnt, den Säugling zu füttern. Gleichzeitig signalisiert der Säugling deutlich, wenn er satt ist und akzeptiert keine weitere Nahrung, woraufhin die Bezugsperson das Füttern beendet.

Die Entwicklung der autonom gesteuerten inneren Regulation des Fütterns und der Emotionen entsteht in drei Schritten: 1. Zustandsregulation, 2. Dyadische Reziprozität, und 3. Übergang zum Selber-füttern bzw. Selber-essen und Regulation von Emotionen.

Die Entwicklung der Zustandsregulation

Während in utero die Ernährung des Fötus durch die Nabelschnur gesichert ist, muss der Säugling nach der Geburt seinen Hunger und Durst aktiv seiner Bezugsperson signalisieren. In den ersten Monaten müssen beide miteinander einen Rhythmus von Schlaf und Wachphasen und von Füttern und Fütter-Pausen etablieren. Der Säugling muss seiner Bezugsperson durch Weinen seinen Hunger signalisieren und durch verlangsamtes Saugen signalisieren, dass er satt ist. Die meisten Kinder weinen auf eine bestimmte Art und Weise, wenn sie hungrig sind, die sich vom Weinen bei Schmerz, Angst und Müdigkeit unterscheidet. Idealerweise werden diese unterschiedlichen Arten des Weinens für die Eltern in den ersten Lebenswochen zunehmend leichter zu unterscheiden, und dadurch entwickelt sich ein Kommunikationssystem, das es dem Säug-

ling ermöglicht, seine Bedürfnisse auszudrücken. Außerdem muss der Säugling die Fähigkeit entwickeln, einen ruhigen Wachheitszustand aufrecht zu erhalten, um erfolgreich gefüttert werden zu können. Wenn ein Säugling nicht in der Lage ist, sich selbst zu beruhigen, um dann gefüttert werden zu können, oder aber zu schläfrig ist, kommt es zu Füttersituationen, die sowohl vom Säugling als auch von den Eltern als uneffizient und stressig erlebt werden. Die Bezugspersonen müssen lernen, zwischen den unterschiedlichen Arten des Weinen und zwischen Hunger- und Sättigungssignalen zu unterscheiden, um die innere Hunger- und Sättigungsregulation des Säuglings zu ermöglichen. Die Etablierung des Kommunikationssystems zwischen Säugling und Eltern ist Voraussetzung dafür, die Ernährung des Säuglings internal zu regulieren, so dass Wachstum und Entwicklung des Säuglings gewährleistet sind.

Wenn Eltern jedoch durch unklares, nicht zuordenbares Weinen des Kindes verunsichert werden, beantworten sie dies oft fälschlicherweise durch Füttern oder aber Nicht-Füttern des Kindes. Das führt dazu, dass die kindliche und elterliche Unterscheidung zwischen Hunger und Sättigung außer Kraft gesetzt wird, und das äußert sich dann oft in zu häufigem oder zu seltenem Füttern und in zu großen oder zu geringen Nahrungsmengen pro Mahlzeit.

Die Entwicklung der dyadischen Reziprozität

Im Alter von zwei Monaten entwickeln Säuglinge das sogenannte *Soziale Lächeln* und beginnen in der Kommunikation mit ihren Bezugspersonen aktiver zu werden. Die Interaktion zwischen Eltern und ihren Babys ist zunehmend durch zielgerichteten und gehaltenen Blickkontakt gekennzeichnet, durch wechselseitiges Lautieren und durch gezielte körperliche Nähe, Berührung und Kuscheln. Reflexartige Hungersignale werden seltener, während zielgerichtete Signale wie Lautieren bei Hunger des Kindes entstehen. Aus der beginnenden Fähigkeit des Säuglings, seine Bezugspersonen aktiv und gezielt durch Körpersprache und Vokalisation zu »regulieren«, entwickeln sich zunehmend reifere Kommunikationsmuster. Durch die Wahrnehmung klarerer und stärkerer Hunger- und Sättigungssignale des Kindes lernen die Bezugspersonen das Angebot von Nahrung dementsprechend anzupassen. Fütterinteraktionen werden

zunehmend zu einem gezielt aufeinander abgestimmten Prozess, der von Eltern und Säugling als positiv erlebt wird.

Wenn sich dieser gezielt aufeinander abgestimmte Prozess des Fütterns nicht entwickelt oder aus dem Gleichgewicht gerät, kann das verschiedene Gründe haben: Die kindlichen Signale von Hunger und Sättigung können schwach, unklar und schwer zu verstehen sein oder die Eltern können mit eigenen Bedürfnissen beschäftigt sein, die verhindern, dass sie sich in die Bedürfnisse des Kindes einfühlen können. Sie füttern ihren Säugling dann sporadisch und ineffizient, was zu nicht ausreichender Ernährung des Kindes führt. Eltern und Kind entwickeln dann manchmal keine wechselseitige Beziehung, und für diese Kinder besteht ein hohes Risiko, eine Fütterstörung mit unzureichender Reziprozität zu entwickeln, wie im Kapitel 3 dargestellt wird.

Der Übergang zum *selbständigen Essen* und die Regulation von Emotionen

Zwischen dem 6. Lebensmonat und dem 3. Lebensjahr werden Kinder im Zuge ihrer motorischen und kognitiven Entwicklung körperlich und emotional zunehmend unabhängiger. Autonomie und Abhängigkeit müssen während des Fütterns bzw. Essens täglich neu verhandelt werden. Bei jeder Mahlzeit müssen Eltern und Kind mehrfach neu verhandeln, wer den Löffel in den Mund des Kindes stecken darf. Sobald die Kinder dazu in der Lage sind, sollten die Eltern ihnen ermöglichen zu lernen, »sich selbst zu füttern« bzw. selbständig zu essen. Während dieses Übergangs zum selbständigen Essen müssen die Kinder nicht nur die Unterscheidung von Hunger und Sättigung lernen, sondern auch, die Erfahrung von Hunger und Sättigung von ihren emotionalen Zuständen zu trennen (wie z. B. Hervorrufen von Wohlbefinden, Zuneigung, Gefühle von Ärger und Frustration).

Voraussetzung für das Erlernen dieser Unterscheidungen ist, dass die Eltern unterschiedlich auf Hunger- und Sättigungssignale des Kindes und auf Gefühlsäußerungen reagieren. Sie sollten Essen anbieten, wenn der Säugling Hunger signalisiert, und darauf verzichten, wenn der Säugling sein Bedürfnis nach Zuwendung oder Beruhigung durch Berührung signalisiert. Sie sollten die Mahlzeit beenden, wenn das Kind satt zu sein scheint und nicht darauf bestehen, dass das Kind weiter isst, bis das

Gläschen oder der Teller leer sind. Wenn die Eltern differenziert auf die kindlichen Signale des Hungers, der Sättigung und der emotionalen Bedürfnisse reagieren, lernt der Säugling durch Assoziation, diese inneren Gefühle zunehmend selbst zu unterscheiden.

Im Gegensatz dazu lernt ein Säugling, dessen Eltern sein Bedürfnis nach emotionaler Zuwendung falsch interpretieren und mit dem Angebot von Nahrung beantworten, nicht das Gefühl von Hunger von emotionalen Bedürfnissen zu trennen und setzt infolgedessen Essen mit Beruhigung gleich.

Solche Kinder entwickeln die Angewohnheit zu essen, wenn sie traurig, einsam oder frustriert sind. Die externe Regulation der Nahrungsaufnahme entwickelt sich daraufhin entsprechend der emotionalen Erfahrung des Säuglings.

Idealerweise signalisiert ein Säugling seine Bedürfnisse klar und gut unterscheidbar, und die Eltern interpretieren diese korrekt. Wenn allerdings ein Säugling nur schwache Hungersignale zeigt, führt das häufig zu Angst und Verunsicherung bei den Eltern. Aus dem Gefühl heraus, ihr Baby bekomme zu wenig Nahrung, übergehen die Eltern die Signale des Kindes und füttern es, selbst wenn es kein Interesse an Nahrung zeigt und den Mund nicht öffnen möchte. Das Füttern wird dann zu einem emotional aufgeladenen Schlachtfeld, auf dem sich kindliche Nahrungsverweigerung und die zunehmende elterliche Sorge über zu geringe Nahrungsmengen gegenüberstehen. Umgekehrt tragen Eltern, deren Kind unklare Sättigungssignale zeigt und durch Nahrung leicht zu beruhigen scheint, häufig unwissentlich dazu bei, dass ihr Kind lernt, sich durch Nahrung emotional zu beruhigen oder Wohlbefinden zu verschaffen, ohne Hunger zu haben.

Die ersten Lebensjahre sind entscheidend in der kindlichen Entwicklung von internalen und externalen Regulationsmechanismen der Nahrungsaufnahme und der Unterscheidung von körperlichen Wahrnehmungen des Hungers und der Sättigung und Gefühlszuständen wie Ärger, Frustration und dem Wunsch nach Zuwendung. Wie oben beschrieben, entstehen maladaptive Fütterverhaltensweisen, wenn die kindlichen Signale unklar sind und/oder von den Bezugspersonen nicht angemessen interpretiert und beantwortet werden. Halten diese Fütterschwierigkeiten an, kann eine Fütterstörung entstehen, die sowohl das kindliche Wachstum als auch die Entwicklung beeinträchtigen.

Die folgende Tabelle veranschaulicht die häufigsten elterlichen Sor-

gen um das Essverhalten von Säuglingen und Kleinkindern und weist auf das entsprechende Kapitel hin, in dem die Thematik spezifischer beschrieben wird.

Eines der häufigsten Probleme ist die Nahrungsverweigerung des Kindes. Dieses ist mit vier der beschriebenen Fütterstörungen assoziiert und kann auch ganz allgemein eine Form von oppositionellem Verhalten darstellen. Die Tabelle gibt einen Überblick über verschiedene Formen von Nahrungsverweigerung (Seite 27), beschreibt diese knapp und weist auf die Wichtigkeit der Gewichtsentwicklung für eine Differentialdiagnose hin.

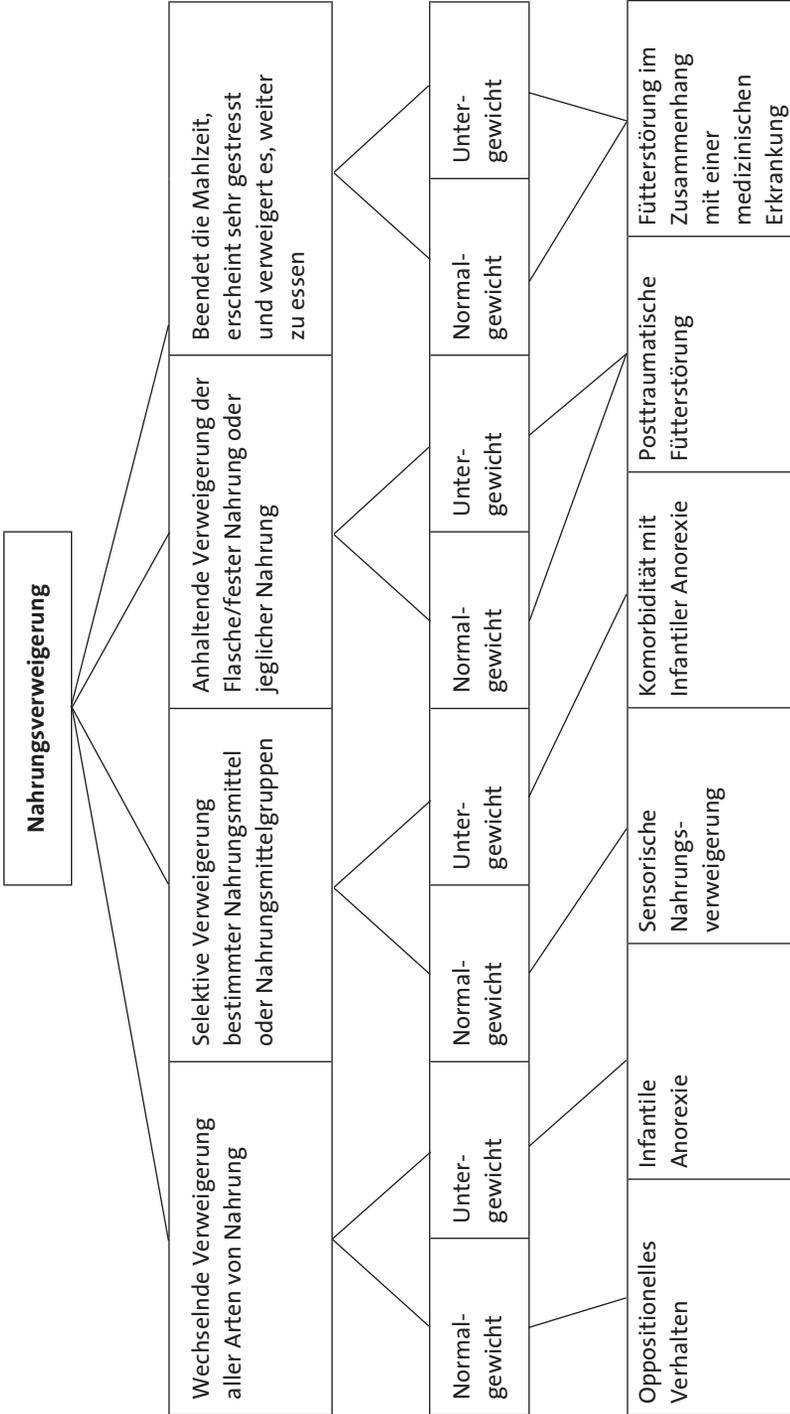
Symptomatik des Kindes und die entsprechende Fütterstörung

Symptomatik	Zugehörige Form der Fütterstörung
Geringer Appetit und zu geringe Nahrungsaufnahme, um adäquat zu wachsen und zu gedeihen. Zeigt wenig Hungersignale und kaum Interesse am Essen, spielt lieber als zu essen.	Wenn < 6 Monate: Fütterstörung mit Beeinträchtigung der homöostatischen Regulation/siehe Kapitel 2 Wenn > 6 Monate: Infantile Anorexie/siehe Kapitel 4
Hat ein sehr geringes Spektrum von Nahrungsmitteln. Verweigert anhaltend bestimmte Nahrungsmittel oder Gruppen von Nahrungsmitteln.	Sensorische Nahrungsverweigerung/siehe Kapitel 5 Posttraumatische Fütterstörung/siehe Kapitel 6
Verweigert aus der Flasche oder dem Becher zu trinken, isst aber feste Nahrung. Verweigert feste Nahrung, trinkt aber aus der Flasche oder dem Becher.	Posttraumatische Fütterstörung/siehe Kapitel 6
Verweigert feste Nahrung, isst aber pürierte Nahrung.	Sensorische Nahrungsverweigerung/siehe Kapitel 5 Posttraumatische Fütterstörung/siehe Kapitel 6
Verweigert die meiste/jegliche Nahrung und muss per Nasensonde oder PEG-Sonde ernährt werden.	Posttraumatische Fütterstörung/siehe Kapitel 6 Fütterstörung im Zusammenhang mit einer medizinischen Erkrankung/siehe Kapitel 7



Symptomatik	Zugehörige Form der Fütterstörung
Verweigert bestimmte Nahrungsmittel an einem Tag, akzeptiert sie aber am darauffolgenden Tag.	Bei adäquatem Gewicht: Oppositionelles Fütterverhalten von Kleinkindern, das oft mit Nahrungsverweigerung einhergeht. Bei zu geringem Gewicht: Infantile Anorexie/siehe Kapitel 4
Weint und überstreckt sich während des Fütterns. Ermüdet schnell beim Füttern und isst zu wenig.	Wenn < 6 Monate: Fütterstörung mit Beeinträchtigung der homöostatischen Regulation/siehe Kapitel 2
Schläft während des Fütterns.	Wenn < 6 Monate: Fütterstörung mit Beeinträchtigung der homöostatischen Regulation/siehe Kapitel 2
Würgt oder erbricht vor, während oder nach dem Füttern.	Sensorische Nahrungsverweigerung/ siehe Kapitel 5 Posttraumatische Fütterstörung/ siehe Kapitel 6 Fütterstörung im Zusammenhang mit einer medizinischen Erkrankung/ siehe Kapitel 7
Weint, wenn es zum Füttern hingesezt wird oder ihm Nahrung vorgesetzt wird.	Posttraumatische Fütterstörung/ siehe Kapitel 6

Überblick über verschiedene Formen der Nahrungsverweigerung



2

Fütterstörung mit Beeinträchtigung der homöostatischen Regulation

Nosologie

In der Vergangenheit haben meine Kollegen und ich diese Fütterstörung als Fütterstörung mit Beeinträchtigung der Homöostase (*Feeding Disorder of Homeostasis*) bezeichnet (Chatoor, Dickson, Schaefer & Egan, 1985; Chatoor et al., 1997), weil sie normalerweise in der postnatalen Phase beginnt, wenn Säuglinge den Übergang von der kontinuierlichen Nahrungsversorgung durch die Nabelschnur und von einem physiologischen Gleichgewichtszustand im Uterus zu einem neuen Homöostase-Zustand mit einem festen Muster von Schlaf- und Wachphasen und von Nahrungsaufnahmen und Ausscheidungen bewältigen müssen. Für ein erfolgreiches Füttern und die Etablierung eines Zustands der Ernährungs-Homöostase muss der Säugling einen ruhigen Wachheitszustand erreichen und aufrechterhalten. Doch einige Babys haben Schwierigkeiten mit der Zustandsregulation. Sie sind stark reizbar und können sich selbst nicht beruhigen, um das Füttern zu initiieren oder fortzusetzen, oder sie sind schwer wach zu bekommen und schlafen während des Fütterns schnell ein. Deshalb habe ich die Bezeichnung für diese Fütterstörung in »Fütterstörung mit Beeinträchtigung der homöostatischen Regulation« abgeändert.

Symptome exzessiven Schreiens und Fütterprobleme bei jungen Säuglingen werden in der Literatur häufig als »Säuglingskolik« bezeichnet (Miller-Loncar, Bigsby, High, Wallach & Lester, 2004; Zwart, Vellema-Goud & Brand, 2007). Die Betonung bei der Säuglingskolik liegt auf dem exzessiven Schreien, das für gewöhnlich anhand der Wessel-Regel nach drei Kriterien definiert wird: Der Säugling schreit 3 Stunden oder mehr pro Tag an mindestens 3 Tagen pro Woche und über einen Zeitraum von mindestens 3 Wochen (Wessel, Cobb, Jackson, Harris & Detwil, 1954). In vielen Studien wird zwar über Fütterprobleme im Zusammenhang mit der Säuglingskolik berichtet, doch die Art der Fütterprobleme wird nicht

definiert. Die unten aufgeführten Kriterien beziehen sich auf die Fütter-schwierigkeiten bei jungen Säuglingen mit Problemen bei der Zustandsregulation, was von einigen als Säuglingskolik diagnostiziert werden würde. Die Kriterien für die Fütterstörung mit Beeinträchtigung der homöostatischen Regulation wurden in die *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised Edition – DC:0–3R (ZERO TO THREE, 2005)* aufgenommen und finden sich zudem in dem Kapitel »A Classification of Feeding Disorders of Infancy and Early Childhood« (Chatoor und Amaniti, 2007) in *Age and Gender Consideration in Psychiatric Diagnosis: A Research Agenda for DSM-V* (Narrow, First, Sirovatka & Regier, 2007).

Diagnostische Kriterien

- A Die Fütterprobleme des Säuglings beginnen in den ersten Lebensmonaten und bestehen seit mindestens zwei Wochen.**
- B Der Säugling hat Schwierigkeiten, einen ruhigen Wachheitszustand zu erreichen und aufrechtzuhalten, wenn er gefüttert wird: Er ist entweder zu schläfrig oder zu erregt und/oder verstört, um gefüttert zu werden.**
- C Der Säugling erreicht kein altersentsprechendes Gewicht oder verliert Gewicht.**
- D Die Fütterprobleme des Säuglings lassen sich nicht auf körperliche Krankheiten zurückführen.**

Klinisches Erscheinungsbild

Die Fütterstörung beginnt in der postnatalen Phase und ist gekennzeichnet durch unregelmäßiges, dysfunktionales Füttern und eine inadäquate Nahrungsaufnahme. Säuglinge mit dieser Fütterstörung zeigen Schwierigkeiten bei der Zustandsregulation, was ihre Fähigkeit zur erfolgreichen Nahrungsaufnahme beeinträchtigt. Es fällt ihnen schwer, den für das Füttern erforderlichen Zustand ruhiger Wachheit zu erreichen und aufrechtzuerhalten. Einige sind reizbar, schreien exzessiv und können sich für das Füttern nicht selbst beruhigen. Andere sind zu schläfrig und nicht lange genug wach, um ausreichend gefüttert zu werden. Die Bezugsperson ist häufig von der Irritabilität des Kindes und von den

Fütterproblemen gestresst, leidet möglicherweise unter Angst oder Depressionen oder schwerwiegenderen Psychopathologien. Die Eltern-Kind-Interaktionen während der Füttersituation sind häufig durch Reizbarkeit und/oder Schläfrigkeit des Säuglings, Angst und Anspannung des Elternteils und einen schlechten wechselseitigen Kontakt zwischen Mutter und Säugling gekennzeichnet (Chatoor et al., 1997).

Der folgende Fall illustriert die Fütterprobleme eines jungen Säuglings, dem es schwer fällt, sich selbst zu beruhigen, und die Auswirkung auf die Eltern-Kind-Beziehung beim Füttern:

Beispiel:

Juan war 3 Monate alt, als er ins Krankenhaus aufgenommen und wegen seiner von Geburt an bestehenden Fütterproblematik und »Gedeihstörung« zur psychiatrischen Begutachtung überwiesen wurde. Eine medizinische Untersuchung ergab keinerlei organische Ursachen für die Fütterprobleme und Juans schlechte Gewichtszunahme. Obwohl er reif geboren war und bei seiner Geburt 7 Pfund gewogen hatte, hatte er Schwierigkeiten, von der Brust zu trinken. Seine Mutter, Mrs. Avila, erklärte, dass er von Geburt an viel geschrien habe. Außerdem habe er Schwierigkeiten, sich zu beruhigen und mit dem Mund guten Halt an der Brustwarze zu finden. Während des Fütterns zappelte er viel, verlor häufig die Brustwarze und fing an zu weinen, was dann das Ende des Fütterns bedeutete. Als er 4 Wochen alt war, ging Mrs. Avila widerstrebend dazu über, ihn mit dem Fläschchen zu füttern, weil er an Gewicht verlor. Obwohl die Nahrungsaufnahme sich durch die Flaschenmahlzeiten etwas verbesserte, nahm Juan nur sehr langsam zu und wog mit 3 Monaten immer noch unter 8 Pfund. Mrs. Avila wirkte erschöpft und schilderte, wie Juan immer nur 30, 60 oder 90 Gramm trank, strampelte und weinte und sich weigerte, weiter zu trinken. Ein paar Stunden später schrie er dann unter Umständen erneut, als ob er hungrig wäre. Doch sie konnte ihn nicht so weit beruhigen, dass sie ihn füttern konnte, und oft weinte er dann stundenlang und war durch nichts zu trösten. Mrs. Avila sagte, dass sie ihn im Laufe von 24 Stunden durchschnittlich zehn bis fünfzehnmal zu füttern versuche, dass Juan tagsüber und nachts sehr viel weine und dass alle Familienangehörigen wenig Schlaf bekämen.

Die Beobachtung der Mutter-Kind-Interaktionen während der Füttersituation zeigte, dass Juan ein sehr aufmerksames und zappeliges Baby war, dem es schwer fiel, sich in den Armen der Mutter zu beruhigen. Wäh-

rend er aus der Flasche trank, strampelte er mit den Füßen und fuchtelte mit den Armen, was dazu führte, dass ihm der Sauger der Flasche schnell aus dem Mund rutschte. Das brachte ihn aus der Fassung, und er fing an zu weinen. Mrs. Avila wirkte ängstlich und versuchte, ihren Sohn wieder zum Trinken zu bringen, indem sie seine Position veränderte, doch das regte ihn nur noch mehr auf. Nach mehreren gescheiterten Versuchen, die Mahlzeit fortzusetzen, wirkten Mutter und Kind erschöpft, und Mrs. Avila gab auf.

Verlauf der Fütterstörung

Es liegen keine empirischen Studien vor, in denen man Säuglinge, die unter einer Fütterstörung mit Beeinträchtigung der homoöstatischen Regulation leiden, über einen längeren Zeitraum beobachtet hätte, um Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie sie sich entwickeln, wenn sie älter werden. Doch es gibt einige interessante Follow-up-Berichte aus Schweden über Säuglinge, bei denen man eine Kolik diagnostiziert hatte. Wie an früherer Stelle ausgeführt, liegt der Fokus bei der Säuglingskolik auf dem exzessiven Schreien, einem Problem der Zustandsregulation, doch Koliken gehen häufig mit Fütterproblemen einher. Lindberg, Bohlin und Hagekull (1991) kamen in einer großen Fragebogen-Untersuchung zu dem Ergebnis, dass Säuglinge, die früher an Koliken litten, im Alter von 30 bis 70 Wochen schlechterer Stimmung waren und Konzentrationsprobleme beim Füttern hatten. Eine Follow-up-Studie von Canivet, Jakobsson und Hagander (2000) über Vierjährige, die früher an Koliken gelitten hatten, zeigte, dass die Kinder weiterhin emotionaler reagierten als die Kinder der Kontrollgruppe, häufiger zu Wutanfällen neigten, Mahlzeiten und Essen seltener genießen konnten und eher über Magenschmerzen klagten. Diese Studien sprechen dafür, dass frühe Probleme der Zustandsregulation und des Fütterns dazu führen, dass diese Kinder eine gewisse Vulnerabilität für Fütter- und Essstörungen entwickeln. Hier sind weitere Studien erforderlich.